



Universidad Abierta Interamericana

Título: “Influencia de los medios de comunicación en la aparición de AN y BN en adolescentes.”

Subtítulo: Medios de comunicación, como intervinientes en la incidencia de conductas de riesgo que predisponen a la AN y BN en adolescentes de 15 a 18 años.

Licenciatura en Psicología
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Alumna: Nazarena Faour.

Tutora de la Tesina: Dra. Elisa Norma Cortese.

Agosto 2010

Resumen: Los modelos de belleza son pautas culturales impuestas, que han variado en las diferentes épocas. El objetivo de esta investigación es explorar la influencia de los medios de comunicación en la aparición de conductas de riesgos que predisponen trastornos de la alimentación. Para ello se utilizó una muestra de adultos jóvenes de 15 a 18 años de edad que habiten en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los que se les administró un instrumento de evaluación destinado a detectar las conductas de riesgo de la Bulimia y la Anorexia y la influencia con los mensajes que emite la televisión. En la actualidad, se produce un atravesamiento profundo de los medios de comunicación, quienes promueven un modelo con curvas en algunas partes del cuerpo y una cintura extrema. Estos modelos hacen que muchos adolescentes busquen mantenerse lo más delgados posible con el objetivo de lograr una errónea perfección corporal, privándose de ingerir alimentos fundamentales para un buen crecimiento y desarrollo de las actividades cotidianas. Los mensajes emitidos fomentan la aparición de serios trastornos de alimentación como la Anorexia y la Bulimia. Según los informes de entidades de salud como la Organización Mundial de la Salud, estas enfermedades están llegando a niveles epidémicos en algunos países del mundo occidental, y la Argentina es el segundo país, después de Estados Unidos, en índice de problemas alimentarios.

Palabras claves: anorexia-adulto joven-bulimia- medios de comunicación.

Índice:

Capítulo 1: Planteamiento del problema y relevancia.....	Pág.5
1.1 Planteamiento del problema.....	Pág.5
1.2 Relevancia.....	Pág.6
Capítulo 2: Objetivos e Hipótesis.....	Pág.7
2.1 Objetivos.....	Pág.7
2.2 Hipótesis.....	Pág. 8
Capítulo 3: Antecedentes Históricos.....	Pág. 9
Capítulo 4: Anorexia.....	Pág. 10
4.1 Anorexia.....	Pág. 14
4.2 Historia de la Anorexia.....	Pág. 17
4.3 Criterios de diagnóstico.....	Pág. 19
4.4 Tratamientos en la Anorexia.....	Pág. 22
4.5 Perfil psicológico.....	Pág. 25
Capítulo 5: Bulimia.....	Pág. 26
5.1 Historia de la Bulimia.....	Pág. 26
5.2 Cuadro clínico de la Bulimia	Pág. 27
5.3 Criterios de diagnóstico.....	Pág. 30
5.5 Tratamientos en la Bulimia.....	Pág. 42
Capítulo 6: Modelos de tratamientos.....	Pág. 45
Capítulo 7: Canones de belleza	Pág. 48
Capítulo 8: Medios de comunicación.....	Pág. 50
Capítulo 9: Adolescencia Media.....	Pág. 57

Capítulo 10: Metodología.....	Pág. 59
10.1 Muestra.....	Pág.59
10.2 Definiciones operacionales.....	Pág. 60
10.3 Fuentes.....	Pág. 65
10.4 Instrumentos.....	Pág. 66
10.5 Plan de análisis.....	Pág. 69
Capítulo 11: Resultados.....	Pág. 71
Capítulo 12: Conclusiones.....	Pág. 86
Bibliografía.....	Pág. 89
Anexos	

Capítulo 1

Planteamiento del problema y relevancia

1.1 Planteamiento del problema.

En la actualidad, la Anorexia y la Bulimia son dos trastornos psicopatológicos frecuentes en la adolescencia. En esta etapa del desarrollo evolutivo, la apariencia física suele ser demasiado importante, y los medios de comunicación a partir de los mensajes que emiten hacen creer que para ser exitoso es necesario tener una determinada forma y peso corporal.

Es por ello que ante esta nueva problemática, me planteé investigar en qué medida los medios de comunicación (particularmente la televisión), influyen en la aparición de conductas de riesgo que predisponen a la Bulimia y la Anorexia. Ya que creo que el factor social y la pretensión por la delgadez generada por el imaginario social, fomentan y promueven la aparición de dichas patologías, en especial en esta etapa de la vida.

Es necesario recordar que los trastornos alimenticios son enfermedades relacionadas con el mirar y ser mirado, con la necesidad de sentirse atractivos pero limitándose, en el peor de los casos, únicamente a lo físico.

1.2 Relevancia

Dicho diseño de investigación posee gran relevancia, ya que permite dar cuenta de las conductas de riesgo de la Bulimia y la Anorexia, y la influencia con los mensajes que emiten los medios de comunicación.

Por otro lado, se considera que llevar a cabo este diseño, posibilitará organizar campañas de prevención y promoción para la toma de conciencia del fuerte impacto que provocan los mensajes emitidos cuando entran en contacto con la audiencia.

La prevención incluye, entre otras cosas, información, y asesoramiento, acerca del conocimiento de la Anorexia y Bulimia y cómo pueden llegar a influenciar los medios de comunicación sobre estas conductas de riesgo.

Capítulo 2

Objetivos e Hipótesis

2.1 Objetivos

Objetivos generales

- Explorar cómo los modelos de belleza que la televisión impone a través de sus mensajes, pueden influir en la aparición de conductas de riesgo de Bulimia y Anorexia.
- Describir los indicadores de conductas alimenticias perturbadas, que entran en relación con la influencia de la televisión.

Objetivos específicos

- Conocer sobre los trastornos alimenticios como la Anorexia y la Bulimia.
- Relevar posibles factores de riesgo de contraer estas enfermedades (conocer comportamientos y prácticas).
- Identificar indicadores de conductas alimentarias (deseos de adelgazar, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, miedo a crecer, impulsividad.)
- Explorar la influencia de la televisión (horas que mira TV, tipo de programación, dietas, comparaciones del aspecto corporal.)

2.2 Hipótesis

A partir de este diseño de investigación se espera comprobar las siguientes hipótesis:

- El modelo de belleza que las adolescentes eligen por medio de la televisión, es el de mujeres con medidas corporales perfectas y extremadamente delgadas.
- Las adolescentes frecuentemente se comparan con los modelos de belleza de la televisión.
- El aspecto más valorable para las adolescentes, cuando realizan comparaciones con los famosos, es la belleza física y lo corporal.
- Las adolescentes son concientes que la televisión los influye en algún punto.

Capítulo 3

Antecedentes históricos

En los últimos años se especuló mucho sobre la influencia de los medios sobre la imagen del propio cuerpo.

Numerosas son las investigaciones sobre los medios de comunicación y la Anorexia y Bulimia. A los fines de esta presentación y del trabajo propuesto se han seleccionado las siguientes:

La Asociación Española de Psicología Conductual en el 2003, desarrolló una investigación en la cual se entrevistaron a 482 estudiantes universitarios con una media de edad de 19.5 elegidos al azar, a los cuales se les aplicó el eating disorders inventory, y un cuestionario de imagen corporal.

Un grupo de la Universidad de Navarra, publicó recientemente una investigación para identificar los principales factores que pueden favorecer a desarrollar la anorexia y la bulimia. Trabajaron con una muestra de 2862 adolescentes entre 12 y 21 años de edad que no sufrían ningún trastorno de la alimentación y que fueron estudiadas durante 18 meses. Luego de ese período de tiempo, se pudo comprobar cuáles habían desarrollado anorexia y bulimia y a qué factores estuvieron expuestas.

El grupo de Navarra cuantificó el tiempo que dedicaban las jóvenes a los medios de comunicación, demostrando que el alto consumo de medios de comunicación es un factor de riesgo para el desarrollo de la bulimia y la anorexia.

La psicoanalista *Brudgg* fue una de las primeras que describió la anorexia como “contagio social”.

La bulimia se considera un T.C.A (Trastorno de conducta alimentaria) desde el año 1980, ya que antes no estaba registrada, en cambio la anorexia se la reconoce desde 1700. Sin embargo, antes de Cristo, Hipócrates ya hablaba de trastornos de la alimentación y cómo reparar un régimen débil y prolongado.

Tanto la anorexia como la bulimia son trastornos alimenticios psicosociales, que dependen del factor cultural. En la década del 70 se comienza a presionar sobre el cuerpo de la mujer.

“*Garner, Garfinkel, Swarts y Thompson* (1980) llevaron a cabo un estudio en el que revisaron el peso y las alturas de las modelos de Playboy y de las concursantes y ganadoras del concurso Miss América desde 1959 hasta 1978 y encontraron una disminución del peso de 3,4 kg, y en las medidas de pecho y caderas.

Wiseman, Gray, Mosiman y Ahrens (1992) han replicado este estudio y han deducido que los pesos de las misses no sólo han disminuido entre 1979 y 1988, sino que están entre un 13 y por 100 por debajo del peso normativo.

Toro, Cervera y Pérez (1989) hicieron un análisis de la publicidad pro esbeltez incluida en las diez revistas femeninas con más de 100.000 ejemplares editados que se publican en España, y observaron que uno de cada cuatro anuncios invitaba directa o indirectamente a perder peso.” (Raich, 2000, p. 83)

En la Universidad de Minnesota la *Psicóloga León* realizó un estudio sobre adolescentes y los trastornos de alimentación. Pudo observar que las jóvenes tienen poca conciencia de sus sentimientos. Se realizaron encuestas acerca del nivel de insatisfacción con el cuerpo de cada una. El 90% respondió estar disconforme con su propio cuerpo. El 70% dijo estar disconforme con su peso. El 40% está a dieta y el 100% esta pendiente de lo que come, si es engordante o no.

Otras estadísticas realizadas en Toronto en el año 1994, dieron como resultados, que el 75% de las mujeres cree que está excedida de peso. El 2% de las estudiantes padece de anorexia nerviosa, del 3 al 5% de las mujeres padece de bulimia. El 15% de las mujeres tiene trastornos alimenticios, el 40% de las mujeres están a dieta, el 70% de las mujeres están preocupadas por su peso, el 90 al 100% de las mujeres tiene insatisfacción por su imagen corporal. Canadá es el primer país de investigación sobre el tema.

Los miembros de la escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, realizaron un estudio publicado en *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, donde llegaron a la conclusión que las adolescentes tomaban como modelos a personas que aparecen en los medios de comunicación. La muestra fue de 6.916 chicas y 5.618 chicos, que al inicio del estudio tenían entre 9 y 15 años de edad, debido a que la investigación se llevó a cabo durante 7 años. Durante la misma, un 10% de las chicas y un 3% de los chicos, desarrollaron anorexia y bulimia.

(Cordero,2008,http://www.nacion.com/ln_ee/2008/junio/12/aldea1574605.html)

Otro estudio realizado en la Universidad Nacional de México *Álvarez Rayón, Mancilla Díaz, Franco Paredes, Ocampo Téllez Girón & Vázquez Arévalo*, (2004), permitió evaluar el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria a un grupo de 1625 estudiantes de los cuales eran 1115 mujeres y 470 hombres a través de un cuestionario de preguntas. Los resultados permitieron otra vez demostrar que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres habiendo intentado bajar de peso los últimos 3 meses.

En Colombia, la prevalencia de la anorexia y la bulimia afecta a un grupo de jóvenes de entre 24 y 26 años de edad. Cuando la mayoría de las adolescentes buscan conseguir este modelo de estado físico, comienzan a adelgazar, luego viene la insatisfacción corporal, y por consiguiente los desórdenes alimenticios. Investigaciones recientes en la literatura pediátrica demuestran que incluso niñas de 5 años comienzan a crear ansiedad acerca de su imagen corporal. *Cortese Mejía, Díaz Díaz, Mejía Sierra & Mesa Monsalve*, (2003) realizaron un estudio de tipo descriptivo, con el fin de estimar la prevalencia de anorexia y bulimia en 196 estudiantes de sexo femenino de 1º y 2º año de la Universidad y su asociación con factores como la ansiedad, los medios de comunicación y la depresión. Los resultados dieron que los medios de comunicación tienen una gran influencia, ya que casi un 70 % de ellas presentó un nivel de presión medio del total de la población, el 68.1 % creen que la TV o las revistas influyen en la manera de cómo ven sus cuerpos, y el 70.7 % piensan que las mujeres de dichos medios incitan a conseguir una mejor figura. Aunque solo en un 30 40 % han hechos dietas o ingresado al gimnasio. En la investigación se encontraron conductas de riesgos, el 83.2 % manifestaron temor a ganar peso, el 20.40 % presenta episodios de comilonas, el 34 % se siente culpable después de comer, y un 42 % tiene algún tipo de comportamiento compensatorio después de comer.

Según un estudio realizado por *Rivarola*, (2003) en la provincia de San Luis, las adolescentes están disconformes con su imagen corporal. El estudio se llevó a cabo con un grupo de 60 jóvenes de 12 a 14 años y otro grupo de 60, de 18 a 20 años de edad, las cuales no presentaban diagnóstico médico de trastornos de alimentación. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de desórdenes alimentarios de *Garner y Olmstead* y el cuestionario sobre el esquema corporal de *Cooper*. Los resultados de esta investigación fueron los siguientes: ambos grupos comparten sentimientos de insatisfacción corporal, la idea de controlar el peso mediante dietas, ejercicios y

atracones. Sin embargo, mostraron que las mujeres se preocupan por el peso y su imagen recurriendo a dietas, presentando comportamientos de riesgo para el desarrollo de trastornos de conductas alimentarias.

Se entiende por imagen corporal la representación mental del cuerpo, que se gesta durante la niñez y en la adolescencia resulta de suma importancia para el desarrollo psicosocial del mismo.

“De acuerdo con *Rosen* (1992), imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto de su propio cuerpo.” (Raich, 2000, p. 24)

Thompson (1990) leído de *Raich* (2000), considera que la imagen corporal está formada por un componente perceptual, uno subjetivo y por último uno conductual.

El componente perceptual sería como la persona percibe el tamaño corporal de su imagen.

Al componente subjetivo lo conforman los sentimientos, valoraciones y actitudes que despierta el propio cuerpo.

Y el conductual vendría a ser las conductas que la percepción del cuerpo genera.

Los pacientes con anorexia y bulimia presentan un trastorno de la imagen corporal. El trastorno de la imagen se puede conocer, como sobrestimación, preocupación o insatisfacción sobre el propio cuerpo.

Nuestra sociedad impone hoy un modelo que dice que siendo flaco y joven se puede lograr el éxito.

Actualmente los medios de comunicación proponen a la adolescencia como modelo social a seguir, dejando de ser esta misma, una etapa más del desarrollo vital para convertirse en una etapa estática a lo largo del tiempo. Los medios de comunicación consideran a los adolescentes un grupo sumamente importante. No es raro encontrarse con mensajes en los medios, donde todo este destinado a “mantenerse joven, lindo y delgado”. Ya sea a través de cirugías estéticas, dietas, y gimnasia.

El disconformismo de las mujeres hacia su cuerpo, peso, aspecto, aumenta por la presión social que constantemente está marcando el cuerpo que hay que tener. Las mujeres son exitosas sí y solo sí tienen una determinada apariencia.

Según *Matoso* (2004), el cuerpo es entendido como construcción social, que deviene de la cultura. Los medios de comunicación captan imágenes del cuerpo que constituyen modelos propuestos por la misma cultura, cumpliendo la función de dar identidad, y pertenencia.

Las personas suelen sentirse dueñas de sus cuerpos al realizar dietas, ejercicios, y así poder presentarlo en fiestas y trabajos.

Esto se debe a que la sociedad estimula lo lighth. De esta manera como dice *Bernard* (1980), el cuerpo queda alienado al servicio de los intereses de la sociedad capitalista.

Capítulo 4

Anorexia

4.1 Anorexia

El objetivo de esta investigación es indagar la influencia de la televisión en la aparición de conductas de riesgo como la Bulimia y la Anorexia.

Para ello, fue necesario revisar teorías ya validadas de dicha problemática:

Según *Trappani*, la bulimia y la anorexia son trastornos de la alimentación que se caracterizan por grandes irregularidades en el acto de comer. Las personas que las padecen, suelen someterse a períodos prolongados de ayuno, o alternar dietas rigurosas con comilonas sin control, y recurren a purgas, vómitos y/o actividad física desmedida como mecanismo compensador. La preocupación por el cuerpo y la comida puede llegar a controlar la salud, el bienestar y la vida de las personas. En su aparición intervienen factores socioculturales, biológicos, psicológicos y familiares.

Según el manual de desordenes mentales, DSM IV (1995), sugiere que la genética contribuye en aproximadamente un 50% de la varianza para el desarrollo de un desorden alimenticio. Los estudios insinúan que el eje hipotalámico-pituitario-adrenal, está relacionado con la aparición de estas conductas.

Por otro lado, los factores neurobiológicos determinan que existe una fuerte correlación entre el neurotransmisor serotonina y el apetito. Un estudio reciente de la literatura científica sugiere que la anorexia está relacionada con la perturbación de la serotonina, particularmente a niveles altos en áreas del cerebro. El hambre es una respuesta a estos efectos ya que disminuye el metabolismo del triptófano y hormonas esteroides, lo que podría reducir los niveles de serotonina y disparar ansiedad.

Además, existen estudios significativos sobre la influencia de factores psicológicos que influyen en la aparición de trastornos alimentarios. Las investigaciones sugieren que no se trata de un problema perceptivo, sino de cómo evalúa la información la persona afectada.

En el caso de la Anorexia, el individuo tiene tendencias cognitivas a alterar la autoevaluación de si mismo y sus pensamientos están centrados en el cuerpo, la comida y los alimentos. Las personas con Anorexia tienden a sobrestimar el tamaño de sus

propios cuerpos. A la vez, carecen de autoestima, por lo que sienten a la mayoría de las personas más atractivos con respecto a la apreciación que tienen hacia si mismos.

Tienen rasgos de personalidad en los que se puede determinar altos niveles de obsesión (pensamientos sobre la comida y el peso), restricción (son capaces de luchar contra la tentación), y perfeccionismo (la búsqueda patológica de un alto rendimiento personal y la necesidad de control). A menudo, se presentan también altos niveles de ansiedad y la depresión es muy probable.

Las investigaciones sobre la neuropsicología, indican que las personas con dichas patologías tienen una escasa flexibilidad cognitiva (capacidad para cambiar modelos pasados de pensamiento). También hay alteraciones en la atención y en la memoria, en donde la persona suele enfocarse en conceptos relacionados con el cuerpo y la figura.

Es necesario aclarar que estos trastornos alimentarios provocan en el sujeto dificultades interpersonales.

Por último, los estudios socioculturales, hacen hincapié en el papel de los factores culturales, como la promoción de la delgadez como figura ideal femenina, especialmente a través de los medios de comunicación.

Un estudio de *Garner y Garfinkel* demostró que aquellas personas con profesiones donde hay una particular presión social por ser delgada (modelos, bailarinas), tienen una probabilidad mucho más alta de desarrollar estas patologías.

Según *López* en su artículo publicado en la página *Web Psicología Online*, la anorexia se manifiesta por un temor intenso y racional a la comida y a engordar, descenso voluntario de peso y una tendencia progresiva hacia la desnutrición.

Con respecto a la clínica de la Anorexia, se puede observar lo siguiente:

En los anoréxicos hay una idea sobrevalorada de la imagen corporal, que puede tomar proporciones delirantes. Los pacientes ven algunas partes de su cuerpo muy gruesas, incluso a pesar de la pérdida de peso, por lo cual deben continuar sin comer. Generalmente manifiestan fuertes sentimientos de asco y desagrado ante su propio cuerpo. No reconocen adecuadamente, los signos de hambre y saciedad. Se sienten hinchados, tienen náuseas después de haber comido. A pesar de su gran inanición, no se sienten cansados ni fatigados.

El estado de ánimo de los anoréxicos, es bastante variable. Son comunes, los sentimientos de desamparo, la depresión y la labilidad emocional. Pierden todo interés en el sexo y evitan los contactos con personas del sexo opuesto. En el caso de actividad sexual no disfrutan de ella.

En la Anorexia se producen los siguientes cambios:

Cambios cognitivos: distorsiones cognitivas sobre el peso y la ingesta, alteración de la imagen corporal (sigue encontrándose gorda a pesar de haber perdido peso)

Cambios conductuales: dieta restrictiva autoimpuesta, frecuente provocación de vómitos, uso abusivo de laxantes (estas conductas son más frecuentes si la Anorexia cursa con episodios de Bulimia); elevado interés por la gastronomía, hiperactividad, relaciones familiares gravemente alteradas, importante retraimiento social.

Cambios biológicos: alteración del sistema hipotalámico y endócrino que tiene como consecuencia la aparición de la amenorrea. Desaparecen las curvas típicas femeninas, piel seca, pérdida de pelo, bradicardia, hipotensión, baja temperatura, deshidratación.

4.2 Historia de la Anorexia

Los primeros relatos datan de la Edad Media, hablan de una enfermedad misteriosa que transforma a la persona que la padece y se caracteriza por una dieta restrictiva autoimpuesta.

La primera descripción clínica de la Anorexia Nerviosa se le atribuye a *Morton* (1688), donde narra acerca de una paciente que comenta no tener ni apetito ni energía suficiente.

En 1764 *Whyt* denomina a los síntomas de pérdida de apetito y dolores estomacales atrofia nerviosa.

Paul Briquet (1859) considera a la anorexia como un subtipo de histeria.

Lasegue (1873) publicó un trabajo titulado Anorexia Histórica, respecto a la idea de mantener el peso corporal por debajo del normal o de no alimentarse. En esa misma época, *Janet* dividió a las anorexias en obsesivas e histéricas de acuerdo a la modalidad de simbolización.

Gull (1874) utiliza por primera vez el nombre Anorexia Nerviosa. La presentación que realiza *Gull* destaca la típica aparición en la adolescencia, los efectos del agotamiento calórico sobre los signos vitales, su preponderancia en las mujeres y la importancia de intervenir oportunamente.

Huchard (1883) hace referencia de la anorexia como una enfermedad mental. *Charcot* creía que los pacientes con anorexia debían mantenerse alejados de su entorno habitual hasta una buena recuperación.

Durante los años siguientes hubo diferentes teorías que vinculaban a la Anorexia Nerviosa con una disfunción de la glándula pituitaria.

A partir de 1940 resurgieron las teorías de la causalidad psicológica, muy influenciados por conceptos psicoanalíticos. Estos aseguraban que la Anorexia simbolizaba el repudio de la sexualidad, con predominancia de fantasías de embarazo oral.

Desde el punto de vista de la psicopatología individual, un trabajo importante surge de los escritos de *Bruch* (1973). Ella destaca el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de los estímulos de necesidad nutricional (hambre-

saciedad). Describe en las pacientes una “sensación paralizante de ineficacia” que la atribuye al fracaso de los padres en favorecer la expresión de sí mismo.

Minuchin (1978) y colaboradores postularon que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce al desarrollo y mantenimiento de este trastorno. Los miembros de la familia están atrapados en patrones de interacción familiar en los cuales los síntomas de la hija desempeñan un rol central en la evitación del conflicto subyacente y en el mantenimiento de cierto equilibrio familiar.

Por último, American Psychiatric Association, ofrece dos manuales de CIE y el DSM en el cual se expresan los diagnósticos para pacientes con dicha patología.

4.3 Criterios de diagnóstico

Los criterios de diagnóstico y evaluación de esta patología se detallan a continuación (según DSM IV):

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

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

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

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

La Anorexia Nerviosa es diagnosticada generalmente por un psicólogo clínico, un psiquiatra u otro médico con la calificación apropiada.

Además, el diagnóstico de la Sociedad Norteamericana de Psiquiatría especifica dos subtipos:

Tipo restrictivo: durante el episodio de Anorexia Nerviosa, la persona no ha comido compulsivamente con regularidad ni ha tenido comportamiento purgante (vómitos autoinducidos, excesivo ejercicio, o mal uso de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo alimentación compulsiva o tipo purgante: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas.

Enfermedades médicas asociadas: Los síntomas y signos son atribuibles a la inanición, entre ellos: Amenorrea, estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío,

letargia y vitalidad excesiva, anemia, función renal alterada y trastornos cardiovasculares.

En el sistema cardiocirculatorio se puede dar hipotensión, disminución del volumen circulatorio y de las medidas cardíacas, y bradicardia sinusal.

En el aparato respiratorio pueden aparecer infecciones y complicaciones como la neumonía, tuberculosis y neumotórax.

En el sistema nervioso central se puede dar un retraso en el tiempo de reacción, trastorno en la memoria visual y fallos en la recuperación de información.

En cuanto al aparato digestivo pueden aparecer los siguientes síntomas: pesadez, náuseas, vómitos, diarrea, hemorroides y caries dentales. También aparece dolor abdominal y vientre inflamado

Prevalencia

Rara vez se inicia antes de la pubertad (la gravedad de los trastornos mentales asociados pueden ser mayores). Usualmente se inicia entre los 13 y 18 años (de pronóstico más favorable). Es muy rara la aparición en mujeres mayores de 40 años.

Curso

Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio.

Otras presentan un patrón fluctuante de pérdida y ganancia de peso seguido de recaída. Y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años.

Aproximadamente el 10% del total de casos que requieren hospitalización, fallecen. La muerte es producida, principalmente, por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

Diagnóstico diferencial

Enfermedades médicas: se debe considerar otras causas posibles de pérdida de peso (enfermedad digestiva, tumores cerebrales, etc.).

Trastorno depresivo mayor: si bien puede haber pérdida importante de peso, el individuo no tiene deseos de adelgazar ni miedo a ganar peso.

Esquizofrenia: adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal.

Fobia social: Hay que hacer también este diagnóstico adicional cuando además de los miedos relacionados a la conducta alimenticia se presentan otros no relacionados.

Bulimia Nerviosa: si bien los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y el peso, son capaces de mantener el peso igual o por encima del nivel normal mínimo.

En cuanto a las causas y factores de riesgo de la Anorexia Nerviosa, no hay una única causa para ésta, por tal motivo los trastornos de la conducta alimentaria tienen etiología multicausal.

Sin embargo, actualmente hay un debate sobre el papel de la presión mediática sobre las mujeres para estar delgada.

4.4 Tratamientos en la Anorexia

En el tratamiento de la Anorexia hay que tener en cuenta un enfoque multidisciplinario, considerando aspectos biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales.

Con un nivel de pérdida de peso del sujeto en más del %25, con posible riesgo para su vida o cuando la familia de la paciente no colabora, se le debe imponer una hospitalización. El objetivo de este tipo de tratamiento es la recuperación del peso. El proceso es largo e implica la colaboración de médicos, y realización de terapia individual y familiar. El tratamiento hospitalario consta de los siguientes pasos:

1. Recuperación ponderal.
2. Tratamiento dietético, a través de una dieta normal en calorías.
3. Tratamiento farmacológico, sobre todo en paciente con depresión, fobias y ansiedad. En estos casos se suele utilizar la amitriptilina y la clomipramina. En episodios donde las pacientes sufren grandes perturbaciones cognitivas respecto al peso se recomienda la utilización de antipsicóticos.

Desde la perspectiva médica el tratamiento consisten en la administración de fármacos básicamente ansiolíticos y antidepresivos.

Desde el modelo psicodinámico se opta por la psicoterapia cuyo objetivo es resolver los conflictos internos que se suponen en la base del trastorno.

Desde una perspectiva cognitivo conductual el tratamiento debe ir dirigido a cubrir los siguientes objetivos:

1. Establecimiento o incremento de la cooperación por parte del paciente (eje., contrato de conducta).
2. Establecimiento de hábitos de comida y peso adecuados (mediante refuerzo diferencial - medio hospitalario o familiar-).

3. Modificar las actitudes hacia la apariencia corporal, la comida y el peso (técnicas de inundación o desensibilización).

4. Hacer desaparecer los episodios de bulimia (técnicas de exposición o prevención de respuesta).

5. Modificar el factor sumisión-dependencia (técnicas cognitivas -eje., Terapia Racional Emotiva de Ellis-).

6. Eliminar el miedo al contacto corporal, a las relaciones sexuales (exposición, desensibilización sistemática).

7. Modificar las relaciones familiares.

8. Mantenimiento de los resultados a largo plazo (seguimiento de 1 ó 2 años).

En el caso de pérdida de peso mayor al %30 se recomienda hospitalización en unidades psiquiátricas.

Por otro lado, se aplica tratamiento en hospitales de día para pacientes menos graves. Se basa principalmente en la terapia grupal y la paciente deber comprometerse a una mejora en la alimentación y su figura.

Los objetivos de este tipo de programa son los siguientes:

1. Recuperar el peso y una buena alimentación.
2. Ofrecer contención.
3. Permitir la prevención de respuesta.
4. Romper círculos viciosos de control-descontrol.
5. Implicar en el tratamiento a pacientes y familiares.

El programa comienza a la mañana y finaliza de noche. Se realizan actividades centradas en favorecer la recuperación psicológica y nutricional del paciente.

Herscovici, afirma que en el caso de la Anorexia Nerviosa, su tratamiento requiere de la atención interdisciplinaria. Hay que tener en cuenta que la recuperación del peso no asegura en lo absoluto una buena evolución a largo plazo.

El tratamiento ambulatorio se recomienda como primera opción para aquellos pacientes que tienen un buen sistema de apoyo social y están metabólicamente estables. Es necesaria la colaboración de los padres y de un buen programa que asegura una dieta

con buena nutrición. La terapia familiar resulta más eficaz en pacientes con Anorexia Nerviosa de hasta 18 años y con menos de 3 años de evolución.

Por último, la terapia psicodinámica o psicoanalítica generalmente es ineficaz con los pacientes severamente desnutridos.

Es importante destacar que cada caso debe ser evaluado con cautela y especificidad.

4.5 Perfil psicológico

Con respecto al perfil psicológico del paciente con anorexia, es el siguiente:

- Falta de conciencia de la enfermedad
- Miedo intenso a la obesidad
- Distorsión del esquema corporal (se ven gordos a pesar de tener bajo peso)
- Rechazo a mantener el peso en nivel normal
- Tienen rituales con la comida
- Realizan hiperactividad para bajar de peso
- Se aíslan socialmente
- El carácter se vuelve irritable
- Existe depresión en el 40 ó 45% de los casos
- Tienen conductas obsesivas
- Autoexigencia
- Rechazo a la sexualidad
- Suelen ser excelentes estudiantes y primeros promedios

Capítulo 5

Bulimia

5.1 Historia de la Bulimia.

Hipócrates, en el siglo IV a C. diferencia de un hambre enfermizo, al que llama “boulimos”, del hambre ordinario.

La Bulimia Nerviosa ha sido definida como un síndrome con rasgos propios hace no más de veinte años. *Russell* en 1979 publica la primera descripción clínica exacta de la enfermedad.

La causa de esta afección continúa siendo un enigma, la etiología radica probablemente en la interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

5.2 Cuadro clínico de la Bulimia

A diferencia de la Anoréxica Nerviosa, la bulímica suele acudir espontáneamente a la consulta, luego de un tiempo más o menos prolongado de haber ocultado sus síntomas.

El aspecto de estas pacientes puede ser de una obesa, tener peso normal y en menor grado estar desnutridas (anoréxicas con conductas bulímicas).

No siempre se revela en la primera consulta la existencia del atracón, aunque se escucha la preocupación por la comida como algo esencial en su vida cotidiana.

Los síntomas son variados y la mayoría son secundarios al vómito, uso de laxantes y diuréticos:

a) Dolor de garganta, de estómago, que se presentan cuando el ácido gástrico ha lesionado la mucosa esofágica.

b) Debilidad o fatiga.

c) "Cara hinchada" por tumefacción de las glándulas salivales.

d) Con posterioridad a un atracón pueden aparecer: malestar o dolor abdominal, náuseas, distensión, dolor.

e) Diarrea o constipación.

f) Vómitos de sangre (hematemesis), generalmente este síntoma las lleva a consulta.

Se produce cuando existe una lesión esofágica sangrante secundaria a la reiteración de vómitos.

g) Episodios de sudoración, debilidad, taquicardia, somnolencia y/o letargo después de los atracones.

El examen físico puede ser normal o mostrar alguno de estos signos:

a) Alteraciones dentarias: pérdida de esmalte por efecto químico del ácido gástrico, agravado por la acción mecánica de la lengua contra los dientes.

b) Aumento del tamaño de las glándulas parótidas. Esto se ha observado también en obesidad, diabetes, anorexia, alcohólicos crónicos y dietantes crónicos. La causa es desconocida, se ha asociado a la presencia de vómitos y a una ingesta excesiva de almidón, lo que produciría mayor trabajo de la glándula.

c) Bradicardia y cambios de la presión arterial.

d) Signo de Russell: erosiones y callosidades en las manos, por utilizarlas crónicamente para producir los vómitos. Esto se produce en el sitio de roce de la mano contra los dientes.

Etiología

Son múltiples los factores que pueden conducir a la Bulimia Nerviosa:

- *Factor sociocultural:* Los medios de comunicación y los valores de la sociedad promueven la presión para ser delgado y suelen generar así una fobia hacia el peso, que puede ser una manera de evitar conflictos pospuberales. También cabe mencionar que con frecuencia los individuos con Bulimia Nerviosa perciben a sus padres como negligentes y se sienten rechazados por ellos. Es frecuente que provengan de familias disfuncionales.

- *Factor psicológico:* Durante la adolescencia los pacientes con Bulimia Nerviosa presentan con frecuencia alteraciones de conducta, de modo que pueden presentar otros problemas de impulsividad (como pueden ser problemas con el alcohol u otras drogas) desinhibición sexual, alta irritabilidad o labilidad emocional. A menudo estos pacientes presentan una baja autoestima asociada; de hecho, la Bulimia Nerviosa aparece con mayor frecuencia en personas con trastornos depresivos. También se presentan con mayor frecuencia diversos trastornos de la personalidad, sobre todo el trastorno límite.

- *Factor biológico:* Diversos estudios de investigación han asociado la Bulimia Nerviosa con alteraciones en diversos neurotransmisores cerebrales (son las sustancias mensajeras que usan las neuronas para comunicarse entre sí) como la noradrenalina, la serotonina o las endorfina.

5.3 Criterios diagnósticos

Los criterios de diagnóstico de bulimia nerviosa según el DSM-IV son:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

Se debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón -lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario-. Un «período corto de tiempo» significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir «picando» pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

Los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado. Se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad. Pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

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

Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80-90 % de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad; raras veces toman jarabe de ipecacuana. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad.

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

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

Las personas con Bulimia Nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nerviosa.

Estos sujetos se parecen a los que padecen Anorexia Nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de Bulimia Nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de Anorexia Nerviosa.

Además, los subtipos específicos de Bulimia se distinguen por la forma en que ésta se alivia a sí misma después del atracón:

Tipo purgante: Durante el episodio de Bulimia Nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado regularmente el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Se ha comprobado que este subtipo se caracteriza por mayores grados en la distorsión de la imagen corporal, mayor deseo de estar delgadas, mas patrones alimentarios anómalos, y psicopatologías (sobre todo depresión y obsesiones).

Hay varios trabajos que, utilizando medidas psicofisiológicas, constatan que en las bulímicas se produce un incremento en la ansiedad después de la ingesta. En el estudio de otros investigadores, en el que además se controlaron los niveles de insulina y glucosa comprobaron que ambos niveles se incrementaron después de comer, pero que después de la purga, tanto la insulina como la glucosa volvieron a decrecer inmediatamente. Estos resultados se han tomado como indicativos de que las purgas, al eliminar la energía, configuran un estado de privación que puede conducir a un nuevo atracón. En los casos más severos de Bulimia (las que se purgan) se encuentra una tasa metabólica mas baja que las normales.

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

Describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha

provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

El DSM IV considera excesivo al ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad.

Es necesario aclarar que son necesarios los cinco criterios listados en el DSM-IV para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa. Sin embargo, estos síntomas son difíciles de detectar debido a la falta de síntomas físicos obvios.

Según la Institución ALUBA, el perfil del paciente bulímico es el siguiente:

- Episodios recurrentes de voracidad.
- Conciencia de que el patrón alimentario es anormal.
- Sentimiento de no poder parar la ingesta.
- Tienen conductas compensatorias como: escupir, abuso de líquidos para compensar el hambre.
- Provocar el vómito, abusar de laxantes y diuréticos. Estas últimas conductas compensatorias purgativas pueden provocar la muerte por paro cardíaco al ocasionar la pérdida de potasio.
- El carácter se vuelve irritable.
- Se sienten culpables.
- Comen a escondidas.
- Roban para comprar comida.
- Obsesión por la silueta y el peso.
- Oscilan entre la autoexigencia y el abandono.
- Oscilan entre la euforia y la depresión.
- Pueden ser muy impulsivos.
- Suelen abandonar todo lo que emprenden.
- Evitan concurrir a reuniones donde pueda verse obligado a comer, recurriendo a todo tipo de excusas, a veces ridículas.
- Actividad física excesiva (no es constante), con el único objeto de quemar calorías.

- Abuso de edulcorantes; consumo indiscriminado de chicles sin azúcar.
- Consumo de medicamentos adelgazantes (diuréticos, laxantes, hormonas tiroideas, derivados anfetamínicos, mezclas de productos homeopáticos).

Efectos directos y secundarios

Debido al continuo desajuste provocado por los patrones de alimentación, los vómitos, el uso de laxantes, etc. estos sujetos sufren de una amplia gama de complicaciones físicas, tales como, deflexión de los niveles de pérdida de potasio, hipertrofia de la glándula parótida a consecuencia del desequilibrio electrolítico, hipocalcemia, infecciones urinarias, arritmias cardíacas, crisis tetánicas (rigidez muscular), parestesia periférica y crisis epilépticas, pérdida de cabello, pérdida de órganos, deshidratación, entre otros efectos y a largo plazo daño renal.

En las mujeres con Bulimia Nerviosa se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea; no está del todo claro si estas alteraciones se relacionan con fluctuaciones de peso, déficit nutritivo o estrés emocional. Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica (para estimular la motilidad intestinal) pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos y acaban provocando estreñimiento. Pueden presentar callosidad en el dorso de la mano, producida por el roce continuo de los incisivos superiores al provocarse el vomito. Otra de las repercusiones que tiene el vomito es provocar la erosión del esmalte dental y caries, (sobre todo si se dan con una periodicidad media de tres veces por semana durante un periodo de 4 años).

En comparación con los enfermos que padecen Bulimia Nerviosa del tipo no purgativo, los del tipo purgativo presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos, como alteraciones de líquidos y electrolitos.

Prevalencia

El 90 % de las personas que presentan este trastorno son mujeres. También se observa en varones (1 por cada 10 mujeres), aunque son menos proclives a buscar tratamiento. Esto se debe tal vez a que no perciben que tienen un trastorno alimentario.

Curso

La Bulimia Nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta (20 y 30 años). Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. Generalmente la alteración de la conducta alimentaria persiste durante varios años. El curso tiene a ser crónico y se caracteriza por múltiples recaídas, con una tasa de remisión en el periodo de vigilancia de 10 años. Se desconoce la evolución a largo plazo.

Diagnóstico diferencial

A los individuos con atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nerviosa se les diagnostica Anorexia Nerviosa, tipo compulsivo/purgativo, y no debe establecerse el diagnóstico adicional de Bulimia Nerviosa. El juicio clínico decidirá si el diagnóstico más correcto para una persona con episodios de atracones y purgas posteriores, que no cumplen los criterios para Anorexia Nerviosa, tipo compulsivo/purgativo (p. ej., cuando el peso es normal o las menstruaciones son regulares), es Anorexia Nerviosa, tipo compulsivo/purgativo en remisión parcial o Bulimia Nerviosa.

En algunas enfermedades neurológicas y médicas (como el síndrome de Kleine-Levin) se ha observado una conducta alimentaria alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (rasgo psicológico característico de la bulimia nerviosa). El comer en exceso es frecuente en el trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben establecerse los dos diagnósticos. Los atracones están incluidos entre las conductas impulsivas que forman parte de la definición del trastorno

límite de la personalidad, de modo que si se cumplen los criterios para ambos trastornos, también se establecerán los dos diagnósticos.

Pronóstico

Según la *Dra. Urrejda*, el pronóstico generalmente suele ser malo ya que un alto porcentaje de las pacientes tienden a presentar nuevos episodios de atracones y/o vómitos y un porcentaje bajo suele continuando con la utilización de laxantes.

Hay indicadores de pronóstico, que indican que aquellos casos que proceden de una Anorexia previa, tienen un peor pronóstico. Otros factores que se suponen que agravan el cuadro son: severidad del trastorno, características de personalidad, uso y abuso de sustancias, mayor presencia de conductas autolesivas e historia de alcoholismo en la familia.

Síntomas y Trastornos Asociados

Los individuos con Bulimia Nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno puede aparecer en individuos con obesidad moderada y «mórbida».

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con Bulimia Nerviosa es alta (p. ej., baja autoestima), al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En muchos individuos la alteración del estado se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la Bulimia Nerviosa. Sin embargo, en ocasiones el trastorno del estado de ánimo precede a la Bulimia Nerviosa. Hay también una incidencia elevada de síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a las situaciones sociales) o de trastornos de ansiedad. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes) en aproximadamente un tercio de los sujetos. Es poco probable pero los individuos con Bulimia Nerviosa tienen rasgos de la personalidad que cumplen criterios diagnósticos

para uno o más trastornos de la personalidad (la mayoría de las veces trastorno límite de la personalidad).

Datos preliminares sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo.

Algunos de los síntomas más comunes de la Bulimia son:

1. El comer incontrolable
2. El purgar
3. El adietar terminante
4. Ayuno
5. Ejercicio vigoroso
6. Sangre el vomitar
7. Ir al baño con frecuencia después de las comidas
8. Preocupación con el peso corporal
9. Oscilaciones de la depresión o del humor. Sensación fuera de control.
10. Glándulas hinchadas en cuello y cara
11. Estreñimiento
12. Períodos irregulares
13. Problemas dentales
14. Garganta dolorida
15. Debilidad
16. Agotamiento

Hay que tener en cuenta que si una persona con dichas características no se atiende interdisciplinariamente:

- Puede morir a causa de la enfermedad.
- Puede agravar su estado de salud.
- Puede tener problemas en el colegio, en el trabajo, con la familia y con la sociedad.

- Perderá su autoestima.
- Sobrevendrá el deterioro de la personalidad.
- No logrará independencia ni autosuficiencia.
- No obtendrá una inserción social adecuada.

Patrón familiar

Varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado. Puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero falta confirmación de este hecho.

Entorno Familiar

Las familias que tienen hijos con problemas de alimentación, generalmente tienen un nivel significativo mayor de conflicto y peor relación emocional con ambos progenitores. Las características de las familias de mujeres bulímicas son las siguientes: ambos padres son más exigentes, las madres tienen para sus hijas mayores expectativas de éxito social y académico, además estas tienen más problemas vinculados al control de la conducta de sus hijas, los padres muestran depresión, rigidez, excesiva autodisciplina y distancia emocional, ambos padres incrementan la rivalidad entre los hermanos al compararlos abiertamente y existe un elevado nivel de tensión dentro de la familia.

Las opiniones y los juicios de los padres, respecto del tamaño de las diversas zonas del cuerpo, influyen en los pacientes, y podrían condicionar la evolución de su trastorno. Hay familias en las cuales la valoración personal depende de gran medida del aspecto físico, y con frecuencia este valor es transmitido de generación en generación.

El modo de reacción de quienes conviven con una persona bulímica se puede dividir en “un antes” y “un después” de enterarse de que la afección ha entrado en el hogar. Al comienzo, es característico el desconcierto que genera el hecho de que la persona que presenta el problema exija y se alimente en la mesa con comida de dieta y,

sin embargo, su peso no lo demuestre. Cuando además se le piden explicaciones, sus respuestas son evasivas y engañosas, y producen fastidio e inquietud.

Enterarse o sospechas que un ser querido padece de Bulimia Nerviosa suele producir gran alarma y preocupación. A veces es la misma paciente quien se sincera, buscando lograr así ayuda y comprensión. Otras veces sus conductas desviadas son descubiertas sorpresivamente por algún integrante del hogar o bien son las amistades quien hacen el primer diagnóstico y, preocupadas por su bienestar, lo informan a los familiares. Una vez que la paciente se ha sincerado, la respuesta de los familiares depende en gran medida de si cuentan con ayuda psicoterapéutica adecuada en la cual ellos participen. Nadie del hogar queda exento de estar afectado de alguna manera y, por lo tanto, no es el enfermo el único de la familia que tiene problemas.

Rasgos comunes en los pacientes con Trastornos de la Alimentación

Bruch, atribuye la predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo. (Ineficacia).

Otro factor significativo se refiere a los trastornos de la imagen corporal y la autopercepción de los estados afectivos y viscerales. (Alexitimia = dificultad para distinguir y expresar emociones y sensaciones).

Dificultad en los procesos de separación-individuación: se observa en la interdependencia de las relaciones, en las intrusiones en los pensamientos y sentimientos del otro. Las fronteras son difusas, es común que un conflicto diádico genere alianzas alternantes en la familia.

Conflictos con la sexualidad: los estudios muestran que existe una correlación entre autoestima y satisfacción con el propio cuerpo, y determina la calidad de la relación con sus pares.

No es infrecuente observar que cuando los pacientes con Bulimia Nerviosa controlan su conducta alimentaria, se descontrolan sexualmente. En el caso de los obesos con trastornos en el comer compulsivo cuando suben de peso pierden interés por lo sexual.

Trastornos del pensamiento: se refiere al modo como las personas vinculan creencias equivocadas a situaciones específicas y luego se comportan según esta interpretación errónea.

Pensamiento dicotómico “todo o nada”: tendencia a pensar en absolutos, a ver las situaciones en términos de blanco o negro. (ej. dividen los alimentos en “buenos”= diet y “malos”=engordantes- “desviarse de la dieta es un fracaso total”), esto se extiende a toda su vida (“si me enojo, destruyo todo”).

Pensamiento catastrófico: se exagera no solamente la posibilidad de que ocurra algo sino lo adverso de las consecuencias (“si como esta porción de torta voy volverme una chancha” “engordar es lo peor que me puede pasar en la vida”)

Abstracción selectiva: sacar una conclusión basándose en detalles aislados, centrarse en lo negativo y los inconvenientes de una situación e ignorar los positivos.

(“lo único que puedo controlar es la comida”)

Magnificación de los estímulos: es la exageración de las cosas. (ej. un dolor de cabeza es un dolor que la inmoviliza).

Absolutismo: son reglas que organizan la conducta bajo el lema del “deber” (“debería hacer gimnasia todos los días”, “debería evitar lo que engorda” “siempre debo hacer lo que esperan de mí”)

Ideas de autorreferencia: hacen una interpretación egocéntrica de hechos impersonales (“cuando como todo el mundo me mira”)

Estos pensamientos constituyen un poderoso factor que genera problemas, ya que se imponen como principios que no pueden desobedecer y obstaculizan la relación con los demás.

Impulsividad: Actuar en forma irreflexiva, sin tener en cuenta las consecuencias.

Obsesiones: Pensar con insistencia y gran preocupación en un mismo tema, situación o problema, sin poder tomar decisiones sobre ello. A veces la obsesión es tan intensa que impide que la persona continúe su actividad normal (ej. temor a las enfermedades)

Compulsividad: Tendencia a realizar actos impulsivos, generalmente temidos y no deseados. Ej. Bañarse, limpiar, ordenar, lavarse las manos, escupir, contar, etc.

5.5 Tratamiento en la Bulimia

Algunas reflexiones acerca del modelo de tratamiento

Según *Herscovici*, en cuanto al tratamiento de la Bulimia Nerviosa, rara vez es necesaria la internación. El tratamiento más elegido es el ambulatorio.

Hasta el momento, los estudios indican que las técnicas cognitivo-conductuales resultan útiles para reducir los síntomas. Dentro de este tratamiento se incluyen distintas estrategias entre las que cabe destacar:

- Refuerzo positivo de una ingesta adecuada.
- Técnicas de autocontrol hacia las conductas de comer.
- Desensibilización o exposición en vivo para controlar la ansiedad que el paciente experimenta antes de comer.
- Terapia cognitiva
- Contrato conductual.

El objetivo del tratamiento es lograr progresivamente el control de la conducta alimentaria.

El propósito primario del tratamiento de la Bulimia Nerviosa es evitar los episodios de atracones, ingesta compulsiva, mediante tratamiento psicopatológico, con el auxilio de fármacos antidepresivos. Se aconsejan antidepresivos supresores del apetito y la aparición de los inhibidores de la recaptación de la serotonina (para evitar la depresión). También el primer paso es admitir la necesidad de ayuda dado que en la mayoría de los casos quienes padecen la enfermedad suelen mantenerla oculta por vergüenza o por considerarla como un defecto del carácter o una debilidad de la voluntad.

El propósito secundario persigue la persecución de un peso adecuado a largo plazo, descartando patología asociada, efectuando una educación alimentaria y planteando ajustes en la dieta. Así como los mecanismos a utilizar en el seguimiento y control a largo plazo. No necesariamente hay que para los atracones de un día para otro, esto puede ser progresivo. Se ha utilizado con resultados discretos el “atracción planificado” para ir dando el control gradual de la situación. Siempre debe ser hecho bajo control médico.

Se podría plantear una serie de normas genéricas para la Bulimia Nerviosa:

1. Debe transmitirse educación alimentaria relacionada con los conceptos de dieta equilibrada, requerimientos energéticos, mal nutrición y consecuencias de la misma, y complicaciones médicas de la bulimia nerviosa.
2. En fase de Bulimia aguda y con el tratamiento nutricional los pacientes con peso normal o sobrepeso deben ser avisados de que la estabilización nutricional no inducirá pérdida de peso.
3. Las comidas deben ser equilibradas para promover saciedad con suficiente cantidad de grasas a fin de producir saciedad y retrasando el vaciado gástrico. Cálculo de necesidades energéticas individuales repartiendo el total en 4 tomas diarias al menos, evitando periodos prolongados de ayuno. Hay que recordar que estas pacientes no hacen ayunos porque comen mucho, sino que comen mucho porque ayunan.
4. Reducción de la comida que pueda ser ingerida con la mano, incluyendo verduras, ensaladas y frutas como modo de prolongar el periodo de ingesta.
5. Comida en posición sentada y en espacios reservados para la misma sin visión paralela de televisión.
6. Ingesta progresiva en cantidad, frecuencia y tipo de los alimentos identificados como causantes de ansiedad.
7. Prohibición de pesarse en casa.
8. Mantener un control a largo plazo una vez conseguida la estabilización del peso y la regulación del comportamiento alimenticio planteando evolutivamente en pacientes situaciones más complejas como por ejemplo comer en restaurantes.
9. Es necesario planificar adecuadamente la utilización del tiempo libre pues las compulsiones suelen aparecer frente a la sensación de aburrimiento o ansiedad producto, por ejemplo, de un fin de semana a solas.
10. Es indispensable enfrentar los problemas de identidad, autoestima, inadecuada expresión de emociones, otros abusos o adicciones concomitantes, y organización general de la vida. Se ha probado que un significativo número de bulímicos abusan del alcohol, drogas y anfetaminas. El alcohol, la comida y la droga, todos sirven como intentos de minimizar las deficiencias del ego de las personas.

11. El tratamiento grupal permite compartir un problema semejante, favorece el aprendizaje, la comunicación y la creación de un ámbito donde quienes padecen bulimia saben que van a ser cabalmente entendidos y escuchados. De la experiencia de los cada uno de los miembros del grupo todos pueden sacar provecho, aprendiendo de esta forma a modificar los pensamientos erróneos.

12. En muchos casos está indicado el tratamiento psicológico como apoyo a los familiares, los padres o la pareja. Hay quienes consideran que sin este aspecto cubierto, el tratamiento no puede ser totalmente positivo.

El tratamiento es más efectivo si se produce en las etapas iniciales del desorden. Por desgracia, como es un desorden fácil de ocultar y menos visible físicamente, el diagnóstico y tratamiento suelen llegar demasiado tarde. Antes, las personas con Bulimia eran hospitalizadas y dadas de alta cuando los síntomas remitían. En la actualidad esto es infrecuente ya que sólo resuelve la superficie del problema y poco después reaparece el desorden de forma severa, o incluso peor, de la que tenían en un principio.

Capítulo 6

Modelos de tratamientos

En el tratamiento de los desórdenes alimentarios encontré diferentes modelos que fueron aplicados con más o menos éxito.

Enfoque cognitivo-conductual

Cuyos representantes son *Garner y Bemis, Garfinkel y Fairburn*. Este enfoque relaciona pensamiento-emoción y comportamiento manifiesto, y el tratamiento consiste básicamente en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente.

En Bulimia Nerviosa el modelo de Fairburn propone un programa que se desarrolla en 3 etapas, cada una de 8 entrevistas, que se realizan 2 veces por semana. El objetivo de la primera etapa consiste en que el paciente pueda controlar su ingesta. La segunda fase se aboca a la reestructuración cognitiva, y consiste en modificar las creencias que refuerzan los patrones bulímicos. La tercera fase se centra en mantener los logros y prevenir las recaídas.

Modelo sistémico

Minuchin y colaboradores propone la terapia familiar estructural. El objetivo del tratamiento es modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros.

Las características más frecuentes de organización y funcionamiento de estas familias son: aglutinamiento-sobreprotección-rigidez--evitación del conflicto e involucrar al hijo en el conflicto parental.

El terapeuta se incluye en el sistema de una manera activa y directiva, apuntando, al comienzo al aspecto sintomático (que el /la paciente recupere peso), simultáneamente a modificar los patrones disfuncionales que contribuyen al mantenimiento de la situación sintomática y por último trabaja sobre la autonomía de los subsistemas.

Selvini Palazzoli (1963), aborda desde su orientación psicoanalítica inicial y luego gira hacia el pensamiento sistémico. En ese momento conceptualiza a la anorexia nerviosa como una enfermedad “sistémica” y utiliza intervenciones estratégicas y paradójicas que tienen como objetivo cambiar las interacciones familiares sin recurrir a explicaciones.

En el año 1985 escribe sobre la decisiva influencia de los factores socioculturales en la génesis de la Anorexia y en 1988 presenta un modelo para la terapia individual de los pacientes anoréxicos crónicos cuando no resulta posible hacer terapia familiar.

La Anorexia sería el resultado de un proceso en la historia de la organización relacional de estas familias, donde el paciente está atrapado en el “juego familiar encubierto”.

Para describir el curso del proceso anoréxico dentro de la familia toma como punto de partida el juego desplegado por la pareja parental y elabora un modelo de 6 pasos para conocer el curso interactivo de la familia, que desembocaría en la conducta anoréxica.

Concluyen que el común denominador de estos patrones es el engaño.

Denominan “embrollo” a un “proceso interactivo complejo que aparentemente se desarrolla merced a la estrategia de mantener como privilegiada una relación diádica transgeneracional (madre/hija-padre/hija), que en realidad no se debe a un privilegio basado en el afecto, sino que es un arma táctica para ser utilizada en contra de alguien, generalmente el cónyuge.”

“La labor terapéutica con las pacientes anoréxicas debe tender específicamente a reforzar el Yo de la paciente frente a su sentimiento de inadaptación o de impotencia y al terror de ser dominada e invadida por el poder de los demás “ (*Selvini, 1990, p.478*)

Modelo Psicoeducacional

Sus representantes son *Garner* y colaboradores y proponen este modelo como complemento de la psicoterapia.

Le dan mucha importancia a determinados conceptos que el paciente y el terapeuta deben conocer:

- El cuerpo humano tiende naturalmente a mantener un peso estable regulado alrededor del set point, y es el peso que el organismo intentará defender cuando se hacen dietas estrictas.
- Es importante determinar el peso adecuado.
- Dan recomendaciones para evitar vómitos y atracones.

A estos modelos debemos agregar los grupos de autoayuda coordinados por pacientes recuperados, que funcionan como lugar de contención, apoyo e identificación con un grupo de pares.

Sin embargo por las experiencias realizadas los grupos funcionan como complemento de la terapia individual y familiar en el tratamiento de los desórdenes alimentarios.

Hay experiencias realizadas en Buenos Aires aplicando una versión adaptada de la técnica de terapia breve desarrollada por el Brief Therapy Center (BTC) del MRI de Palo Alto con buenos resultados.

El primer objetivo del tratamiento es redefinir el problema, trabajar sobre el propio ritmo de bajada, aumentar sus habilidades sociales y aceptar los términos medios teniendo en cuenta el lenguaje del paciente.

Sea cual fuere la elección del modelo el trabajo en equipo es la clave del éxito.

Capítulo 7

Canones de belleza

La Bulimia y la Anorexia afectan mayoritariamente a las mujeres entre los 14 y 18 años de edad.

Para situarse en el tema, es a partir de 1925 cuando los cánones de belleza femenina dan un giro importante, ya que con la desaparición total del corsé (prenda de vestir que se usó casi cuatro siglos), la mujer comienza a mostrar su cuerpo de otra manera. En este año aparecen por primera vez los figurines de moda en los que se apunta una estilización progresiva, se acortan los vestidos, se enseñan las piernas y hay una supresión de curvas. Coincide con la incorporación de la mujer al deporte en la alta burguesía y comienza la moda de mujeres delgadas que incluso se vendaban el pecho para iniciar el sutil camino a la androginia.

Esta progresiva exhibición del cuerpo femenino es imparable y hace que la mujer se preocupe por su imagen o aspecto físico, ya que comienza a ser observada y criticada. Sin embargo las modelos de belleza de los años cincuenta como Marilyn Monroe o Ava Gardner siguen mostrando una mujer con más curvas, aunque no gorda.

Es a partir de los años 50 cuando la preocupación por los trastornos de alimentación fue evidente porque se empezó a estudiar desde diferentes líneas, considerando no sólo los factores biológicos y psicológicos sino también los sociales y educativos que influyeron en esa nueva cultura de la delgadez.

Ford y Beach (1951) estudiaron 190 sociedades tribales y encontraron como resultado que las características físicas de las mujeres recibían mucha más consideración social que la de los hombres.

Se observa como estos trastornos de la conducta alimentaria afectan mayoritariamente a mujeres a través de todos estos factores, pero no hay que culpabilizarlas por el cambio social de hábitos en la alimentación familiar, puesto que también hay que considerar los diferentes estilos de vida que han impuesto los trabajos de jornada prolongada (tanto para hombres como para mujeres) los traslados en la ciudad a los centros de trabajo, el frenético ritmo urbano que han propiciado que el comer fuera de casa sea a veces imprescindible.

Sin embargo en todas las definiciones de estos trastornos aparece que afecta mayoritariamente a mujeres, en el caso de la Anorexia Nerviosa se habla de prepúberes y adolescentes y en menor medida de adultas y varones jóvenes.

Todas las estadísticas señalan que el 90% son mujeres entre 14 y 18 años, aunque la edad va descendiendo peligrosamente hacia niñas menores de doce años.

Si una de las características de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa es el temor obsesivo a engordar y un peculiar trastorno del esquema corporal que les hace verse más gruesas de lo que están, vemos que la obsesión con la cultura de la delgadez es más fuerte entre las mujeres.

Los cánones de belleza actuales y el rechazo social a la obesidad femenina hacen que las adolescentes sientan un impulso irrefrenable de estar tan delgadas como las modelos que la publicidad y medios de comunicación presentan a diario.

No es casual que el perfil de la joven anoréxica sea mayoritariamente el de una chica responsable y estudiosa, que desea realizar correctamente su rol social y que tiende a un perfeccionismo exagerado.

Uno de los índices para lograr el éxito y la aceptación social va a ser tener un físico apropiado, estar delgada, y dado que la pérdida de peso puede realizarse con voluntad y esfuerzo; es en este terreno también, donde se va a empezar a ser “responsable”.

Existe un anhelo de perfeccionismo corporal latente tanto en chicos como en chicas pero los varones tienen (por el momento) unos modelos más musculosos, no tan delgados. Pero ya está apareciendo una nueva enfermedad llamada "Vigorexia" que consiste en una actividad física exagerada en los chicos, especialmente en gimnasios que se convierte en obsesión ya que a pesar de su musculación se miran en el espejo y se ven en disconformidad con su cuerpo.

Capítulo 8

Medios de comunicación

El impacto entre la población adolescente de programas de TV sobre todo videos musicales influyen en estas tendencias del cuerpo ideal. Existe un culto a la juventud que se pretende vender, debido a que el modelo que impone la sociedad, tiene que ser un modelo joven. Por otro lado, para *Toro* (1996), la juventud de las modelos las acerca más a las expectativas de las adolescentes, que casualmente son las más indefensas y propensas a la hora de desarrollar algún trastorno del comportamiento alimentario.

Según *Santillán* (2009), actualmente se vive una presión cultural hacia la delgadez y actitudes de riesgo para los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Suelen ser contradictorios los criterios de voluptuosidad y delgadez extrema que proponen los medios de comunicación, que suelen conducir a muchas jóvenes a cirugías e ingestas para alcanzar “el cuerpo ideal”. Es muy importante destacar el concepto de belleza en la cultura en la que uno está inmerso. En nuestra cultura, uno de los factores más influyentes es tener curvas en algunas partes del cuerpo y una cintura extrema. Esto se debe también a que los medios de comunicación de masas tienden a homogeneizar gustos, modas y actitudes haciendo referencia a la cultura de la delgadez. Es decir, delgadez de la cintura para abajo y senos abundantes parece ser el modelo a conseguir.

Inmersos en esta cultura, donde la belleza es lo más importante, las adolescentes suelen querer igualar sus cuerpos con el modelo que ofrecen los medios.

Según *Toro* (1996), las modelos de nuestra cultura suelen aparecer por los medios rodeadas de prestigio social, provocada por comerciantes y publicitarios.

Cabe destacar que los medios de comunicación son medios del poder, donde se trata de vender estilos y formas de vida, donde se utiliza la imagen visual para manipular a las personas. En muchos de los casos el material presentado por la televisión no es beneficioso para el público receptor.

“*Silverstein* (1986), estudió la evolución de las dimensiones corporales de las mujeres, fundamentalmente maniqués y actrices, que ocupaban las páginas de Vogue y

Ladies Home Journal desde 1900. Constataron que entre 1900 y 1910 la relación entre los perímetros del pecho y la cintura fue de 2. A partir de este instante, esta proporción empieza a reducirse, quedando situada en 1,1 en 1925. “(Toro, 1996, p. 85)

Hemos visto en el año 2003 en canales de televisión en la Argentina, programas (Super M) donde mujeres competían entre sí por las formas de sus cuerpos habiendo ganadoras y perdedoras.

Todos los medios de comunicación suelen ser utilizados con el fin de desarrollar la cultura de la población, de controlar las reacciones de los receptores.

La comunicación es la base fundamental de la vida en sociedad puesto que ella posibilita la construcción de una red de intercambios. Desde la mínima situación dialógica que compromete a un emisor, un receptor y un estado de cosas al cual se refieren en las más simples comunicaciones verbales, hasta el más complejo aparato desarrollado por la industria de la comunicación.

La industria de los medios suele funcionar, en gran medida como estandarizadora de discursos, tarea que se verá indisolublemente ligada a la configuración del referente.

A principio de los años 60, el lingüista *Jakobson* estableció un modelo clásico de comunicación social, el cual dice que en el proceso de comunicación intervienen los siguientes factores:

- **Emisor.** Es la persona que comienza el diálogo o el discurso.
- **Receptor.** Es quien recibe la información.
- **Mensaje.** Es la información que circula durante el proceso.
- **Contexto.** Tema compartido del que se habla.
- **Contacto.** Canal físico (por ejemplo, teléfono).
- **Código.** Reglas compartidas entre el emisor y el receptor para llevar adelante la comunicación (por ejemplo, idioma).

Para situarse en la historia de los medios de comunicación, con la llegada de la radio en la década del 20, los medios empezaron a ser considerados masivos. La familia se congregaba a su alrededor para escuchar sus programas favoritos o para enterarse de las últimas noticias. Luego llegó la industria cinematográfica del cine mudo.

Lasswell en Estados Unidos, ideó una fórmula sencilla para estudiar la comunicación. Según él, para analizar un proceso comunicativo, hay que preguntarse:

- Quién dice.
- Qué dice.

- En qué canal.
- A quién.
- Con qué efecto.

Según los sociólogos *Lazarsfeld y Merton* (1948), los medios de comunicación tienen dos funciones y una disfunción, que están interrelacionadas:

- Una función otorgadora de estatus.
- Una función reafirmadora de normas sociales.
- Una disfunción narcotizante.

“El estatus. Los medios de comunicación otorgan una posición social (estatus) a personas públicas, políticos, organizaciones y movimientos sociales. Una opinión se transforma en calificada cuando se publica en la prensa o se emite por radio. De esta manera, el mensaje llega a la población envuelto en una fuerte carga de verdad: Lo dijo la radio, salió publicado en el diario.

Normas sociales. Cualquier campaña, sea a favor o en contra de un tema polémico o un consejo publicitario para elegir un producto, es un instrumento del cual los medios se valen para reforzar pautas de conducta que subyacen en la sociedad.

El narcótico. Si un cantante, un deportista o un artista aparecen en un anuncio publicitario aconsejando el uso de un producto, es probable que la gente vaya a los negocios y pregunte al vendedor por ese artículo, sin recordar, muchas veces, el nombre del mismo.” (Ferrari, 2001, p.16)

La TV es el medio de comunicación más masivo, para esto cabe destacar que el primer dispositivo fue creado por Nipkow en 1884.

Luego de la Segunda Guerra Mundial los sistemas televisivos invadieron las sociedades. Sin embargo, en la década del 70 fue cuando se produjo su máximo consumo por la aparición de televisión en colores.

A partir de 1984, la utilización de satélites para las transmisiones de alcance mundial permite que la señal cubra la totalidad de los cinco continentes.

En la actualidad cantidades de imágenes son transmitidas a través de los medios de comunicación, y suele existir una tendencia a imitar los modelos presentados por la TV y esto significa de alguna manera una limitación a nuestra “libertad”.

Eco (1980), utiliza el término neotelevisión para hablar del producto de las nuevas tecnologías y las privatizaciones de canales. Los personajes que aparecen en esta

nueva televisión buscan irrumpir de todas maneras ante el público, a través de realitys y de programas sin censuras.

La TV se dirige al mercado del adelgazamiento y tiene como característica ganar mayor audiencia, manejar estereotipos determinados, acentuar el estándar conservador.

Los medios de comunicación gracias a la globalización, han contribuido a la similitud de costumbres entre las diferentes culturas.

De esta forma, la relación TV-audiencia, se hace cada vez mas estrecha y se puede hablar de televidencia como el proceso que conlleva a múltiples interacciones y que es el objeto de la más compleja gama de mediaciones.

Según *Álvarez Bataglia* (2007), los medios de comunicación contribuyen con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos, de alimentarse, etc. También la presencia de estrellas del espectáculo en todos los medios y las modelos de moda lleva a muchas mujeres a pensar en tener el mismo aspecto. Los medios de comunicación son los encargados de difundir modelos ideales de individuos que aparecen como legítimos para vastos sectores de la sociedad.

Además en esta sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes reciben otro mensaje contradictorio que promueve el consumo de alimentos: fast food, gaseosas, golosinas, cada vez más tentadores pero de poco valor nutritivo y de alto valor engordante.

La televisión y otros medios de comunicación siguen bombardeando con valores dañinos para la conformación de la personalidad de los jóvenes, valores que atentan en mucho casos a la salud física y mental de estos mismos. La industria dietética de esta manera se lleva millones de dólares por año ya que los medios de comunicación derivan de una estructura de mercado muy agresiva en la cual la rentabilidad económica está por encima del bienestar social. Hoy podemos encontrarnos con publicidades de barras de cereales o lácteos que ofrecen consumir el producto, mostrando la imagen de una joven flaca, bailando feliz junto a la mayonesa diet, o el yogurt.

“Al iniciarse la década del ochenta se calculaba que los americanos gastaban unos 10.000 millones de dólares en productos destinados a perder el peso *Chernín* (1989) Más adelante los americanos gastaron 74.000 millones en alimentos dietéticos *Yates* (1991)

En un estudio de *Silversteien* (1986), sobre medios de comunicación y su influencia en el modelo estético corporal femenino, se subraya que las actrices que iniciaron su carrera entre los años cincuenta y sesenta cifraban su relación busto/cintura en 1, 34. Las que debutaron en los años ochenta habían reducido a 1, 22.” (Toro, 1996, p. 241)

En la cultura de la delgadez, estar sano significa estar delgado, dar una buena imagen y poder ponerse determinados modelos de ropa.

Un estudio realizado con 238 estudiantes universitarios ha puesto de manifiesto la asociación entre exposición a los medios de comunicación y ciertas consecuencias negativas. Los resultados indican que en las mujeres, la exposición a distintos medios de comunicación promueve una imagen extrema del cuerpo ideal, creando así una insatisfacción por el propio cuerpo, que conduciría a incrementar la sintomatología relativa a los trastornos del comportamiento alimentario. *Stice et al.*, (1993); citado en *Toro* (1996)

Garner (1980), realizó un estudio, donde se verificó el aumento de dietas aparecidas en las revistas femeninas durante los años 1959 y 1978.

Otro estudio realizado en el Clinical Psychology Center de la Universidad de Arizona, *Nemeroff et al.*, (1994). Se eligieron tres tipos de revistas (tradicionales, modernas y de modas) destinadas de manera separada a hombres y mujeres. De cada revista se analizaron seis ejemplares por año desde 1980 a 1991. Los artículos contabilizados fueron divididos en cuatro categorías en función de su contenido: perder peso, belleza, estar en forma y salud. Cualquiera de estas revistas aparecía con más frecuencia en las revistas femeninas que en las masculinas.

Silverstein et al. (1986) estudiaron las características corporales de 221 personas, 139 varones y 82 mujeres, que aparecían en programas de televisión durante el mes de marzo de 1982. Un jurado de psicólogos especialmente entrenados clasificaba el cuerpo de cada uno según una escala de 10 puntos y de acuerdo con su grado de obesidad o delgadez. Hallaron que el 69, 1% de las mujeres entraba en la categoría de muy delgado, lo que sólo sucedía al 17,5% en varones.

“Otro estudio realizado por *Stice et al.* (1994), estudiaron la identidad con su papel sexual, la interiorización del estereotipo de cuerpo ideal, la insatisfacción corporal y la sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en 238 mujeres jóvenes. Relacionaron estos factores con la cantidad de revistas que habían leído durante un determinado tiempo. Las revistas se clasificaron en función de su temática:

salud y estar en forma, belleza y modas, espectáculos, artes y chismes. También controlaron la cantidad de horas destinadas a presenciar comedias, dramas o concursos. La observación del cuerpo ideal delgado a través de dichos medios se relacionó con patología alimentaria, sugiriéndose, que aquellas podían modelar comportamientos patógenos. También se verificó que la relación entre los medios de comunicación y la patología alimentaria estaba mediada por la interiorización de las presiones socioculturales. “(Toro, 1996, pp249-251)

Víctimas de todos estos mensajes las jóvenes quedan en muchos casos atrapadas en esta trampa que le tiende la cultura reinante.

Estos factores influyen principalmente sobre mujeres jóvenes.

Las anoréxicas y adolescentes valoran a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular que las mujeres adultas. Por este motivo es importante estar alerta e informar a través de campañas publicitarias los efectos dañinos que este tipo de información televisiva puede llegar a ocasionar, como una forma de contrarrestar tal impacto.

Desde luego que esto sólo no basta para que se desarrolle un trastorno alimentario. Se deben tener en cuenta otros factores como por ejemplo los siguientes:

Factores familiares: los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos al comer. La mayoría de las niñas tratan de perder peso generalmente por recomendación de sus madres. Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez.

Factores de vulnerabilidad personal: no aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensan de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, ser poco habilidoso en las relaciones sociales; son perfiles psicológicos que conforman el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías.

Factores temporales: experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura; pueden desbordar a una persona con falta de madurez.

Por otro lado, las estadísticas muestran, como ya se dijo anteriormente, mayor posibilidad de riesgo en contraer alguna de dichas patologías en adolescentes. Es por esto, que en esta investigación se evaluará a este grupo de 15-18 años, la influencia de la televisión y las conductas de riesgo a través de dos instrumentos, con el fin de obtener datos esclarecedores acerca de una posible o no relación entre ambos factores.

Capítulo 9

Adolescencia Media

Esta fase de 15-18 años, comprende según *Mosej* (1996), la adolescencia media, donde se producen cambios decisivos en el psiquismo del adolescente. Uno de ellos, es la búsqueda de un objeto heterosexual. Esto se ve posibilitado por la salida a la exogamia y el abandono de la posición bisexual y narcista presentes en la etapa anterior (adolescencia temprana). En esta etapa el adolescente se desprende totalmente de los objetos infantiles y su salida hacia la heterosexualidad es definitiva.

La búsqueda constante de un objeto de amor, hace que las relaciones sean aún inestables, superficiales y cambiantes. Los fenómenos de restitución son frecuentes, esto lo hacen como un intento de establecer más conexiones con el mundo exterior y de este modo fortalecer a su yo. El adolescente se muestra rebelde, desafía la autoridad de los padres y burla las reglas. El Yo se cubre de libido para mantener la autoestima. En esta etapa el adolescente busca consolidar una personalidad y una identidad independiente a la de sus padres.

Es característico de esta época, la hipersensibilidad y el anhelo del amor. También, se establece la polaridad masculino-femenina, es decir, la mujer a partir de la menarca, se identifica con la madre por su función reproductora; y el varón a partir de la “pandilla” busca una mujer con quien desea establecer un vínculo. La pandilla cumple una función fundamental en esta etapa, le da sostenimiento a cada uno de los integrantes y les permite crear nuevos valores (separándose de los de los padres). También, entre sus miembros simbolizan espacios en donde arman sus interacciones. Estos espacios le dan seguridad. El adolescente suele tener valores efímeros, superficiales, basados en la belleza, juventud, dinero, etc.

Los mecanismos de defensa característicos en esta etapa son: el ascetismo, en donde se prohíbe la expresión del instinto (es una restricción al Yo), la intelectualización (la descarga de la agresión se da de manera desplazada), la negación, la oposición a los padres y la identificación.

Por otro lado, es también importante esta etapa, ya que los cambios físicos comienzan a hacerse cada vez más notorios. El cuerpo del adolescente cambia y para ello es necesario que se produzca una reestructuración del psiquismo en función a esos

cambios. Según *Uribarri* (1996), este cuerpo infantil que se pierde no implica un duelo, ya que paulatinamente el adolescente va asimilando estos cambios y adaptándose a la nueva situación y a la nueva imagen corporal.

En síntesis, en la adolescencia media se producen numerosos cambios tanto en el psiquismo como en lo corporal; pero es necesario tener en cuenta que estos están acompañados de las influencias del medio.

Las jóvenes suelen tener insatisfacción con su propia imagen a través de la comparación social.

La imagen corporal comienza en la infancia, y ya desde pequeños nuestros padres nos enseñan cómo arreglarnos y que es lindo o feo. A su vez dentro del grupo de amistad de un adolescente pueden aparecer comentarios acerca de preocupaciones sobre el físico. Estas creencias respecto a “estar flaco igual ser bello”, suelen darse en la adolescencia cuando la identidad y el cuerpo se van modificando. Junto con los cambios físicos aparecen las preocupaciones acerca del cuerpo ideal y de la ropa que envuelve a ese cuerpo ideal.

Según *Raich* (2000), la adolescencia es principalmente estresante para las mujeres ya que comienzan las primeras salidas con personas del sexo opuesto y hay una necesidad por agradarle a la otra persona y de seguir los cánones de belleza que los medios de la comunicación y la cultura proponen.

Las personas que tiene más seguridad en sí mismas suelen poseer una buena autoestima, mientras que la autoestima negativa se asocia con una imagen corporal negativa, debido a insatisfacción corporal.

Muchas veces, en este periodo de transición en donde la estabilidad justamente no es lo que la caracteriza, los medios de comunicación pueden afectar o traer repercusiones negativas en el psiquismo del adolescente, a partir de los modelos de belleza que estos imponen. También hay que tener en cuenta, que las propagandas, publicidades y modelos de los cuerpos “a igualar”, pueden influenciar demasiado en personas patológicas o que estén en riesgo a padecer trastornos del comportamiento alimentario.

Sobre esta idea, está basado el trabajo que se presenta a continuación.

Capítulo 10

Metodología

10.1 Muestra

Los test serán administrados a 60 personas de sexo femenino de entre 15 y 18 años de edad, que habitan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Conurbano Bonaerense, indiferenciando su clase social. La muestra llevada a cabo es de tipo probabilística y los individuos a evaluar serán elegidos por azar simple.

10.2 Definiciones operacionales

Variables

Se tomarán en cuenta como variables, los indicadores de **influencia de la televisión y las conductas de riesgo alimentarias**. Las variables que el **instrumento de la influencia de la televisión** se propone medir son:

En cuanto a la variable 1 acerca de las **horas** promedio que mira TV por día la escala a usar será menor/igual a 0 y mayor que 10. El indicador será ¿Cuántas horas promedio mira televisión por día?

En cuanto a la variable 2 acerca de: si realiza **otras actividades** mientras mira la TV, la escala será: casi nunca, a veces, muchas veces, casi siempre. Y el indicador ¿Realiza otras actividades mientras mira la televisión?

En cuanto a la variable 3, el **tipo de programación** que mira, el indicador a usar será películas, novelas, deportes, moda, reality, otras. El indicador a usar será ¿qué tipo de programación mira?

En cuanto a la variable 4 indaga sobre el tipo de **personaje**/actor de TV al que quisiera parecerse. La escala a utilizar será: poco, algo, bastante y mucho. Y el indicador es: Elija el personaje/actor de TV al que UD. ¿Quisiera parecerse y en cuánto le gustaría parecerse?

En cuanto a la variable 5 acerca de la **frecuencia en que suele comparar** su imagen corporal con los personajes de la TV. La escala a usar será: casi nunca, algunas veces, bastante, casi siempre. Y el indicador: ¿Con qué frecuencias suele hacer comparaciones de la imagen corporal de los personajes de la TV con la suya?

En cuanto a la variable 6 acerca de los **aspectos** que le gustaría parecerse a los personajes de la TV, la escala será: belleza, fama, profesión, otros. Y el indicador a utilizar será: ¿En qué aspectos le gustaría parecerse a los personajes de la TV?

En cuanto a la variable 7, acerca de si **influyen los modelos de belleza** de TV, la escala a utilizar será: poco, algo, bastante, mucho. Y el indicador será: Los modelos de belleza que se ven por TV, ¿a UD. lo influyen?

En cuanto a la variable 8, acerca de si realiza alguna **actividad para alcanzar aquel modelo**. La escala a usar será: sí, cuido mi cuerpo con dietas; sí, cuido mi cuerpo

con gimnasia; sí, tomo suplementos dietarios; No, no me interesa. Y el indicador será:
¿Realiza alguna actividad para alcanzar ese modelo de belleza?

En cuanto a la variable 9, si realiza **dietas**, el indicador a usar será: consulta a un nutricionista, la saca de una revista, las hace siguiendo su propio criterio, otros.

En cuanto a la variable 10, acerca de si la televisión informa sobre **prevención** de la Bulimia y la Anorexia. La escala a utilizar será: poco, algo, bastante, mucho. El indicador será: ¿Cree que la programación televisiva informa sobre los medios de prevención de la Bulimia y la Anorexia?

Por otro lado, lo relacionado con el **instrumento de conductas alimentarias**, las variables serán puestas a prueba de la siguiente manera y teniendo en cuenta que la escala a utilizar será siempre la misma: Casi nunca, algunas veces, generalmente, casi siempre.

En cuanto a la variable 1, acerca de los **deseos de adelgazar**, los indicadores serán:

- Como dulces e hidratos sin hacerme problemas.
- Pienso acerca de hacer dieta
- Me siento muy culpable cuando como demasiado
- Me aterroriza subir de peso
- Exagero la importancia del peso de mi cuerpo
- Quiero estar mas delgada
- Si aumento de peso, me preocupa seguir aumentando.

En cuanto a la variable 2 acerca de la tendencia a la **Bulimia**, los indicadores serán:

- Cuando estoy nerviosa me pongo a comer
- Me lleno excesivamente de comida
- He llegado a comer sin poder parar
- Pienso mucho en comer
- Como poco cuando estoy con otras personas, y mucho cuando estoy sola
- Pienso que si trato de vomitar podré bajar de peso
- Como o bebo a escondidas.

En cuanto a la variable 3, acerca de la **insatisfacción corporal**, los indicadores serán:

- Pienso que mi panza es demasiado grande
- Creo que mis muslos son demasiado grandes
- Creo que mi estómago es de tamaño normal
- Estoy conforme con el cuerpo que tengo
- Me gusta la forma de mis nalgas
- Creo que mis caderas son demasiado grandes
- Creo que el tamaño de mis muslos es normal
- Creo que mis nalgas son demasiado grandes
- Creo que mis caderas son de tamaño normal

En cuanto a la variable 4, acerca de la **ineficacia**, los indicadores serán:

- Siento que no sirvo para nada
- Me siento muy sola
- En general puedo manejar lo que pasa en mi vida
- Desearía ser otra persona
- Siento que no hago nada bien
- Me siento segura de mi misma
- Tengo una baja opinión de mi misma
- Creo que puedo lograr las metas que me propongo
- Cuando me siento nerviosa, no se si estoy triste, enojada o atemorizada
- Me siento emocionalmente vacía.

En cuanto a la variable 5, acerca del **perfeccionismo**, los indicadores son:

- Para mi familia lo más importante es ser primero en todo
- De niña me esforcé por no desilusionar a mis padres y maestros
- Detesto cuando no soy la mejor en algo
- Mis padres esperan de mi un alto nivel de rendimiento
- Creo que tengo que hacer todo a la perfección o no hacer nada
- Me propongo metas sumamente elevadas.

En cuanto a la variable 6, acerca de la **desconfianza**, los indicadores son:

- Soy muy abierta con mis sentimientos

- Confío en los demás
- Me resulta fácil comunicarme con los demás
- Tengo buenos vínculos afectivos
- Me resulta difícil expresar mis sentimientos a los demás
- Necesito tener a la gente algo alejada de mi
- Puedo hablar sobre problemas y sentimientos personales

En cuanto a la variable 7, acerca de la **alexitimia**, los indicadores serán:

- Me asusto cuando siento emociones muy fuertes
- Me resulta difícil entender mis sentimientos
- Puedo darme cuenta claramente de lo que siento
- No se que pasa dentro mío
- Me confundo cuando intento saber si estoy hambrienta o no
- Me preocupa no poder controlar mis sentimientos-
- Me siento llena después de una comida pequeña
- Cuando me siento nerviosa no se si estoy triste, enojada o atemorizada
- Tengo sentimientos que no puedo explicar
- Cuando estoy nerviosa, me preocupa que voy a empezar a comer.

En cuanto a la variable 8, acerca del **miedo a crecer**, los indicadores serán:

- Me gustaría sentirme segura como cuando era chica
- Me gustaría tener menos años
- La infancia es la etapa mas feliz de la vida
- Me gusta mas ser una adulta que una niña
- Es muy difícil ser adulta
- Me alegra no ser mas una chica
- Creo que la niñez es la época más feliz de la vida
- La mejor época de la vida es cuando se llega a ser adulta

En cuanto a la variable 9 acerca del **ascetismo**, los indicadores serán:

- Me avergüenza ser una persona débil.
- Me gustaría poder dominar las tentaciones de mi cuerpo
- Me esfuerzo mucho por hacer cosas que me den placer

- Me siento fortalecida espiritualmente cuando me privo de ciertas cosas
- Comer por placer es un signo de debilidad
- Creo que pasarla bien es una pérdida de tiempo
- Me avergüenzo de las tentaciones de mi cuerpo
- El sufrimiento nos convierte en mejores personas

En cuanto a la variable 10, acerca de la **impulsividad**, los indicadores serán:

- Las personas que mas me agradan terminan desilusionándome
- Algunas personas piensan que soy emocionalmente inestable
- Digo cosas impulsivamente de las que después me arrepiento
- Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir drogas
- Tengo vínculos que me hacen sentir atrapada
- Me es imposible sacar de mi cabeza ciertos pensamientos extraños
- Suelo tener ataques de furia
- Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir alcohol
- Algunas personas piensan que me enojo fácilmente
- Cambio fácilmente de estado de animo
- Siento la necesidad de causarme daño a mi misma o a otros

En cuando a la variable 11, acerca de la **inseguridad social**, los indicadores serán:

- Me siento cómoda en la mayoría de las situaciones grupales
- Soy comunicativa con la mayoría de la gente
- Los demás son capaces de entender mis problemas
- Creo que la gente me da el reconocimiento que merezco
- Siento que todo me sale mal
- Me gusta mas estar sola que en compañía de otras personas
- Se que la gente me quiere
- Creo que me conozco bien a mi misma.

10.3 Fuentes

Fuentes de información:

La fuente de información es de tipo primario, ya que los datos serán recolectados por la investigadora de manera personal, directa y espontánea.

10.4 Instrumentos

Los instrumentos que evaluarán las variables anteriormente dichas, son: Inventario ICA para la evaluación de conductas alimentarias: Adaptación de Casullo M.M, - Pérez, M U.B.A. Argentina. Y el instrumento de la influencia de la televisión creado por alumnas de la carrera de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, en la materia Taller III, supervisado por el Lic. Marcelo Pérez.

Características del ICA:

Esta técnica es una adaptación del Inventario de Desórdenes en la Alimentación (EDI) desarrollado en la Universidad de Toronto por el profesor Garner. (1991).

Es importante tener presente que no es una técnica diagnóstica sino de despistaje o screening.

Este cuestionario evalúa rasgos o dimensiones psicológicas que deben ser tenidos en cuenta en la comprensión y el tratamiento adecuado de los trastornos en la alimentación.

El cuestionario se propone evaluar la presencia de síntomas asociados con los trastornos mencionados, categorizados en las siguientes once dimensiones psicológicas.

1) Deseos de adelgazar: necesidad del sujeto de estar mucho más delgado o su temor a “ser gordo”. Los ítems que integran esta subescala se vinculan con preocupaciones por la dieta, el peso, el temor a aumentar de peso.

2) Bulimia: tendencia a pensar o involucrarse en comportamientos que implican comer de manera excesiva.

3) Insatisfacción corporal: sentimientos de disconformidad con determinadas partes del cuerpo propio (su forma y/o tamaño), presencia de una perturbación en la “imagen corporal”.

4) Ineficacia: presencia de sentimientos de inseguridad, desamparo, falta de control sobre la propia vida. Se vincula con “baja autoestima” o “pobre autoconcepto”, incluyendo además referencias a sentimientos de “vacío” y “soledad”.

5) Perfeccionismo: presencia de pensamientos o creencias acerca de que los demás esperan del sujeto sólo conductas exitosas.

6) Desconfianza: existencia de sentimientos sobre la necesidad de mantenerse alejado/a de las demás personas.

7) Alexitimia: presencia de sentimientos confusos en relación con el reconocimiento de afectos, la imposibilidad de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales.

8) Miedo a crecer: hace referencia al deseo de poder detener el crecimiento personal, el miedo a crecer y convertirse en adulto.

9) Ascetismo: tendencia a comportarse de manera “virtuosa” a través de ciertos ideales como la autodisciplina, el autorechazo y el autocontrol.

10) Impulsividad: presencia de tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad, componentes destructivos en las relaciones interpersonales. Esta dimensión está relacionada con características de personalidad borderline y psicopática.

11) Inseguridad social: creencias de la persona respecto a sus relaciones sociales las que pueden ser percibidas como tensas, inseguras, desagradables, y, en general, de baja calidad.

Administración de la prueba.

La prueba consta de 91 ítems a los cuales se puede responder con las siguientes cuatro posibilidades: **Siempre (o casi siempre), generalmente, algunas veces y nunca (o casi nunca).** Casullo, Pérez (2004)

La persona evaluada deberá hacer una cruz en el casillero correspondiente a una de esas cuatro respuestas. Los evaluados suelen contestar la totalidad de los ítems en un tiempo promedio de 15 minutos, pero no hay tiempo límite para las respuestas.

Por otro lado, el instrumento que se propone medir la influencia de la televisión, consta de 10 preguntas en las que cada una apunta a indagar un determinado aspecto.

La pregunta número 1 busca indagar la cantidad de horas que el sujeto mira televisión, es decir, cuanta exposición a los mensajes tiene.

La pregunta número 2 busca determinar si la persona realiza otras actividades mientras mira televisión, ya que de esta manera la atención a los mensajes va a variar.

La pregunta número 3 busca conocer el tipo de programación que los sujetos miran. Sobre esta pregunta está centrada una de las hipótesis, ya que considero que la programación podría influir en la aparición de conductas de riesgo.

La pregunta número 4 apunta a determinar cuál es el perfil o estilo de famoso al cual apuntan los sujetos encuestados. A través de esta pregunta puede determinarse cuál es el ideal que el sujeto proyecta para sí.

La pregunta número 5 busca conocer con qué frecuencia los sujetos realizan comparaciones ya que a partir de esto, se puede determinar el grado de influencia que ejercen los modelos de belleza impuestos por la televisión.

La pregunta número 6 busca saber en qué aspectos los sujetos quieren parecerse a los famosos.

La pregunta número 7 apunta a determinar si los modelos de belleza mostrados por la televisión influyen a los sujetos encuestados. Esta pregunta aspira a conocer si la persona reconoce (es decir es conciente) de la influencia que los medios ejercen sobre ellos.

La pregunta número 8 busca saber cuáles son los medios por los cuales los sujetos buscan alcanzar la belleza.

La pregunta número 9 indaga acerca del origen donde de las dietas. Esto implica conocer si están asesorados o no sobre como llevar a cabo un plan para adelgazar.

La pregunta 10 apunta a conocer si la persona cree que la televisión previene a través de sus mensajes la aparición de trastornos de la alimentación tales como la Bulimia o la Anorexia.

10.5 Plan de análisis

Los datos obtenidos por ambos instrumentos, serán analizados con el programa S.P.S.S (Statistical Products Service and Solutions) versión 17.

Para el tratamiento de los datos, se sacaran porcentajes y se utilizará estadística descriptiva.

El análisis será de tipo cuantitativo, en donde a partir de los cálculos estadísticos se podrá sistematizar y procesar la información obtenida.

A continuación desarrollare los entrecruzamientos de variables necesarios para la comprobación de las hipótesis planteadas anteriormente:

En cuanto a la Hipótesis I: *“El modelo de belleza que las adolescentes eligen por medio de la televisión, es el de mujeres con medidas corporales perfectas y extremadamente delgadas.”* Las variables a entrecruzar son:

- Personaje al que quisiera parecerse
- Compara con el propio cuerpo
- Estoy conforme con el cuerpo que tengo
- Desearía ser otra persona
- Quiero estar mas delgada
- Tengo una baja opinión de mi misma
- Como dulces e hidratos de carbono sin hacerme problema

En cuanto a la Hipótesis II: *“Las adolescentes frecuentemente se comparan con los modelos de belleza de la televisión.”* Las variables a entrecruzar son:

- Compara con su propio cuerpo
- Influencia de la televisión
- Pienso que mi abdomen es demasiado grande
- Creo que mis muslos son demasiado grandes
- Estoy conforme con el cuerpo que tengo
- Desearía ser otra persona

- Me gusta la forma de mis nalgas
- Me siento segura de mi misma
- Tengo una baja opinión de mi misma
- Creo que mis caderas son demasiado grandes

En cuanto a la Hipótesis III: *“El aspecto más valorable para las adolescentes, cuando realizan comparaciones con los famosos, es la belleza física y lo corporal.”* Las variables a entrecruzar son:

- Aspectos a lo que le gustaría parecerse
- Compara con el propio cuerpo
- Exagero la importancia del peso de mi cuerpo
- Quiero estar más delgada
- Desearía ser otra persona

En cuanto a la Hipótesis IV: *“Las adolescentes son concientes que la televisión los influye en algún punto.”* Las variables a entrecruzar son:

- Influencia de la televisión
- Me siento segura de mi misma
- Desearía ser otra persona

Capítulo 11

Resultados

Edades:

El promedio (media) de edades es: 16 años

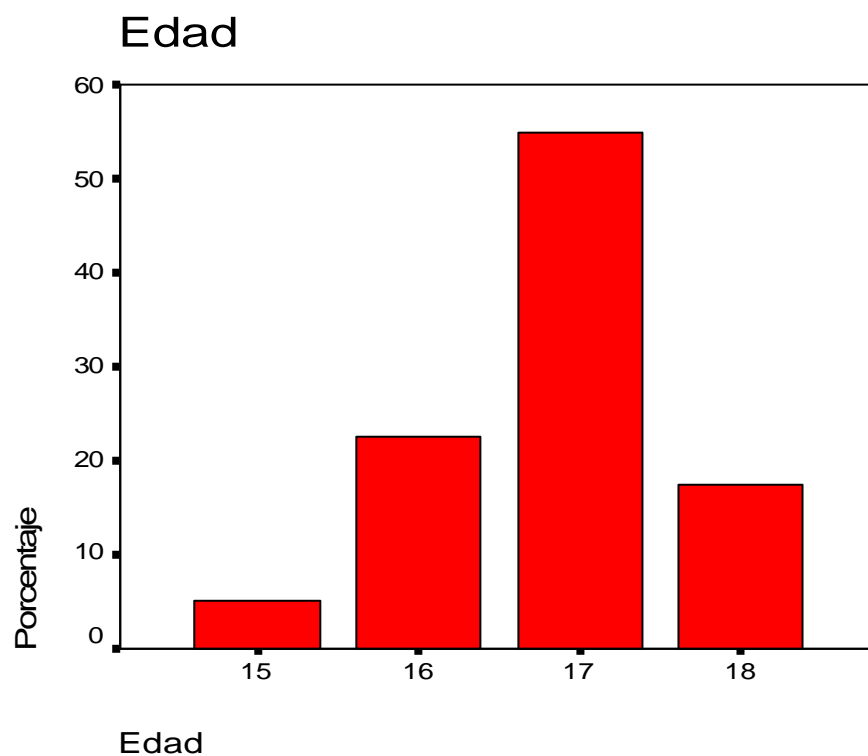
Moda: 17 años

Mediana: 17 años

Edad mínima: 15 años

Edad máxima: 18 años

A continuación se muestran en un gráfico de barras tales resultados:



Altura:

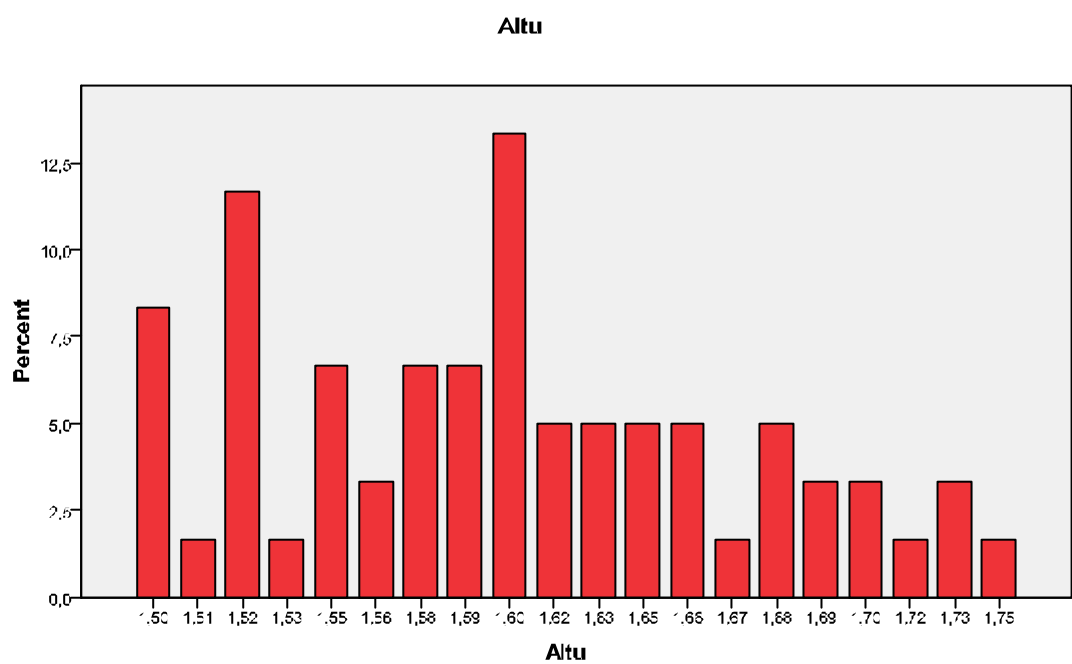
Media: 1,60

Mediana: 1.60

Moda: 1,60

Máximo de altura: 1,75

Mínimo de altura: 1,55



Peso:

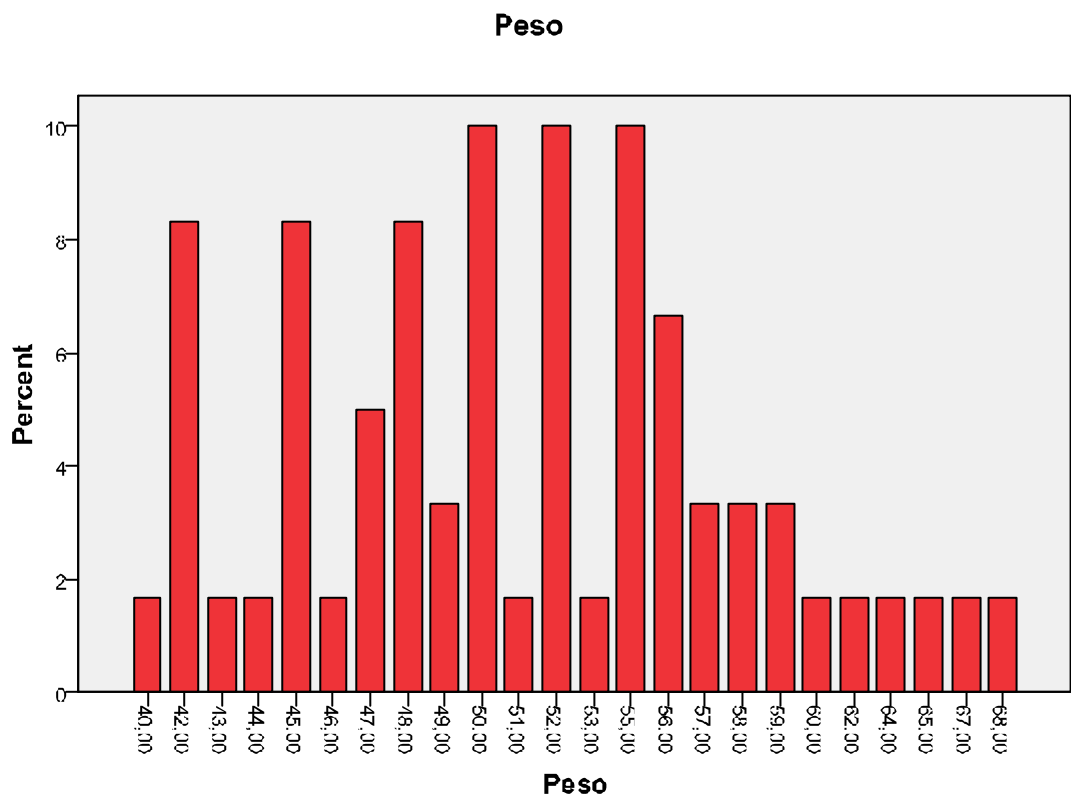
Moda: 51 kilos

Mediana: 50 kilos

Media: 50 kilos

Máximo peso: 68 kilos

Mínimo de peso: 40 kilos

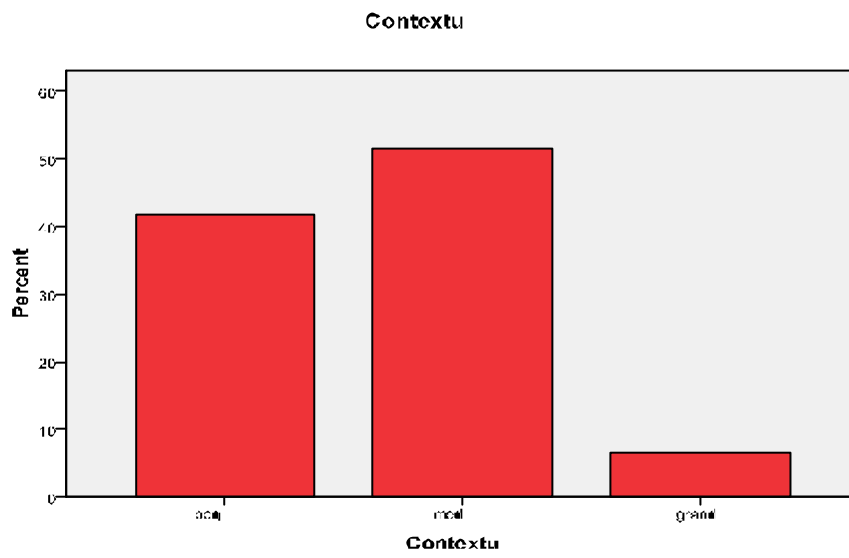


Contextura:

Media: pequeña

Moda: Mediana

Mediana: Mediana



Horas:

Media: 3 horas

Moda: 3horas

Mediana: 3 horas

Máximo de horas: 6 horas

Mínimo de horas: 1 hora

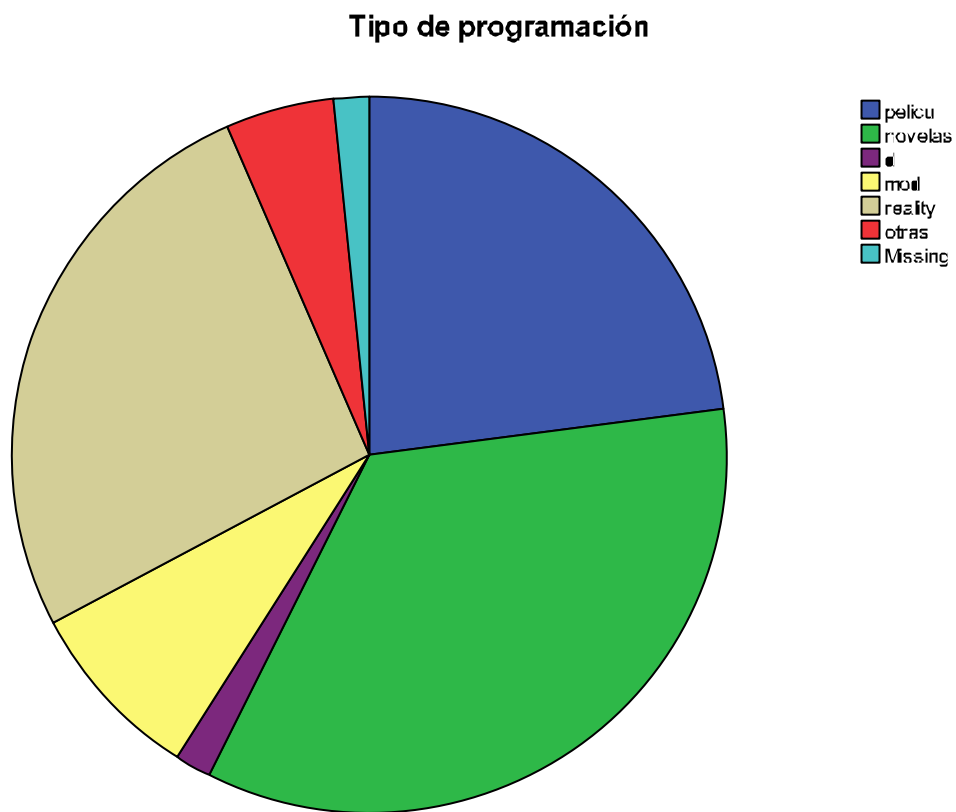


Tipo de programación:

Moda: novelas

Mediana: novelas

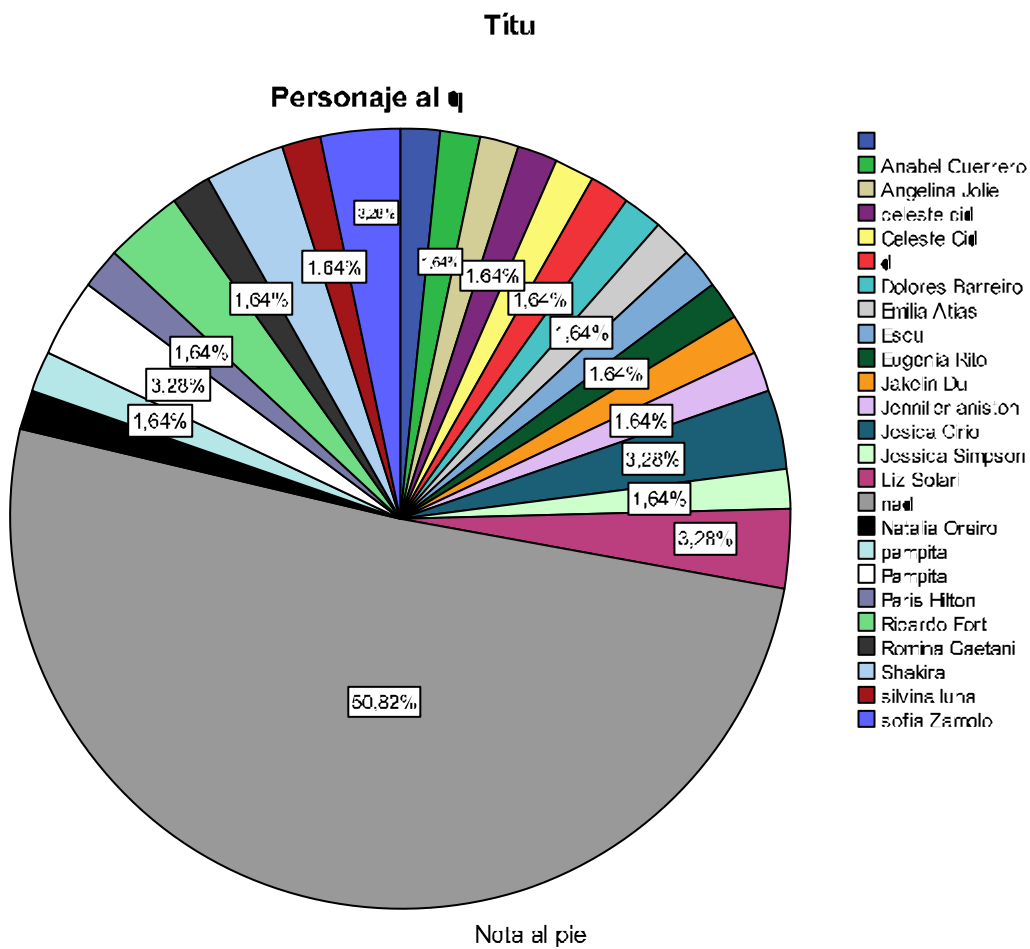
Media: novelas



Realización de otras actividades mientras se mira TV:

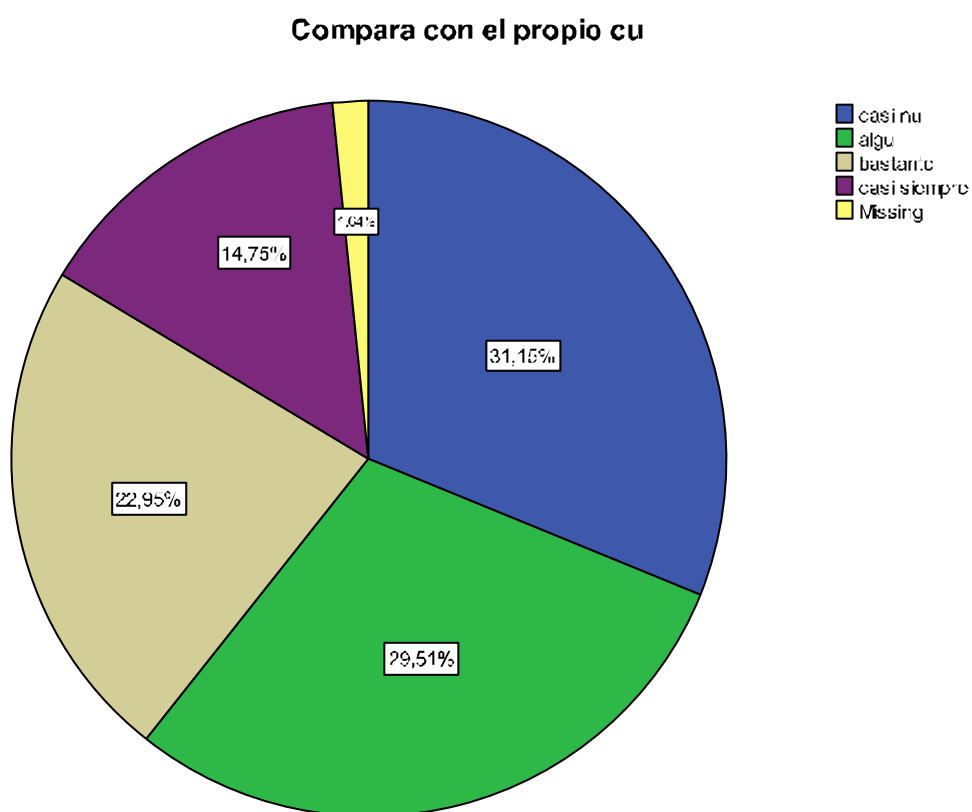
Media, Moda, Mediana: a veces

Personaje que quisiera parecerse:



Comparaciones con la imagen corporal:

La mayoría de los encuestados afirmó realizar comparaciones con su propio cuerpo algunas veces o más. (67%)



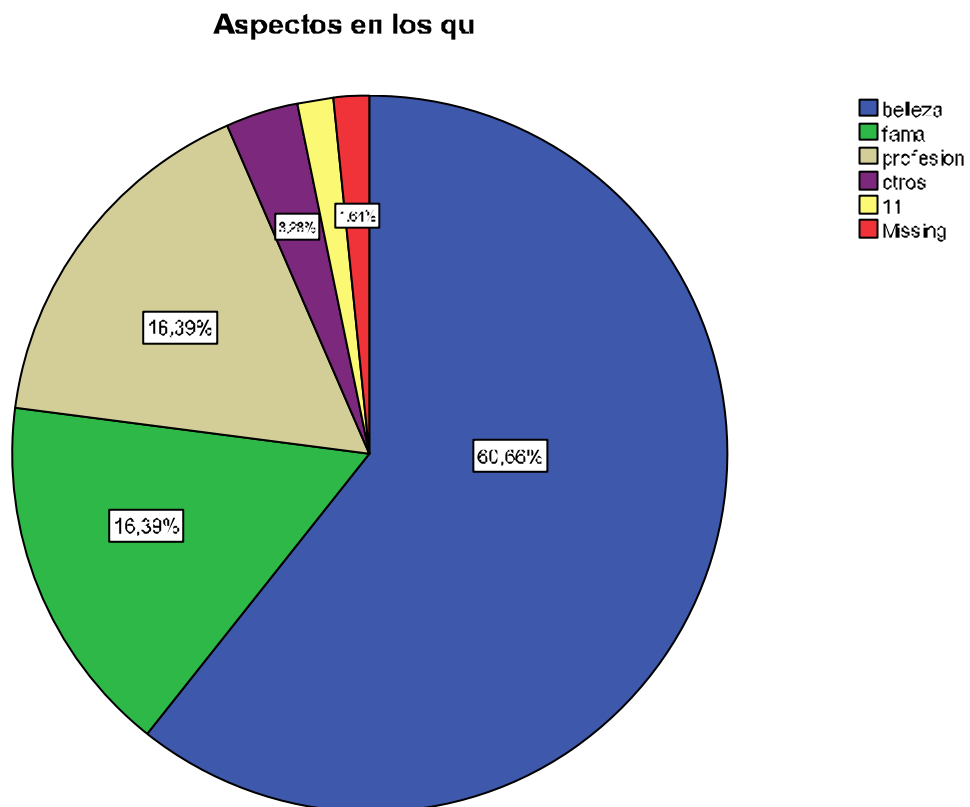
Aspectos en lo que le gustaría parecerse:

El 60,66% afirmó querer parecerse en la belleza

El 16,39% en la fama

El 16,39% en la profesión

El 3,28% otros

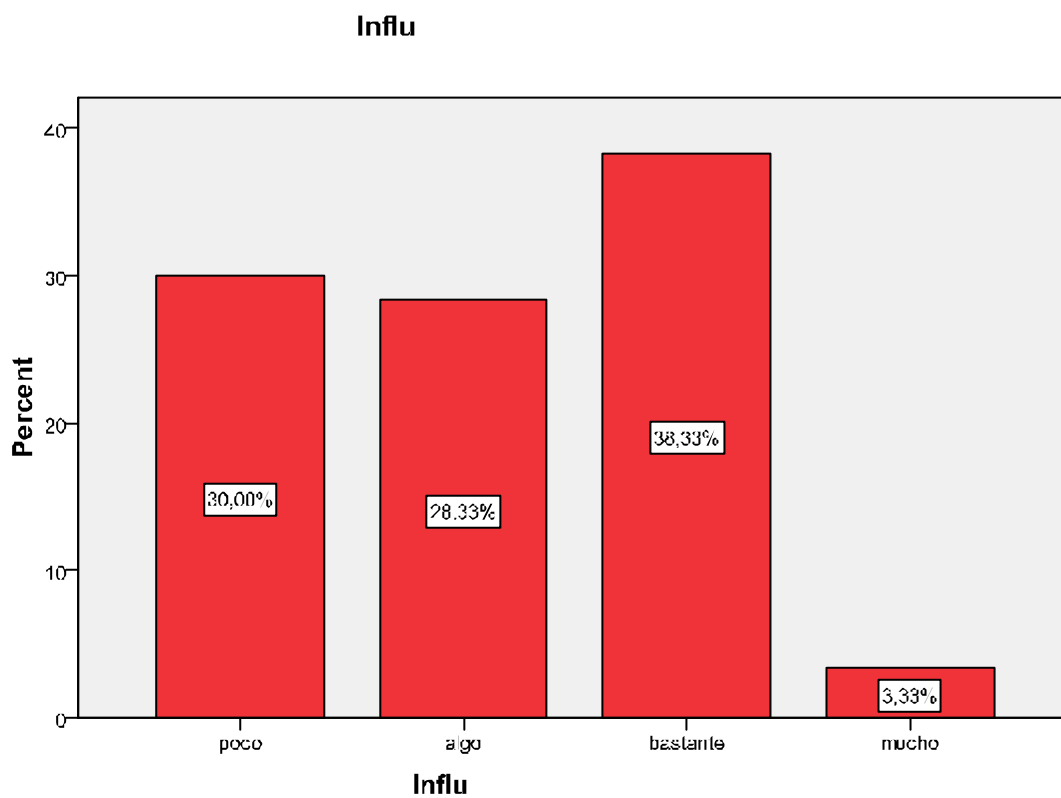


Influencia de la TV:

El 30% afirmó que la TV lo influye poco

El 28,33 afirmó que la TV lo influye algo

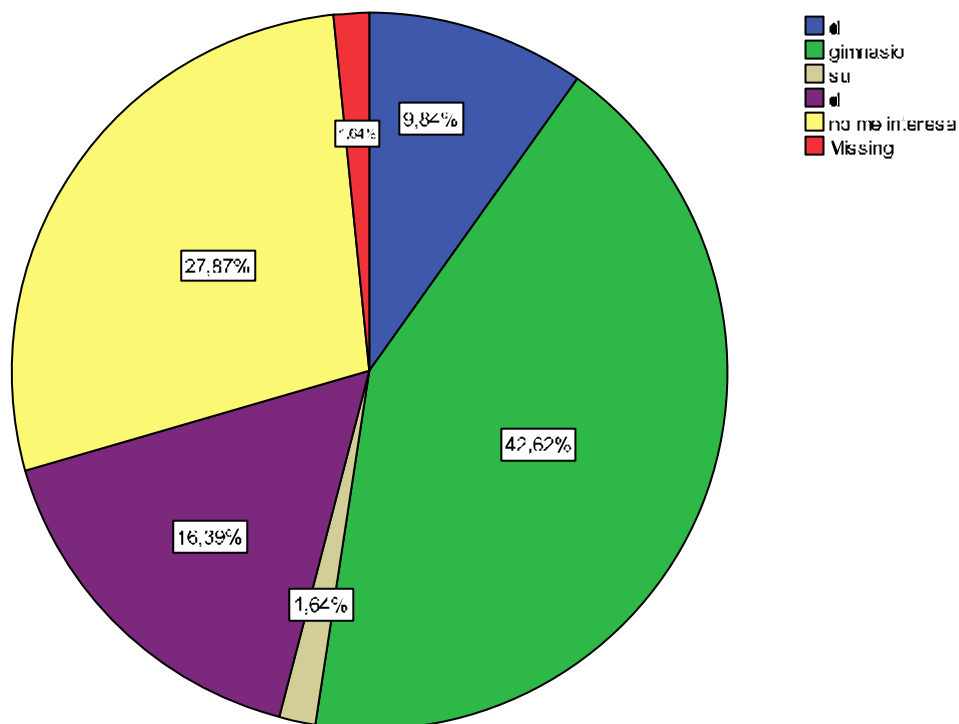
El 38,33% afirmó que lo influye bastante



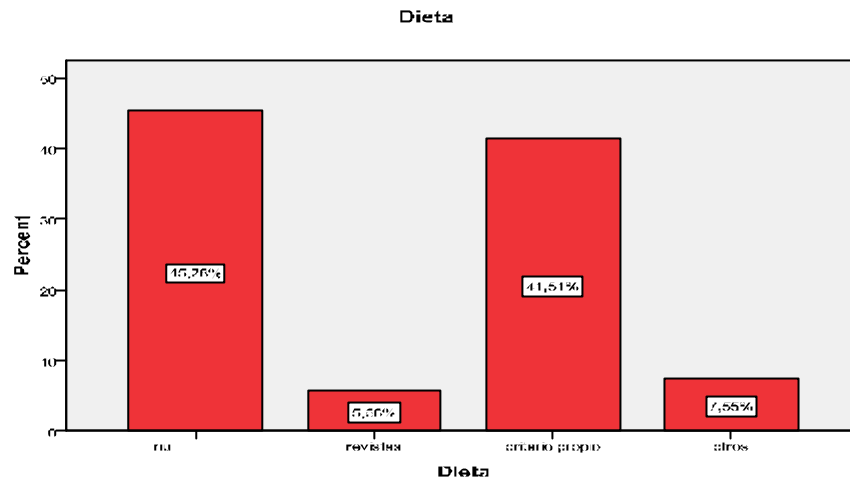
Actividades para alcanzar la belleza:

- El 9,8% afirma hacer dietas.
- El 42,6% afirma hacer gimnasia.
- El 1,6% afirma tomar suplementos dietarios.
- El 16,3% afirma hacer gimnasia y dietas.
- El 27,9% afirma no interesarle.

Actividades para alcanzar la belleza impu

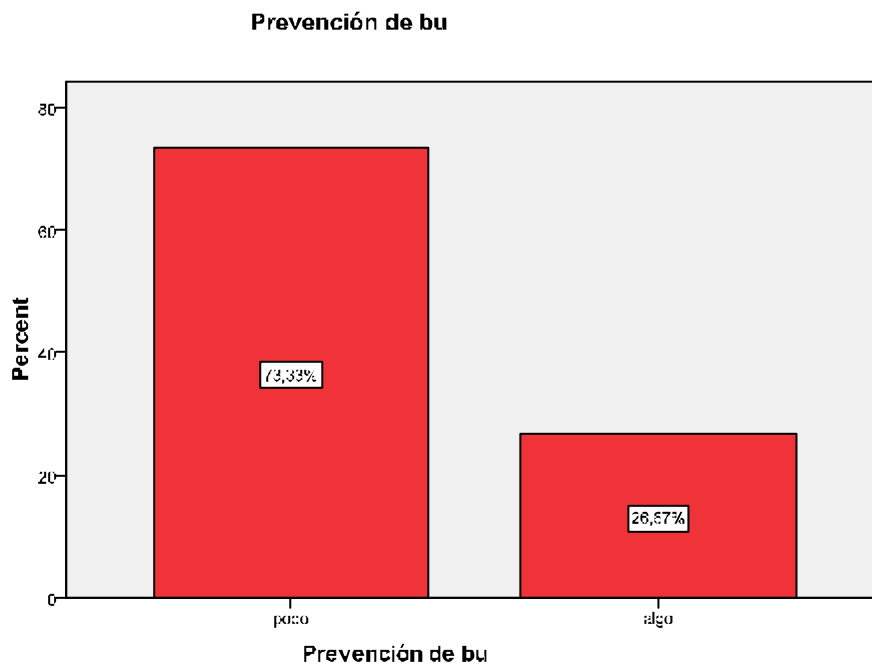


Dietas:



Prevención:

El 73,3% dice que la televisión previene poco acerca de la Bulimia y la Anorexia.
El 26,7% dice que la televisión previene algo.



Hipótesis I:

Personajes a lo que le gustaría parecerse:

1. Al 50,8% no le interesa parecerse a nadie
2. Al 49,2% si le interesa parecerse a alguien que ve por televisión.

De este 37,5%, el 100% de los personajes elegidos son: Modelos y actrices

Compara con el propio cuerpo:

1. El 67,2% se compara algunas veces o más.
2. El 31,2% casi nunca se compara.

Conformidad con el propio cuerpo:

1. El 10% dice no estar conforme.
2. El 37,5% dice estar conforme algunas veces.
3. El 35% dice estar conforme generalmente
4. El 17,5% dice estar conforme casi siempre.

Desearía ser otra persona:

1. El 50% dice no querer ser otra persona.
2. El 50% dice querer ser otra persona (al menos algunas veces).

Desearía ser más delgada:

1. El 40% casi nunca quisiera ser más delgada.
2. El 60% quisiera ser más delgada algunas veces o más.

Tengo una baja opinión de mi misma:

1. El 42,5% dice que no tiene una baja opinión de si misma.
2. El 57,5% dice tener una baja opinión de si misma.

Como dulces e hidratos de carbono sin hacerme problema:

1. El 15% no se hace problema.
2. El 85% se hace problema.

Hipótesis II:

Compara con el propio cuerpo:

3. El 67,2% se compara algunas veces o más.
4. El 31,2% casi nunca se compara.

Influencia de la televisión:

1. El 30% dice que lo influye poco
2. El 66,6% dice que si lo influye.

Creo que mi abdomen es demasiado grande:

1. El 47,5% dice que su abdomen no es demasiado grande
2. El 47,5% dice que su abdomen es demasiado grande.
- 3.

Creo que mis muslos son demasiado grandes:

1. El 56,7% dice que no son demasiado grandes.
2. El 43,3% dice que son demasiado grandes.

Estoy conforme con el cuerpo que tengo:

1. El 10% dice no estar conforme.
2. El 41,7% dice estar conforme algunas veces.
3. El 33,3% dice estar conforme generalmente
4. El 15% dice estar conforme casi siempre.

Desearía ser otra persona:

1. El 46,7% dice no querer ser otra persona.
2. El 53,3% dice querer ser otra persona (al menos algunas veces).

Me gusta la forma de mis nalgas:

1. El 13,3% dice no gustarle.
2. El 86,7% dice gustarle.

Hipótesis III:

Aspectos a los que les gustaría parecerse:

- 1.El 60,7% dice querer parecerse en la belleza.
- 2.El 16,4% en la fama.
- 3.El 16,4% en la profesión.
- 4.El 3% en otros.

Compara con su propio cuerpo:

1. El 67% compara algunas veces o más.
2. El 33% casi nunca compara.

Exagero la importancia del peso de mi cuerpo:

1. El 53,3% casi nunca exagera la importancia.
2. El 46,7% exagera casi siempre.

Quisiera estar más delgada:

1. El 36,7% casi nunca quisiera ser más delgada.
2. El 66,3% quisiera ser más delgada algunas veces o más.

Desearía ser otra persona:

1. El 46,7% dice no querer ser otra persona.
2. El 53,3% dice querer ser otra persona (al menos algunas veces).

Hipótesis IV:

Influencia de la televisión:

1. El 30% dice poco.
2. El 70% dice que si lo influye.

Me siento segura de mi misma:

1. El 11,7% dice no estar segura de si mismo.
2. El 88,3% dice estar segura de si misma.

Desearía ser otra persona:

1. El 46,7% dice no querer ser otra persona.
2. El 53,3% dice querer ser otra persona (al menos algunas veces).

Capítulo 12

Conclusiones

Luego de analizar los resultados obtenidos en las encuestas, se puede concluir que:

A la mayoría de las adolescentes encuestadas les gustaría parecerse a alguien de la televisión, las mismas eligen a modelos y actrices (todas las nombradas son delgadas, jóvenes, y con medidas perfectas). Suelen realizar comparaciones con otros cuerpos, les gustaría ser otra persona, quisieran estar más delgadas, tienen una baja opinión de sí misma y suelen comer alimentos grasos y de baja calidad nutritiva con culpa.

Las jóvenes afirman estar disconformes con la imagen de su propio cuerpo y eligen a la belleza como uno de los elementos más importantes. Sin embargo, suelen ser conscientes de que la televisión las influyen en su manera de ser.

Por lo tanto, se puede afirmar que los medios de comunicación poseen una alta influencia en las jóvenes adolescentes a la hora de contraer factores de riesgo como la Anorexia y la Bulimia.

Es decir, se puede observar como los medios de comunicación, en este caso la televisión, influyen a la hora de realizar comparaciones con la imagen corporal. Estas comparaciones, como se viene observando a lo largo del trabajo expuesto, van aumentando por la presión social que nos marca el cuerpo que hay que tener, sin tener en cuenta el riesgo a desarrollar un T.C.A.

Las masas de comunicación tratan de “convencernos” que siendo bello y delgado se puede alcanzar el éxito en la vida social (conseguir empleo, fama, pareja y amistades.)

Actualmente nuestra sociedad estimula un cuerpo delgado, pero con una voluptuosidad en algunas partes del cuerpo. Es por esto que las adolescentes desean parecerse (se puede ver en los resultados de dicha investigación), a modelos, bailarinas y vedettes. No es casual, que aumenten las cirugías estéticas (busto, cola y lipoaspiración) y diferentes trastornos psicopatológicos referentes a la alimentación en

adolescentes menores de 18 años, ya que ese es el modelo de cuerpo que las revistas, Internet, y la televisión nos muestran.

Recordemos que los modelos de la cultura de la delgadez, hacen que muchos adolescentes busquen mantenerse lo más delgado posible con el objetivo de lograr una errónea perfección corporal, privándose de ingerir alimentos fundamentales para un buen crecimiento y desarrollo de las actividades cotidianas.

Es importante destacar que en esta etapa evolutiva, las adolescentes deben estar contenidas por sus familiares y entorno escolar.

Considero que sería sumamente positivo que se creen en las instituciones educativas, talleres para prevenir e informar sobre dichas problemáticas, como se vienen realizando en los talleres sobre enfermedades de transmisión sexual.

También deberían regularse en la Argentina las publicidades de lácteos, bebidas y alimentos destinados a la pérdida de peso.

“Recientemente una normativa de la Comunidad Europea intenta controlar las alusiones y la formulación de los productos que pretenden sustituir la alimentación normal. El documento en cuestión recomienda.

- Los productos no debieran especificar la cantidad de peso que puede perderse.
- Los productos debieran describir cuán rápida será la pérdida de peso.
- Un sustituto de una comida individual debiera suministrar un mínimo de 200 calorías.
- Debiera prohibirse que un producto se atribuya sentimientos de estar satisfecho o menos hambrientos.” (Toro, 1996, p. 282.)

Por último, cabe destacar que en la Argentina se sancionó una ley para que los comercios de ropa tengan talles más grandes, pero lamentablemente algunos locales todavía no cumplen con dicha sanción.

Creo que es imprescindible, la toma de conciencia individual y colectiva con una colaboración por parte del Estado aplicando políticas que consideren estas temáticas, para educar e inducir a la población a una atención particular a los temas desarrollados, las cuales conllevan a interminables consecuencias en adolescentes y también en niñas.

Ya que los niños como menciona *Toro* (1996), suelen estar rodeados del mundo de los adultos que se encuentran preocupados por la estética, a tal punto de dejar de lado la salud física y psíquica. Esto constituye un peligro, ya que los niños suelen imitar a través del juego e interiorizar las conductas de los adultos.

Bibliografía

Álvarez, Bataglia & Gago (09/04/2007). *Bulimia y anorexia, Influencia en los medios de comunicación*. Extraído el 12 Mayo 2007 de

<http://www.portalplanetasedna.com.ar/bulimia.htm>

Álvarez Rayón G, Mancilla Díaz J.M., Franco Paredes K, Ocampo Téllez Girón T, Vázquez Arévalo R (2004). *Restricción Alimentaria y Preocupación por la Figura*. México. Psicología y Ciencia Social.

Bernard, M. (1980). *El cuerpo*. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Caballero A, Cruz C, Macías González L, Unikel C (2003). *Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Revista Salud Mental, Vol. 26, Número 003. México.

Calado Otero M, Fernández Prieto, Lameiras Fernández M, Rodríguez Castro Y (2003). *Hábitos Alimentarios e Imagen Corporal en estudiantes universitarios sin Trastornos Alimentarios*. España. Asociación Española de Psicología Conductual.

Casullo M, Cayssials A, Pérez M. (2004). *Desarrollo de Inventario para la Evaluación de conductas alimentarias (ICRA)*. Facultad de Psicología. Universidad Abierta Interamericana.

Cordero, M. *Género define riesgo de padecer anorexia y bulimia* (2008). La Nación. Obtenido el día 05/04/2009.

http://www.nacion.com/ln_ee/2008/junio/12/aldea1574605.html.

Cortese E. N, (s.f) *Manual de Psicopatología y Psiquiatría*, 2ª edición. Argentina, Buenos Aires. Universidad Abierta Interamericana.

Cortese Mejía H.D, Díaz Díaz A, Mejía Sierra C, Mesa Monsalve J.G.(2003)
*Trastornos de la Alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo-
estudiantes universitarios de primer y segundo año.* Obtenido el día 05/04/2009.
www.ces.edu.com

DSM IV (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4º ed.
Barcelona, Editorial Masson.

Estévez, C. (s.f.). *Anorexia y Bulimia*. Extraído el 21 Abril 2007 de
<http://www.hipnologiaclinica.com/anorexiaybulimia.htm>.

Herscovici C, Bay L (1995). *Anorexia nerviosa y Bulimia-Amenazas a la autonomía*.
Buenos Aires. Editorial Paidós.

Herscovici C (1996). *La esclavitud de las dietas-Guía para reconocer y encarar un
trastorno alimentario*. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Fendrik, S. (s.f.). *Visión actual sobre la anorexia y la bulimia* Extraído el 01 Mayo
2007 de <http://www.grupo-ambrosia.com/visionactual/visionactual.html>

Fernández, M. del R; Hachén, R (s.f) *Lingüística y Medios de Comunicación*. Modulo
en prensa para el Curso en Estudios del Lenguaje del Centro de Estudios de Adquisición
del Lenguaje, UNR.

Ferrari, G (2001). *La comunicación. Principio, Fin y Dilema de los Medios Masivos*.
Buenos Aires. Editorial Longseller.

García, J. (s.f.). *Impacto de los medios de comunicación en la formación de los niños*.
Extraído el 05 Mayo 2007 <http://www.gobernabilidad.cl/modules>.

García R (2004). *Juventud y Medios de Comunicación*. La televisión y los jóvenes.
España. Ámbitos número 11.

Gómez, D. (s.f.). *Todo lo que necesitas saber acerca de los trastornos alimenticios*.
Extraído el 21 Abril 2007 de <http://www.bulimarexia.com.ar>.

Herscovici, C. (s.f.). *Anorexia y bulimia lo que hay que saber: tratamientos de los trastornos de alimentación*. Extraído el 01 Mayo 2007 de
<http://www.redsistemica.com.ar/herscovici.htm>

Herscovici C, Bay Luisa, (1995) *Anorexia nerviosa y Bulimia-Amenazas a la autonomía*. Ed. Paidós.

Herscovici C, (1996) *La esclavitud de las dietas-Guía para reconocer y encarar un trastorno alimentario*, Ed. Paidós.

López, F. (s.f.). *Trastornos de la alimentación*. Extraído el 22 Abril 2007 de
<http://www.psicologia-online.com>.

Mainardi Mosej, T, Perini, G. & Weintraub, E. (1996). *Las fases de la adolescencia en la sistematización de Peter Blos*. Ficha 056-009. Facultad de Psicología. UBA.

Marín, S (1998). *La Cultura y los Medios de Comunicación*. Revista Pharos, Vol. 5
Número. 2.

Martínez, Riva. (s.f.) *Recepción de información televisiva sobre bulimia y anorexia*.
Extraído el 01 Mayo 2007
http://www.bibliofcedu.uner.edu.ar/v_jornadas/ponencias/Area09.

Matoso, E (2001). *El Cuerpo Territorio de la Imagen*. Buenos Aires. Editorial Letra Viva.

Moreno, A. (s.f.). *Anorexia y Bulimia*. Extraído el 30 Abril 2007 de
<http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal>.

Mutto, L (s.f.). *¿Qué es la Bulimia y la Anorexia?* Extraído el 20 Abril 2007 de <http://www.aluba.org>

Nardone, Vernitz, Milanese (1999) *Las prisiones de la comida*. Editorial Paidós.

Parrado, R. (s.f.). *Bulimia y Anorexia: anorexia y demás dificultades en relación a la alimentación*. Extraído el 21 abril 2007 de <http://www.clinicapsi.com>.

<http://www.princessdeporcelana.blogspot.com.html>

¿Qué es la Anorexia? Factores causantes de la Anorexia. (s.f.). Extraído el 30 Abril 2007 de www.fumtadip.org.ar/anorexiafaqs.htm.

Raich M.R. (2000). *Imagen Corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. Barcelona. Pirámide.

Rivarola M. F, (2003). *La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios*. Fundamentos en Humanidades, Vol 4, Número 007. San Luis.

Roca E, y Roca B (s.f) *La Bulimia Nerviosa y su Tratamiento: Terapia Cognitivo Conductual de Fairburn*. Obtenido el día 16/06/2007.

<http://www.cop.es/colegiados/PV00520/articulo2.pdf>

Rosina, Crispo, Figueroa E y Guelar D, (1994). *Trastornos del Comer*. Barcelona.

Santillán M. L (2009). “Adolescencia femenina, y prevención primaria de los trastornos de la alimentación” En Pancita M.T, comp. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Niberta.

Santout, F. Comunicación televisión y audiencia, *Revista "Ñ", del diario "Clarín*.

Extraído el 12 Mayo 2007 de <http://www.gacemil.com.ar/Detalle.asp?NotaID>

Selvini M, (1990) *Crónica de una investigación*, Ed. Paidós.

Trappani, H. (s.f.). *Bulimia y Anorexia: crecen los casos y aparecen cada vez más*

tempranos. Extraído el 24 Abril 2007 de <http://www.drcormillot.com/desordenesalim>.

Toro J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, Bulimia, cultura y sociedad*.

Barcelona. Ariel.

Turón Gil V.J. (1997). *Trastornos de Alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y*

obesidad. Barcelona. Mason.

Urrejola P. (s.f) Módulo 3, lección 9. *Trastornos Nutricionales*. Obtenido el 04/06/2009.

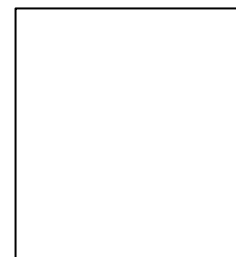
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion09/M3L9Leccion.html>

Urribarri, R. (1996). *Sobre la adolescencia, duelo y a posteriori*. Oficina de

Publicaciones. Facultad de Psicología. UBA.

<http://www.ucm.es/info/especulo/numero33/mujermc.html>

ANEXO 1



1	Como dulces e hidratos de carbono sin hacerme problemas	
2	Pienso que mi panza es demasiado grande	
3	Me gustaría sentirme segura/o como cuando era chica/o	
4	Cuando estoy nerviosa/o me pongo a comer	
5	Me lleno excesivamente de comida	
6	Me gustaría tener menos años	
7	Pienso acerca de hacer dieta	
8	Me asusto cuando siento emociones muy fuertes	
9	Creo que mis muslos son demasiado grandes	
10	Siento que no sirvo para nada	
11	Me siento muy culpable cuando como demasiado	
12	Creo que mi estómago es de tamaño normal	
13	Para mi familia lo más importante es ser primero en todo	
14	La infancia es la etapa más feliz de la vida	
15	Soy muy abierta/o con mis sentimientos	
16	Me aterroriza subir de peso	
17	Confío en los demás	
18	Me siento muy sola/o	
19	Estoy conforme con el cuerpo que tengo	
20	En general puedo manejar lo que pasa en mi vida	
21	Me resulta difícil entender mis sentimientos	
22	Me gusta más ser un/a adulto/a que un/a niño/a	
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás	
24	Desearía ser otra persona	
25	Exagero la importancia del peso de mi cuerpo	
26	Puedo darme cuenta claramente de lo que siento (miedo, alegría, rabia, etc.)	
27	Siento que no hago nada bien	
28	He llegado a comer y comer sin poder parar	
29	De niña/o me esforcé por no desilusionar a mis padres y maestros	
30	Tengo buenos vínculos afectivos	
31	Me gusta la forma de mis nalgas	
32	Quiero estar más delgada/o	
33	No sé que pasa dentro mío	
34	Me resulta difícil expresar mis sentimientos a los demás	
35	Es muy difícil ser adulta/o	
36	Detesto cuando no soy la/él mejor en algo	
37	Me siento segura de mi misma/o	
38	Pienso mucho en comer	
39	Me alegra no ser más una chica/o	

40	Me confundo cuando intento saber si estoy hambriento/a o no	
41	Tengo una baja opinión de mí misma/o	
42	Creo que puedo lograr las metas que me propongo	
43	Mis padres esperan de mí un alto nivel de rendimiento	
44	Me preocupa no poder controlar mis sentimientos	
45	Creo que mis caderas son demasiado grandes	
46	Como poco cuando estoy con otras personas y mucho cuando estoy sola/o	
47	Me siento llena/o después de una comida pequeña	
48	Creo que la niñez es la época más feliz de la vida	
49	Si aumento de peso, me preocupa seguir aumentando	
50	Siento que soy una persona valiosa	
51	Cuando me siento nerviosa/o , no sé si estoy triste, enojada/o o atemorizada/o	
52	Creo que tengo que hacer todo a la perfección o no hacer nada	
53	Pienso que si trato de vomitar podré bajar de peso	
54	Necesito tener a la gente a algo alejada de mí	
55	Creo que el tamaño de mis muslos es normal	
56	Me siento emocionalmente vacía/o	
57	Puedo hablar sobre problemas o sentimientos personales	
58	La mejor época de la vida es cuando se llega a ser adulta/o	
59	Creo que mis nalgas son demasiado grandes	
60	Tengo sentimientos que no puedo explicar	
61	Como o bebo a escondidas	
62	Creo que mis caderas son del tamaño normal	
63	Me propongo metas sumamente elevadas	
64	Cuando estoy nerviosa/o, me preocupa que voy a empezar a comer	
65	Las personas que más me agradan terminan desilusionándome	
66	Me avergüenza ser una persona débil	
67	Algunas personas piensan que soy emocionalmente inestable	
68	Me gustaría poder dominar las tentaciones de mi cuerpo	
69	Me siento cómoda/o en la mayoría de las situaciones grupales	
70	Digo cosas impulsivamente de las que después me arrepiento	
71	Me esfuerzo mucho por hacer cosas que me den placer	
72	Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir drogas	
73	Soy comunicativa/o con la mayoría de la gente	
74	Tengo vínculos que me hacen sentir atrapada/o	
75	Me siento fortalecida/o espiritualmente cuando me privo de ciertas cosas	
76	Los demás son capaces de entender mis problemas	
77	Me es imposible sacar de mi cabeza ciertos pensamientos extraños	
78	Comer por placer es un signo de debilidad	
79	Suelo tener ataques de furia	
80	Creo que la gente me da el reconocimiento que merezco	
81	Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir alcohol	
82	Creo que pasarla bien es una pérdida de tiempo	
83	Algunas personas piensan que me enojo fácilmente	
84	Siento que todo me sale mal	
85	Cambio fácilmente de estado de ánimo	
86	Me avergüenzo de las tentaciones de mi cuerpo	
87	Me gusta más estar solo/a que en compañía de otras personas	
88	El sufrimiento nos convierte en mejores personas	
89	Sé que la gente me quiere	
90	Siento la necesidad de causarme daño a mí misma/o o a otros	
91	Creo que me conozco bien a mí misma/o	

Esta encuesta forma parte de un trabajo de investigación sobre la televisión y su influencia.

Fue confeccionado por alumnos de la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana. Por favor marque de acuerdos a como se le solicita. Muchas gracias por participar.

1. ¿Cuántas horas en promedio mira por día televisión? <input type="text"/>
2. En general ¿realiza otras actividades mientras mira la televisión? Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> casi siempre <input type="checkbox"/>
3. ¿Qué tipo de programación mira y con que frecuencia? (puede marcar más de una opción) Indicar con el n° 1 la opción que, en promedio, mira con más frecuencia, con el n° 2 la opción siguiente y así sucesivamente. Películas <input type="checkbox"/> Novelas <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Moda <input type="checkbox"/> Reality <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>
4. Elija al personaje/actor de TV al que Ud. más quisiera parecerse..... Quisiera parecerse.....Poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> mucho <input type="checkbox"/>
5. ¿Con que frecuencia suele hacer comparaciones de la imagen corporal de los personajes de la televisión con la suya? Casi nunca <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/>
6. ¿En qué aspectos le gustaría parecerse a los personajes de la televisión? (Ponga un 1 al primero, 2 al segundo y así sucesivamente) Belleza <input type="checkbox"/> Fama <input type="checkbox"/> Profesión <input type="checkbox"/> Otros (indicar).....
7. Los modelos de belleza que se ven por T.V a Ud. lo influyen? Poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> mucho <input type="checkbox"/>
8. ¿Realiza alguna actividad para alcanzar ese modelo de belleza? <i>respuestas no excluyentes</i> <input type="checkbox"/> Si, cuido mi cuerpo con dietas. <input type="checkbox"/> Si, cuido mi cuerpo con gimnasia. <input type="checkbox"/> Si, tomo suplementos dietarios(aceleradores del metabolismo, diuréticos, quemadores de grasa, inhibidores de apetito) <input type="checkbox"/> No, no me interesa.
9. En caso de realizar dietas: <i>respuestas no excluyentes</i> Consulta un nutricionista. <input type="checkbox"/> La saca de una revista. <input type="checkbox"/> Las hace siguiendo su propio criterio <input type="checkbox"/> Otros. (Especificar).....

10.¿Cree que la programación televisiva informa sobre los medios de prevención de la Bulimia y la Anorexia?

Poco Algo Bastante mucho

Edad..... Sexo..... .. Estudios..... Ocupación.....
Peso aproximado..... Altura aproximada..... Contextura: pequeña mediana grande

