



Universidad  
Latina

UNIVERSIDAD LATINA CAMPUS CUERNAVACA

---

---

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
CON CLAVE DE REGISTRO NO. 8344-25

**INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SU  
CONSECUENCIA EN LA ANOREXIA NERVIOSA EN UNA MUESTRA DE  
UNIVERSITARIOS DE LA UNAM**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

**ARANTXA DE MENDONCA MELÉNDEZ**

ASESOR DE TESIS

MTRO. DAVID VARGAS GONZÁLEZ

CUERNAVACA, MORELOS

OCTUBRE, 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



Universidad  
Latina

UNIVERSIDAD LATINA CAMPUS CUERNAVACA

---

---

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
CON CLAVE DE REGISTRO NO. 8344-25

**INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SU  
CONSECUENCIA EN LA ANOREXIA NERVIOSA EN UNA MUESTRA DE  
UNIVERSITARIOS DE LA UNAM**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

**ARANTXA DE MENDONCA MELÉNDEZ**

ASESOR DE TESIS

MTRO. DAVID VARGAS GONZÁLEZ

CUERNAVACA, MORELOS

OCTUBRE, 2015

| <b>ÍNDICE</b>  | <b>PÀGINA</b> |
|--|---------------|
| <b>RESUMEN.....</b>  | 1             |
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>   | 2             |
| <b>MARCO TEÓRICO.....</b>  | 4             |
| <b>CAPÍTULO I. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....</b>            | 4             |
| <b>CAPÍTULO II. ANOREXIA NERVIOSA.....</b>                               | 8             |
| 2.1 Subtipos de Anorexia Nerviosa.....                                   | 13            |
| 2.2 Criterios Diagnósticos.....  | 15            |
| 2.2.1 Criterios diagnósticos del DSMIV.....                              | 15            |
| 2.2.2 Criterios diagnósticos del CIE10.....                              | 16            |
| 2.4 Diagnóstico diferencial.....   | 16            |
| 2.5 Etiología.....   | 19            |
| 2.5.1 Factores genéticos y biológicos.....                               | 20            |
| 2.5.2 Factores psicológicos.....   | 25            |
| 2.5.3 Factores socioculturales.....                                      | 27            |
| 2.6 Tratamiento de Anorexia Nerviosa.....                                | 29            |
| 2.6.1 Terapia cognitivo conductual.....                                  | 32            |
| 2.6.2 Tratamiento farmacológico.....                                     | 34            |
| 2.6.3 Servicio hospitalario.....   | 36            |
| <b>CAPÍTULO III. ESTEREOTIPOS SEXUALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN.....</b> | 39            |
| 3.1 Concepto de estereotipo sexual.....                                  | 41            |
| 3.2 Concepto de medio de comunicación.....                               | 45            |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.3 Impacto de los medios de comunicación en la sociedad..... | 47        |
| 3.3.1 Televisión.....   | 50        |
| 3.3.2 Internet.....   | 54        |
| 3.3.3 Publicidad.....   | 57        |
| <b>CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA.....</b>                          | <b>60</b> |
| 4.1 Planteamiento del problema.....                           | 60        |
| 4.2 Hipótesis.....  | 61        |
| 4.3 Definición de variables.....                              | 61        |
| 4.4 Objetivos.....  | 62        |
| 4.5 Justificación.....  | 62        |
| 4.6 Tipo de investigación.....                                | 63        |
| 4.8 Universo.....   | 63        |
| 4.9 Instrumento.....  | 64        |
| 4.10 Procedimiento.....                                       | 65        |
| <b>CAPÍTULO V. RESULTADOS.....</b>                            | <b>66</b> |
| 5.1 Análisis de resultados y gráficas.....                    | 66        |
| <b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....</b>                         | <b>75</b> |
| 6.1 Discusiones.....  | 75        |
| 6.2 Conclusiones.....   | 77        |
| 6.3 Sugerencias.....  | 78        |
| <b>REFERENCIAS.....</b>                                       | <b>80</b> |
| <b>ANEXOS</b>   |           |

## **RESUMEN**

En las últimas décadas, el tema relacionado con el modelo estético, ha cobrado gran relevancia en el estudio de la conducta humana. La variable tiempo, ha sido determinante para poder llevar a cabo un análisis comparativo entre el perfil estético actual, en relación con el de otras épocas. De esa forma, la idea de extrema delgadez ha aumentado y se ha estandarizado, debido al impacto que los medios de comunicación tienen sobre la población, incluso en países en donde étnicamente prevalecen biotipos diferentes, generando así, un incremento en la incidencia y prevalencia de trastornos alimenticios, entre ellos la Anorexia Nerviosa.

**Palabras claves:** Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia Nerviosa, Medios de comunicación.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, gracias a la evolución de la tecnología y a la difusión masiva de la información, se ha generado una concepción universal de belleza y estética. Los conceptos de éxito y felicidad, que los medios de comunicación proponen, proporcionan y establecen dentro de la población, han creado nuevas sociedades, en las que persisten diversas problemáticas en relación a la imagen corporal, ya que el individuo es influenciado por su propia cultura, es decir, por determinadas pautas de comportamiento provenientes de sus principales esferas sociales, el círculo familiar, los amigos y por último la institución académica.

Dentro de las problemáticas ocasionadas por el constructo de un ideal de belleza e imagen corporal idónea, se puede mencionar el aislamiento y el rechazo social que puede llegar a tener un individuo por parte de una sociedad insatisfecha. Así como también se habla de severos problemas a la salud, que surgen de la persistencia a satisfacer demandas sociales, adquiriendo determinadas conductas y hábitos en donde puede correr riesgo la vida del individuo. En la parte emocional, existe disconformidad con respecto al cuerpo o a algunas partes del mismo, lo cual ocasiona que se experimenten sentimientos de insuficiencia, incompetencia y baja autoestima.

Todo ese proceso de transmisión de información que los medios de comunicación, principalmente la televisión, el internet y la publicidad, establecen en sus mensajes, se lleva a cabo por medio de la implementación, mantenimiento y creación de estereotipos, los cuales demuestran ser patrones conductuales que son transmisibles de generación en generación, encontrándose arraigados de manera inconsciente, y en el campo de la conciencia, se presentan en forma de rituales, costumbres y tradiciones en la mayoría de los casos.

Debido a la problemática establecida anteriormente, existen cada vez más casos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), los cuales se relacionan a diversos factores, biológicos, psicológicos y sociales, sin embargo, actualmente se encuentran relacionados de manera más estrecha al aspecto social y a los medios de comunicación, tanto en hombres como en mujeres, teniendo repercusiones a nivel psicológico y físico, siendo la anorexia nerviosa (AN) una de las patologías más graves y con peor pronóstico.

La AN es un trastorno caracterizado por alteraciones cognitivas, perceptuales y conductuales, predominando síntomas como el excesivo miedo a la gordura o a la ingesta de alimentos, pensamientos intrusivos y obsesivos relacionados a la alimentación, la alteración en la imagen corporal, así como un evidente peso por debajo del rango de normalidad, dependiendo de la edad y la complexión de la persona, se presenta principalmente en mujeres.

A lo largo de la presente tesis, se podrá llevar a cabo una recopilación de información acerca de la AN, tanto sus características clínicas, como su etiología y tratamiento, además de que el lector podrá realizar un análisis teórico- práctico acerca de la relación que los medios de comunicación ejercen sobre el comportamiento humano de manera general, así como las diferentes vías de manipulación y de implementación de estereotipos por medio de los medios más utilizados en la actualidad, la televisión, el internet y la publicidad.



## **MARCO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO I. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. (TCA)**

De acuerdo con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004) se le llama trastorno, al conjunto de síntomas clínicos, signos y conductas, que se presentan en el individuo y a diferentes niveles de gravedad. Cada síntoma no se presenta de manera aislada, sino se relaciona estrechamente uno con otro, perjudicando al organismo en su totalidad, independientemente del sujeto y su circunstancia. En los TCA, una persona deja de recibir la ingesta calórica que requiere, la cual depende de diferentes factores como la edad, la estatura, el género, el tipo de vida, etc., lo que va a repercutir de manera significativa en su salud y funcionalidad dentro de sus círculos sociales.

Aceituno et al. (2007, citado en Romero 2011) mencionan que los TCA, son trastornos caracterizados por alteraciones en el consumo y la forma de comer, acompañados por preocupaciones excesivas referidas a la comida, al peso y la imagen corporal, que llevan al individuo a complicaciones físicas que comprometen su salud.

Entonces, los TCA son un conjunto de patologías de índole psiquiátrico, referentes a la alimentación, que conllevan alteraciones a nivel perceptual, cognitivo, social y conductual del individuo.

Sanz (2008, citado en Mandich, Delucchi & Troncoso, 2010) menciona que:

El acto de comer deviene de uno de los modos más evidentes de interconexión entre procesos biológicos, sociales, psicológicos y culturales, existiendo dos dimensiones esenciales al comer: la primera se extiende de lo biológico a lo cultural, de la función nutritiva a la función simbólica; la segunda, de lo individual a lo colectivo. De esta manera, el ser humano biológico y el ser humano social estarían intrínsecamente relacionados en el acto alimentario. (p. 56)

De acuerdo al Reporte de la Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria (2012) los TCA no son exclusivos del género femenino, y aunque predominen en el caso de las mujeres, en los últimos años se han encontrado casos en niños, adolescentes y hombres adultos. Todas las personas pueden llegar a ser candidatos a padecer éste tipo de trastornos, sin importar su nivel socio- económico, edad y raza. Es importante mencionar, que aunque la gente mantenga un peso dentro del rango de normalidad, no está exento de desarrollarlos, es decir, no solo se debe tomar como referencia el índice de peso, ya que los TCA se manifiestan también con base a otros criterios.

Por otro lado, como mencionan Shisslak, Crago & Estes (1995, citado en Santoncini & Romo, 2010) la preocupación por la figura esbelta, la pérdida y el control de peso, así como la implementación de dietas, la práctica de ejercicio excesivo y el uso de laxantes, son aspectos que se difunden altamente en la población femenina.

En el tema de los varones, los casos han incrementado considerablemente en los últimos años, y aunque en la actualidad los TCA sigan prevaleciendo en la población femenina, no se debe dejar de lado que cada vez son más las presiones sociales hacia la población masculina, referente a la musculatura y a la masculinidad, mediante la imagen y los bienes materiales.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004) afirma que, en las mujeres, los TCA regularmente se presentan en la pubertad y son asociados a lo que ésta significa y representa para ellas. Dichas representaciones se originan debido a que:

- ❖ Se les complica aceptar que los cambios físicos que conlleva la pubertad se pueden presentar de manera contraria a lo que se espera de la estética que determina la misma sociedad y de acuerdo a los estándares de belleza que fomentan los medios de comunicación.

- ❖ Tienen una idea de su imagen y un sentido de identidad que se encuentran vigorosamente influenciados por las opiniones de los otros y conforme el individuo va desarrollándose, tienden a incrementar.

- ❖ En cuanto al desempeño escolar, se suelen auto-exigir demasiado para llegar a cubrir aquellas demandas sociales de las cuales están preocupadas. Sufren de constante ansiedad debido a las habilidades que no desarrollan a lo largo de ésta etapa y que las hace sentir insuficientes.

- ❖ El sentimiento de independencia en las mujeres se vive de manera más conflictiva, debido a que sufren de mayores tensiones, tal como el sentimiento de insatisfacción personal, que las orilla a tener más conflictos con los padres.

Con respecto a los hombres, el papel que ejerce la pubertad es el de aproximarlos al ideal masculino, biológico y social, que existe por parte de la sociedad. Presentan constante ansiedad cuando su cuerpo o sus formas de interactuar con otros, son considerados como femeninos. Debido a esto, la publicidad ejerce una gran influencia, por medio de revistas que fomentan la musculatura, así como otros medios de comunicación encargados de promover las actividades físicas y deportivas pertenecientes a su género. De esta manera, los hombres comienzan a compartir ideales de belleza y moda masculina, sin embargo no se encuentran tan interiorizados como en el caso de las mujeres. No es de sorprenderse que en la actualidad, toda la publicidad, se encuentre dirigida a ambos sexos.

Belloch, Sandín & Ramos (2008) mencionan, que en la edición del DSM-IV, los TCA se eliminaron de los trastornos específicos de la infancia, ya que a lo largo del tiempo se fueron presentando más casos de bulimia y anorexia nerviosa en la pubertad, y como fue mencionado anteriormente, la principal causa que acompaña a éstas patologías, es la preocupación por el control del peso y percepción errónea del mismo, la cual se asoció a características que comparten los adolescentes en esa etapa de desarrollo.

De acuerdo a lo establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychological Association, APA, 1995):

La obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, éste hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico. (p. 553)

Para las personas que sufren de un TCA, el simbolismo acerca del éxito y la plena felicidad radica a través de la estética, ésta última fomentada e idealizada por los medios de comunicación, ocasiona que se busquen indicadores de belleza y moda, así como la tranquilidad y satisfacción que siempre se ha deseado por parte de la sociedad. (Fanjul, et al., 2008, citado en Espinosa y Roma, 2010).

Como conclusión, se debe considerar de suma importancia el estudio de la incidencia y prevalencia de éste tipo de trastornos, ya que cada vez los medios de comunicación, por medio de mensajes subliminales y mecanismos de persuasión y manipulación, así como las demandas del entorno social, específicamente del ámbito familiar y el círculo de amistad, van teniendo mayor impacto en la forma de pensar de las personas, generando así la aparición de diversas inconformidades con el peso, la figura corporal y otros rasgos físicos, lo cual fomenta el desarrollo de un TCA.

## **CAPÍTULO II. ANOREXIA NERVIOSA.**

En el siglo XVII, se llevaron a cabo las primeras descripciones de AN, por parte de Morton, el cual indicó que su origen era principalmente una alteración del sistema nervioso, acompañada de sentimientos de tristeza y una excesiva ansiedad ocasionada por una preocupación inespecífica. Sin embargo, en el siglo XIX se llevó a cabo una descripción más específica de signos y síntomas, parecida al que se encuentra actualmente, pero diferente en que en esa época se consideraba a la AN como una enfermedad propia del estado de ánimo. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009)

De acuerdo con Sadock & Sadock (2009) la palabra anorexia nerviosa, proviene del término griego “pérdida de apetito” vinculado también a una palabra latina que implica un origen. Se considera un síndrome caracterizado por tres principios básicos. De primera instancia existe una reducción exagerada de alimentos que brindan energía al organismo. Consecuentemente se desarrolla una obsesiva y constante búsqueda por la delgadez, acompañada de un miedo excesivo por la gordura. Y por último, se encuentran las consecuencias médicas ocasionadas por la misma inanición.

Para Goldman (2001) en la actualidad, el nombre es utilizado de manera errónea, debido a que la pérdida de peso no suele aparecer al principio, sino al contrario, aparece al final del desarrollo del trastorno. De manera general suele tener como etapa de inicio la adolescencia, sin embargo, se ha encontrado que puede presentarse entre los 10 y 30 años.

Rodríguez (2004 citado en Marín, Sánchez & Lopez, 2005) concluye que:

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno psicossomático de raíz social, complejo y multicausal, caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15 %, según edad, sexo y altura), un intenso temor a la obesidad y la decisión voluntaria de adelgazar, de carácter fundamentalmente femenino y adolescente, que se da en las sociedades occidentales

industrializadas, y donde, en los últimos años, el abuso del ejercicio físico (EF) vendría a completar y complicar el cuadro. (p. 12)

Casi la mitad de personas con AN, suelen perder gran cantidad de peso reduciendo excesivamente su ingesta alimenticia. Sin embargo, la otra mitad aparte de que seguirán estrictamente una dieta, presentará atracones, lo cuales son característicos de la conducta de purga. (Sadock & Sadock , 2009)

Halgin y Whitbourne (2009) afirman que aquellos que padecen de AN, les interesa mucho el acto de comer y tener un apetito normal, pero se les dificulta identificar señales de hambre. Así como existen pacientes que disfrutan del procedimiento de preparar alimentos altos en calorías y grandes porciones para otros, existen algunos que actúan de manera ritualista en temas relacionados con la alimentación.

Las anoréxicas no tienen fobia directa a los alimentos, si no a la ingesta y sus consecuencias. Disfrutan de la manipulación del alimento, ya que el pensar en su ingesta, les ocasiona ansiedad, así como el hecho de no consumir ningún alimento alto en calorías debido a presiones sociales o el mismo malestar personal. Consecuentemente lo que hacen es proyectar su ansiedad y la canalizan en el exterior al momento de preparar platillos, los cuales preparan en base a lo que les gustaría ingerir, pero no se lo permiten y prefieren que las otras personas los coman.

Pinel (2006) Sugiere una teoría acerca del porque existe la disminución del consumo de alimentos en las anoréxicas:

La perspectiva del incentivo positivo de la ingesta de alimento, sugiere que la disminución de la ingesta que caracteriza a la anorexia nerviosa probablemente es consecuencia del descenso correspondiente al valor incentivo positivo de la comida. Sin embargo, el valor de incentivo positivo de la comida para los pacientes con anorexia ha recibido poca atención- en parte, debido a que estos pacientes suelen manifestar un interés sustancial por la comida-. (p. 348)

El hecho de que muchos pacientes se encuentren obsesionados con temas relacionados con la comida, ya sea hablando de ella o preparándola, alude a que existe un alto valor incentivo positivo para ellos. Sin embargo, dicho valor se le otorga a la alimentación, no al momento de la ingesta.

Halgin y Whitbourne (2009) afirman que los alimentos tienen una fuerte influencia en el estado de ánimo, es decir, que la importancia que el alimento tenga en la vida de las personas, dependerá de las fuertes asociaciones emocionales que se hagan con respecto al mismo. Algunas personas pueden estar sin comer y no presentan cambios significativos en su estado de ánimo, sin embargo, existen otras que cuando tienen hambre, por más mínima que sea, y no se les proporciona alimento, se comportan de forma irritable o agresiva. De la misma manera, ocurre cuando a una persona que tiene hambre se le proporciona alimento y se siente tranquilo y feliz.

Se debe considerar a la anoréxica, como una persona que aparte de sus respectivas alteraciones perceptuales, sufre de dificultades en cuanto a su juicio crítico, lo cual las convierte en pacientes difíciles para reinsertar en la sociedad.

Las hipótesis existentes de una alteración psicológica en las jóvenes que tienen anorexia, incluyen conflictos que surgen durante la transición de la niñez a la etapa adulta. Se han sugerido otros aspectos psicológicos que están relacionados con sentimientos de desamparo y una dificultad de autonomía que contribuyen al desarrollo del trastorno. (Sadock & Sadock, 2009)

De acuerdo con Ruiloba & Cercós (2005), la presentación clínica de las pacientes con anorexia se divide en las siguientes características:

- Características conductuales

La restricción de comida en ocasiones no se hace manifiesta hasta que el adelgazamiento se hace evidente. El paciente puede restringir los alimentos de manera específica, con algunos alimentos altos en calorías, o de manera general. Los alimentos son manipulados, desmenuzados, ocultos, etc. Pueden existir vómitos

inducidos y en algunos pacientes el uso de laxantes o la presencia de atracones frecuentes.

- Características emocionales

Una característica que se incluye dentro del aspecto emocional, es la constante y gran ansiedad que presenta el paciente ante su imagen corporal, la cual ocasiona fobia ante cualquier cosa que esté involucrado con los alimentos, sin embargo como se fue mencionó anteriormente, dicha fobia es tan solo a la ingesta de alimentos y a las propias ideas que se va formando el paciente ante su consumo, no en cuanto a la manipulación del mismo.

Debido a los constantes conflictos sociales, principalmente familiares, que el paciente va teniendo en el desarrollo de su trastorno, el sentimiento de molestia o tristeza, va aumentando progresivamente, llegando a convertirse en un cuadro sintomatológico de depresión. El paciente presenta una rigidez en cuanto a sus actividades diarias, principalmente las actividades físicas, las cuales practican de manera desmesurada y obsesiva, hasta que disminuye la ansiedad y se preparan para otro tipo de actividad, suelen estresarse cuando no las realiza lo suficiente.

- Características cognitivas

En cuanto al contenido de su pensamiento, progresivamente se va convirtiendo cada vez más rumiante e intrusivo, generando conductas obsesivas en cuanto al consumo de las calorías, así como la sobrevaloración que tienen de algunas partes de su cuerpo (alteración en la imagen corporal). La mayoría de las anoréxicas presentan una baja autoestima, así como un pobre auto-concepto, lo cual hace que sean bastante exigentes consigo mismas, buscando siempre la perfección en cada ámbito que las rodea.

A los pacientes se les dificulta identificar diferentes procesos internos relacionados con la alimentación, como el hambre y la saciedad, al igual que sus emociones y sentimientos ante alguna situación. Debido a eso, se sugiere que los pacientes con anorexia, asistan a terapia psicológica paralelamente de su



tratamiento psiquiátrico, para que el especialista los oriente a identificar sus procesos afectivos a los cuales se someten en su vida cotidiana.

- Características sociales

La primera conflictiva que se presenta a nivel social se encuentra dentro del ámbito familiar, debido a que la familia ejerce una gran presión sobre el paciente, acompañado de discusiones, generando estrés entre los integrantes del círculo familiar. El paciente comienza a alejarse de sus círculos sociales cercanos, como los amigos, los compañeros de la escuela o del trabajo, debido a que repetidamente comparan sus cuerpos con los de otros y les genera ansiedad los posibles temas relacionados con el alimento. En algunos casos, se puede llegar al aislamiento total. Las anoréxicas rígidas en su comportamiento, rara vez tienen actividad sexual y en caso de tenerla, la encuentran displacentera.

- Características biológicas

La desnutrición y la mal nutrición forman parte de los síntomas del mismo trastorno, las cuales provocan muchas alteraciones fisiológicas y bioquímicas debido a que no existe una ingesta balanceada de nutrientes para el organismo. Cuando existen pérdidas significativas de peso, el nivel de glucemia disminuye, movilizándose así las reservas de grasas que se tienen, formando así cuerpos cetónicos, de manera general la inanición ocasiona una gran cantidad de alteraciones y complicaciones metabólicas, por ejemplo, en el sistema cardiovascular, la anoréxica presenta presión arterial baja y otros trastornos del corazón. El funcionamiento hormonal se ve alterado, de igual manera que el proceso gastrointestinal, éste último acompañado de dolores abdominales y estreñimiento.

De acuerdo a lo mencionado, la AN, genera una serie de síntomas clínicos crónicos que repercuten de manera significativa en la calidad de vida del individuo y es por eso que se debe implementar un plan de intervención y tratamiento integral a manera de buscar y propiciar la recuperación óptima del paciente a corto y largo plazo.

En el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, DSMIV (APA, 1995) menciona que regularmente los familiares son los que llevan al paciente al médico cuándo se dan cuenta de la pérdida significativa de peso o las dificultades que se tiene al ganarlo. Cuando los pacientes asisten voluntariamente, es debido a su malestar somático y psicológico ante la poca ingesta de alimentos.

Por otro lado, las anoréxicas tienen poca conciencia de su condición, la niegan y crean historias que lleguen a justificar sus acciones y es por eso que se debe recopilar información por parte de los padres o de otras referencias, con la finalidad de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

De acuerdo con Soto (2005) la evaluación y el control de los trastornos alimenticios siempre son direccionados a las manifestaciones clínicas, nutricionales y psicológicas de la misma enfermedad. Por ende, la misma evaluación, control y tratamiento deben ser dirigidos por un equipo multidisciplinario de especialistas, debido a que los síntomas que orillan al paciente o a su familiar a asistir a una consulta, pueden ser originados, ya sea desde el terreno biológico o del comportamental.

## **2.1 Sub tipos de Anorexia nerviosa**

El Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (APA, 1995) menciona que pueden emplearse los siguientes subtipos para detallar la presencia o ausencia de atracones o purgas en los episodios de anorexia nerviosa:

**A1. Tipo restrictivo:** Describe cuadros clínicos en los cuales los pacientes no recurren a los atracones ni tampoco a las purgas, al contrario, la pérdida de peso se asocia a las dietas, a la rigurosidad en el ejercicio o al ayuno.

**A2. Tipo compulsivo/purgativo:** al contrario del tipo restrictivo, la anorexia purgativa es caracterizada por recurrir constantemente a los atracones y a las

purgas o en su caso a ambas, sin importar la cantidad de alimento que ingieren. Se provocan vómito y utilizan diuréticos o laxantes de forma repetida.

De acuerdo con Sadock & Sadock (2009) “en la anorexia de tipo restrictivo, presente en alrededor del 50% de los casos, la ingesta de alimentos está muy restringida (normalmente se trata de consumir menos de 300-500 cal/día y sin ningún gramo de grasa)”, el paciente se comporta de manera compulsiva e hiperactiva, con lesiones debido al sobre esfuerzo en la práctica deportiva.

Los pacientes con AN de tipo compulsivo/purgativo sustituyen los estrictos regímenes de dietas con episodios de atracones o purgas, pueden consumir mayor cantidad de alimentos de los que el paciente esperaba o debido a la presión social, ingieren una cantidad mayor, más no excesiva. En ocasiones, se presentan repetidas purgas sin la presencia de anteriormente haber tenido, tras haber ingerido alimento bajo en calorías.

En ambos subtipos, los pacientes son marginados socialmente y pueden presentar síntomas de trastorno depresivo y una reducción del interés sexual. El realizar ejercicio en grandes periodos de tiempo y rigurosamente, así como los rasgos perfeccionistas, son comunes en ambos subtipos. (APA, 1995)

Cordás (2004) menciona que en los años 90's los estudios evidenciaron que el subtipo purgativo presentaría: trastornos de personalidad y comportamientos compulsivos, tentativas de suicidio, auto-mutilación, cleptomanía y abuso de sustancias. Recientemente algunos de los nuevos estudios han cuestionado dicha teoría. Cordás retoma las investigaciones de Eddy et al. (2002) en las cuales comprobó que apenas el 12 % de pacientes diagnosticados con AN restrictiva nunca habían presentado episodios bulímicos y purgación. Gracias a eso, y ocho años después del seguimiento en pacientes, el 62% de pacientes con AN restrictiva pasaron a ser clasificados como purgativa, debido al cambio en las características clínicas del trastorno.

Con base al estudio del comportamiento de pacientes con AN y al establecimiento de sus subtipos, se delimitaron una serie de criterios diagnósticos

para identificar de manera específica algunas características que comparten pacientes con éste trastorno, los cuales fueron descritos principalmente por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM versión IV (DSM-VI) y la Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE10).

## **2.2 Criterios diagnósticos**

### **2.2.1 Criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV**

El DSM-VI (APA, 1995), establece cuatro criterios específicos para el diagnóstico de AN. En el criterio A, se menciona que la persona con éste padecimiento mantiene un peso corporal por debajo del rango de normalidad dentro de su edad y talla, en el caso de que sea de inicio en la infancia o en las primeras etapas de la adolescencia, se presenta dificultad en el aumento de peso en lugar de la pérdida del mismo.

Como criterio B, se observa que las personas con AN, tienen un miedo intenso ante la ganancia de peso y al hecho de convertirse en personas obesas. Comúnmente dicho miedo va aumentando, ya sea aunque se pierda peso excesivamente o gradualmente.

Dentro del criterio C, se menciona que existe una alteración a nivel perceptual referente al peso, así como de la imagen corporal. Algunas personas identifican que se encuentran obesas, y otras delgadas, sin embargo siguen preocupadas porque ciertas partes o zonas de su cuerpo les parecen gordas.

En el criterio D, se afirma que en aquellas mujeres que ya hayan experimentado la primera menstruación, la amenorrea es la indicadora de la disfuncionalidad fisiológica. En la mayoría de los casos es ocasionada por la pérdida de peso, sin embargo en una minoría la precede.

## **2.2.2 Criterios diagnósticos del CIE10**

El CIE 10 (Organización mundial de la salud, 1992) menciona principalmente 5 criterios para el establecimiento de la Anorexia Nerviosa.

El criterio A, especifica una pérdida significativa de peso, con un índice de masa corporal por debajo de 17,5. Las personas pre-púberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia de crecimiento.

El criterio B, indica que el propio paciente origina la pérdida de peso, por medio de la restricción de alimentos que “engordan”, y por uno o más de estos síntomas: vómitos auto-inducidos, purgas intestinales, ejercicio excesivo y consumo de diuréticos o laxantes.

Dentro del criterio C, se encuentra la distorsión de la imagen corporal, la cual se caracteriza por una idea sobrevalorada intrusiva, de miedo ante la gordura o flacidez del cuerpo o de zonas específicas del mismo.

En el Criterio D, se menciona que la mujer presenta amenorrea y en el caso del hombre pérdida de interés y de la potencia sexual.

El criterio E, explica que si el inicio de la anorexia antecede a la pubertad, habrá un retraso de las manifestaciones de la misma, inclusive ésta se detiene, disminuye el crecimiento, en el caso de las mujeres no se desarrollan las mamas y se presenta amenorrea y en los hombres, permanecen los genitales infantiles. Conforme exista una recuperación, el proceso de la pubertad suele completarse, sin embargo, la menarquía se presenta de manera tardía.

## **2.3 Diagnóstico diferencial**

Vázquez, Gamero, Cunill, Moreno & Luna (2006) mencionan que el diagnóstico diferencial de la AN debe realizarse principalmente con los trastornos que cursan con pérdida de peso y que puede llegar a afectar al mismo grupo de edad. Las enfermedades médicas más frecuentes que causan pérdida de peso son: la diabetes de comienzo, los cánceres, la enfermedad inflamatoria intestinal, la

insuficiencia suprarrenal, las lesiones del sistema nervioso central, las enfermedades auto- inmunes y la infección por el VIH.

De acuerdo al DSM-IV (APA, 1995) en la etapa de la elaboración del diagnóstico, se deben tomar en cuenta otras causas que posiblemente den origen a la pérdida de peso, por ejemplo:

Las enfermedades médicas (Tumores cerebrales, enfermedades digestivas, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida) pueden originar pérdida de peso significativa, sin embargo, los pacientes que padecen éste tipo de enfermedades no presentan una alteración en la imagen corporal, ni un deseo de bajar de peso.

En el trastorno depresivo mayor, puede existir una pérdida significativa de peso, sin embargo, los pacientes se muestran indiferentes en cuanto al mismo.

Los pacientes anoréxicos, son asociadas a un trastorno de depresión mayor debido a la disfuncionalidad dentro de sus círculos sociales, tales como la familia o el ambiente escolar, lo cual indica que no solo existe un grado de peligrosidad en cuanto a la pérdida de peso, sino a la inestabilidad emocional que conlleva el desarrollar la misma patología, por eso se debe ser bastante estricto en cuanto a la consideración de los criterios para diagnosticarla.

En la esquizofrenia, los pacientes presentan hábitos alimenticios raros. Comúnmente tienden a adelgazar ocasionalmente de forma significativa, sin embargo, es raro que alguno presente miedo de ganar peso, así como tampoco presentan una alteración de la imagen corporal.

Se considera que en el caso de la esquizofrenia, debido a la semi-ruptura o ruptura total que tienen con la realidad, no se encuentran sometidos de manera significativa a los conceptos que la sociedad plantea acerca de la belleza y la estética, los cuales son considerados como factores que influyen en la aparición de la AN.

Algunas características diagnósticas de la AN son compartidas en los criterios para diagnosticar otro tipo de trastornos; fobia social, debido a que los pacientes en ambas enfermedades se sienten incómodos y humillados al comer en lugares públicos, trastorno obsesivo-compulsivo, debido a que el paciente puede llegar a presentar obsesiones y compulsiones en cuanto a temas referidos a la alimentación, y al trastorno dismórfico, ya que perciben defectos imaginarios en relación a su imagen corporal.

Se debe diagnosticar fobia social, en tal caso de que exista, pero sin relación con la conducta alimentaria. Aquellas conductas que se encuentren fuera de los temas relacionados con la alimentación deben ser descartadas. En el diagnóstico de un trastorno obsesivo compulsivo, se debe observar si se comparten características en común con el alimento o no. En cuanto al trastorno dismórfico, observar si la alteración está relacionada con la silueta y el tamaño corporal, refiriéndonos al peso, o con otro tipo de características físicas.

La AN se asocia a depresión en el 65% de los casos, a fobia social en el 34% de los casos y al trastorno obsesivo-compulsivo en el 26% de los casos. Los trastornos depresivos y la anorexia nerviosa comparten varias características, como los sentimientos de depresión, episodios de llantos, alteración del sueño, las rumiaciones obsesivas y los pensamientos suicidas ocasionales (Sadock & Sadock , 2009)

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1994) “a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa (tipo compulsivo/ purgativo), las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo” (p. 558), a pesar de presentar también atracones recurrentes, conductas para no ganar peso y la preocupación excesiva por su silueta.

Sadock & Sadock (2009) llegaron a la conclusión de que:

El diagnóstico diferencial que se hace de la Anorexia Nerviosa se complica debido a que existe una negación por parte del paciente en relación a sus síntomas, así como también influirá el secretismo en su discurso que

envuelven sus rituales alimenticios y la negación o resistencia a buscar un tratamiento.

Es decir, que de acuerdo a lo mencionado, alrededor de los mismos rituales y de los hábitos alimenticios, existen diferentes mecanismos internos que motivan y refuerzan ese tipo patrones conductuales y que debido a la negación de sus síntomas y a la poca participación ante el tratamiento, se dificulta más el proceso del establecimiento de un diagnóstico diferencial.

## **2.4 Etiología**

La AN es caracterizada en la actualidad por ser un trastorno de origen multifactorial. Se considera una enfermedad en la que existen estrechas relaciones entre complejos factores, biológicos, sociales y psicológicos. (Soto, 2005).

Sin embargo, ningún factor es en sí mismo lo suficiente para ser considerado un trastorno. Más que pensar que los factores distintivos causan un TCA, se deben ver como aquellos factores que influyen a que un individuo sea más susceptible para su desarrollo. (Crispo, Figueroa & Guelar, 1998).

De acuerdo con Crispo et al. (1998, citado en Cataldo, 2013) la AN es de índole bio-psico-social, debido a que sus conductas:

a) Afectan directamente al cuerpo. b) Reflejan cierto tipo de vulnerabilidad individual en cuanto a personalidad y maduración. c) Ocurren en una familia con determinadas características previas a la aparición del trastorno y que sufre, además, el efecto de la presencia del problema una vez que éste se instala. d) Ocurren predominantemente en una sociedad en particular: la postindustrial de fin de siglo, marcada por una ética y una estética determinadas, para este caso, la de dar prioridad a la imagen externa por encima de cualquier otro valor.

Cestaro (S/A) menciona que algunos autores han llegado a profundizar acerca del tema de la etiología multifactorial en la AN, llegando a clasificarlos en factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes.



En los factores predisponentes se encuentran los individuales, que comprenden aquellas alteraciones cognitivas persistentes en pensamiento o a una psicopatología, los familiares, los cuales están asociados a la estructura y dinámica familiar del paciente, y por último los socioculturales.

Dentro de los factores precipitantes podemos identificar como principal factor a la dieta restrictiva a la cual se somete el paciente, asociada en muchos casos a una reacción depresiva. En ocasiones se origina después de un cambio a nivel funcional dentro de grupos sociales, tales como la familia o la escuela, así como consecuente a una enfermedad o acontecimientos significativos vitales que generen estrés.

Los factores perpetuantes están caracterizados fundamentalmente por las alteraciones psicopatológicas que se originan después de la desnutrición, la cual conlleva alteraciones como la sintomatología obsesiva compulsiva en relación al tema de la comida, presentada de irritabilidad, labilidad emocional, alteraciones atencionales, depresión, inseguridad y depresión, llamado por algunos autores síndrome de inanición.

Los factores que menciona Cestaro, sirven como un acercamiento a la complejidad de la descripción de la etiología de la AN, ya que describen de manera general un conjunto de factores psico-sociales, sin embargo, no menciona un conjunto de factores de suma importancia dentro de cualquier patología, como son los factores hereditarios y biológicos.

#### **2.4.1 Factores genéticos y biológicos**

Los factores de índole biológico, deben ser considerados de relevancia dentro de la etiología de la AN, ya que se ha comprobado en algunos estudios, que por medio de la transmisión genética o una alteración a nivel químico de neurotransmisores en el cerebro, el individuo se puede encontrar propenso a desarrollar un TCA.

- **FACTORES GENÉTICOS**

De acuerdo con Ruiloba & Cercós (2005) “los estudios acerca de la genética, han arrojado resultados acerca de la relevancia de factores genéticos en la etiología de la AN. Las diferencias en concordancia entre gemelos monocigóticos y dicigóticos dan lugar a estimaciones de heredabilidad de entre el 0,5 y 0,9”.

Treasure y Holland (1995, citado en Toro, 1999) afirman que de 31 pares de gemelos idénticos, 14, los cuales representan el 45%, eran afines en AN, mientras que de 28 pares de gemelos dicigotos (colonialmente llamados, mellizos), solo 2, que representan el 7%, coincidían en padecer éste trastorno. De acuerdo a lo anterior, se puede afirmar la relación que existe entre la predisposición genética y el desarrollo de la patología.

Los estudios de linaje han arrojado resultados acerca de una agregación familiar de la AN. Cuando en una familia hay un paciente anoréxico, es más probable que las mujeres de la familia padezcan un TCA (Anorexia o Bulimia), más que las familiares de controles. Lo cual demuestra la transmisión generacional conjunta de la vulnerabilidad a ambos trastornos. (Ruiloba & Cercós, 2005)

En un estudio de Treasure y Holland (1995, citado en Toro, 1999), sin utilizar población de comparación, descubrieron un número igual de casos en parientes de segunda generación de las dos ramas de las familias, lo cual sugiere que el genotipo es transmisible tanto en línea materna como paterna. Es decir, que el gen se transmite tanto en el caso de hombres como en mujeres, sin embargo el fenotipo se expresa y se produce con mayor frecuencia en mujeres, así como en miembros de la familia de la misma generación que el paciente, viéndose afectadas principalmente las hermanas de las pacientes.

A lo largo del estudio de la AN, la genética molecular ha ido descubriendo la presencia de algunos genes implicados en su misma etiología. Un alelo del gen Vall66Met y BDNF, relacionados ambos con la regulación del apetito y el control del

peso, se han asociado a la AN restrictiva y purgativa, así como en la BN. (Ribasés et al., 2004, citado en Esperón y Sanz, 2010)

Por otro lado Cestaro (S/A) menciona que los últimos años han existido diversos estudios que han comprobado la presencia de dos o más variantes heredables del gen receptor 5-HT<sub>2A</sub>, lo cual alude a una susceptibilidad para la presentación de anorexia nerviosa restrictiva, sin embargo no para la purgativa.

Se ha mencionado que el índice de masa corporal (IMC) es heredable. Los síntomas característicos de los TCA, vómitos auto-inducidos, restricción alimentaria, implementación de dietas, preocupaciones excesivas por la comida y el peso, insatisfacción con la imagen corporal y el miedo a ganar peso, tienen una herencia de un 32-72%. En la anorexia nerviosa de tipo restrictivo, se ha demostrado que existe un vínculo con el cromosoma 18. Los efectos genéticos que tienen los TCA se presentan de manera general en el desarrollo cronológico de la pubertad, y no se presentan efectos en gemelos de 11 años de edad comparado con un 52-57% de una población más grande. (Mehta y Treasure, 2009)

- **FACTORES BIOLÓGICOS**

Existen diversos estudios que indican que las concentraciones anormales de ciertos componentes químicos en el cerebro hacen que algunas personas sean más vulnerables a sufrir de ansiedad, conductas perfeccionistas y obsesivas, así como pensamientos compulsivos. Lo cual las convierte en personas propensas a generar un TCA. (Abdalá, et. al, 2011)

Los factores y mecanismos biológicos, entre ellos los metabólicos, las redes neurales y genes candidatos, participan en los procesos implicados en la patogenia que da inicio a la enfermedad, así como a su propio mantenimiento. Hasta ahora no ha sido comprobado si los factores biológicos son relacionados con un rasgo del trastorno o con un estado, pero lo seguro es que son alterados durante la enfermedad y el cambio es persistente en algunos pacientes restablecidos. (Mehta y Treasure, 2009)

La persistencia que existe después del restablecimiento del trastorno, podría indicar lo siguiente: o que hay una mayor vulnerabilidad a dichos cambios,

generando así una menor probabilidad de un proceso completo, como por ejemplo la amenorrea, o que el contenido patológico subyacente a la enfermedad es diferente al de los pacientes que presentan una remisión precoz y completa.

De acuerdo con Gordillo, Arana, Salvador & Mestas (2011) se han llegado a encontrar niveles bajos de algunas hormonas, tales como la hormona luteinizante (LH), hormona foliculoestimulante (FSH) y de estradiol en sujetos con AN; lo cual alude a una alteración a nivel hipotálamo-hipófiso-ovárica.

El hipotálamo cumple con funciones en el mantenimiento interno de determinadas actividades relacionadas con los TCA, como la regulación de la actividad hormonal, el control de emociones y de la conducta, por medio de vías nerviosas y hormonales, a través de un complejo sistema de conexiones. Sin embargo, el hipotálamo no es el único encargado del origen de éstas enfermedades; se han encontrado lesiones fronto-temporales asociadas a trastornos alimenticios complejos, que son validados con estudios de neuro-imagen en los que se observa su implicación.

En el caso de los TCA, se lleva a cabo una activación anormal en las regiones pre-frontales ante estímulos relevantes, como imágenes de alimentos. Los estudios de neuro-imagen han demostrado que existe una disminución del metabolismo en sujetos con AN en las regiones frontales, específicamente en la corteza orbito-frontal, involucrada en la toma de decisiones, por lo que los déficit que presentan los pacientes, son descritos dentro de la estimulación magnética transcraneana (TMS), como una disfunción pre-frontal que genera limitaciones adaptativas en cuanto a las emociones y obstaculiza las respuestas vegetativas ante estímulos aversivos.

De acuerdo con Mehta y Treasure (2009) en la AN, los neurotransmisores cerebrales se encuentran alterados, principalmente el sistema serotoninérgico y el dopaminérgico:

En el sistema serotoninérgico se encuentra en descenso durante el estado agudo de la enfermedad y después de su restablecimiento. En el momento de que

se restringen los alimentos, se reduce la ingesta de triptófano y por ende la producción de serotonina. Paralelamente dichos cambios en la producción de serotonina pueden tener efectos reforzadores, como la disminución de síntomas pertenecientes a la ansiedad y una sensación de bienestar. El sistema serotoninérgico se encuentra relacionado con conductas como la evitación de riesgos y el grado de dependencia de las recompensas.

Los receptores 5-HT de tipo 1<sub>A</sub> son auto receptores que se encuentran en el soma de las neuronas 5-HT, las cuales se encargan de reducir la liberación sináptica del neurotransmisor. Su incremento es un factor de vulnerabilidad a la enfermedad, debido a que su relación con la región del cíngulo supra-genua, frontal y parietal aumenta significativamente durante la enfermedad y tras su restablecimiento. Es asociada también con la evitación de riesgos.

Durante el curso de la anorexia nerviosa, se ha encontrado en la anorexia de tipo compulsiva-purgativa una disminución de la unión de 5-HT<sub>2A</sub> en el lóbulo parietal; lo cual se ve relacionado a la alta dependencia que se tiene con la recompensa. También se ha establecido en pacientes de tipo compulsivo-purgativo una disminución en la región del cíngulo infra-genua.

En relación al sistema dopaminérgico, se ha observado una disminución de la concentración del neurotransmisor dopamina intra-sináptica con un aumento de la densidad de receptores D<sub>2</sub>/D<sub>3</sub> y de la concentración plasmática de ácido homovanílico, lo cual está asociado a la pérdida de peso, ejercicio excesivo e insensibilidad a la recompensa normal. Una disminución en el neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y su receptor tirosinasa, debido a su función en el efecto de saciedad, puede generar un aumento en la sensación de hambre.

Sin embargo, a lo largo del estudio con animales se ha demostrado que su disminución en el hipotálamo da origen a un aumento de la actividad locomotriz, lo cual podría llegar a explicar la hiperactividad en las pacientes anoréxicas al momento de realizar ejercicio excesivo.

Mehta y Treasure (2009) afirman que “la concentración de BDNF es significativamente menor en pacientes con la enfermedad cuyo peso está por debajo

de lo normal y no se restablecen después de la recuperación del peso". (p.35), es decir, que se puede considerar normal que algunos componentes químicos se encuentren alterados durante la enfermedad, pero en el momento de su recuperación, lo esperado es que se restablezcan primeramente por medio del implemento de medicamentos para la recuperación de peso.

#### **2.4.2 Factores psicológicos**

Las personas que sufren de un trastorno alimenticio, suelen tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las personas que los rodean. Aunque son exitosos en sus vidas, se sienten incapaces, ineptos, insuficientes, etc. Debido a la falta de sentido de identidad, tratan de tener el control de su vida de manera errónea, enfocándose principalmente en la apariencia física para poder obtener dicho control. (Abdalá, et. al, 2011).

De acuerdo con Crispo, Figueroa & Guelar (1998) los pacientes con trastornos de comer, se sienten poderosos al manipular los alimentos y su propio peso, en compensación de aquellas sensaciones de impotencia que surgen ante situaciones que no pueden controlar, hasta que se dan cuenta que el sistema de control se les vuelve en su contra.

Soto (2005) menciona que "los pacientes presentan una personalidad premórbida, en la que se destacan inestabilidad emocional, rasgos de ansiedad y una tendencia alta a la depresión. Es complejo llegar a determinar si éstas características son previas o si son consecuentes a la enfermedad". (p. 241)

Las personas con AN son personas ambiciosas, que se auto-exigen demasiado, son trabajadoras y sobresalientes en sus estudios. Sin embargo, emocionalmente tienen dificultades para interpretar y expresar sus propias emociones. En el círculo familiar, son hijos obedientes, con una gran dependencia parental hasta que aparece la enfermedad. Sufren de complicaciones en cuanto al proceso de maduración y la separación de la familia, y el principal síntoma de rebeldía hacia los padres es a través del rechazo del alimento. Suelen presentar antecedentes de obesidad en mayor o menor grado. (Borrego, 2000)

De acuerdo con Sadock & Sadock (2009) especialistas en psicoanálisis afirman que los pacientes con AN, no se han separado psicológicamente de sus madres. El cuerpo se llega a percibir como el introyecto de una madre castrante y carente de empatía. La desnutrición puede llegar a significar por vía inconsciente el desarrollo de dicho objeto intrusivo, con la finalidad de ser destruido. Con frecuencia, se genera una identificación proyectiva en las interacciones entre el paciente y su familia, ocasionando así que los deseos orales sean inaceptables y por ende sean repudiados proyectivamente.

Existe un rasgo característico del trastorno obsesivo compulsivo, que predomina en la estructura de personalidad de las anoréxicas, el perfeccionismo. El neuroticismo es otro rasgo que se da frecuentemente en éste tipo de pacientes y la asociación entre ambos rasgos, el perfeccionismo neurótico, dará origen a una pobre autoestima. (Cercós y Ruiloba, 2005).

Sadock & Sadock (2009) mencionan que:

La anorexia nerviosa parece ser una reacción frente a la demanda de que los adolescentes se conformen de modo más independiente y aumenten su actividad social y sexual. De modo que la inanición autoimpuesta puede representar un intento de validación como individuo único y especial. Un paciente anoréxico solo puede desarrollar un sentido de autonomía e identidad personal a través de actos de autodisciplina extraordinaria. (p. 728)

Esto podría explicar por qué los pacientes con AN son bastante estrictos y rigurosos con sus propias conductas, tienen miedo de no poder llegar controlar algunas situaciones ajenas a ellos, entonces para sentir que tienen control sobre alguna situación, llevan a cabo conductas donde se auto-exigen y son excesivamente disciplinados.

De manera concluyente, Rada, Lasa, Rahola, & Lozano (2001) mencionan que no existe un perfil de personalidad anoréxica establecida, sin embargo, suelen ser personas inmaduras, aferradas a la niñez, que niegan cambios corporales que

conlleva la etapa de transición de la niñez a la adolescencia. Sufren de auto estima bajo y son muy rígidos, perfeccionistas y con un alto auto-control.

### **2.4.3 Factores socioculturales**

En las últimas décadas, la cultura sobre la estética y la belleza han sufrido una serie de modificaciones generados por la globalización, así como las nuevas tendencias que son impuestas por la misma sociedad, y sus sinónimos prefabricados de perfección y éxito. (Palpan, Jiménez, Garay & Jimenez, 2007)

Balenciaga (2007) afirma que “los trastornos modernos de la alimentación son malestares culturales que afectan a la condición humana, denotando así un profundo sufrimiento, que tiene que ver más con la construcción de la habitación humana que con el metabolismo y la dietética”. (p. 6), es decir, que los trastornos alimenticios deben ser tomando en cuenta desde la parte simbólica de las relaciones humanas y no solo desde un punto de vista biológico-orgánico.

La moderna disociación que se ha creado entre la alimentación y la nutrición es reflejada en la disociación cuerpo/persona, de tal manera que la persona, es concebida exclusivamente física como cuerpo, creando así una imagen mental de cómo se verá después de ser sometido a estrictas dietas que repercuten en su salud y todo para satisfacer aquellas exigencias sociales a las cuales es sometido en su vida diaria.

De acuerdo con Cercós & Rubiola (2005) la AN se da más frecuente en clases sociales medias y altas, que en bajas, a pesar de haber aumentado en éstas últimas. Particularmente en cada clase social existe una difusión, que se transmite de diferente manera, de muchos valores y modas, como la idea de que el cuerpo delgado es asociado a belleza, prestigio social y atractivo socio sexual.

La moda, la influencia de los modelos, actrices y cantantes, el rol social estricto que tiene la mujer dentro de una sociedad, la educación transmitida acerca del bienestar físico ante el mental, las constantes burlas hacia la obesidad y el rechazo a las personas con sobrepeso, el aumento en la industrialización en



aparatos para bajar de peso, medicamentos para reducir o controlar el mismo, el bombardeo de los medios de comunicación y el concepto de éxito reflejado en la estética, son algunos, entre mucho otros, aspectos sociales a tomar en cuenta en la etiología de la AN.

Rada, Lasa, Rahola, & Lozano (2001) mencionan que dentro de los factores socio- culturales se puede encontrar la historia clínica del paciente. En el aspecto familiar, se debe indagar en los antecedentes de trastornos alimentarios afectivos, actitudes sobreprotectoras sobre el/la adolescente, etc. Se debe valorar si existe una disfunción familiar o cuadros depresivos, tomando en cuenta que esto no repercute en la presencia de un cuadro anoréxico establecido, sin embargo, la convivencia familiar, la resolución de conflictos y las crisis que existan entre los miembros serán importante para el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de la AN.

De acuerdo con Palpan, Jiménez, Garay & Jiménez, (2007) la familia es considerada como un grupo de pertenencia, unido por vínculos consanguíneos establecido en lazos de afecto y sentimientos, la cual tiene como objetivo, el preparar a sus miembros para enfrentar aquellos cambios (crisis) que son producidos desde el exterior al interior y viceversa, que pueden consecuentemente generar modificaciones estructurales y funcionales incidentes en el bienestar de la salud familiar.

La familia es representada como la primera institución educativa, la primera escuela encargada de implementar los valores, las creencias y los hábitos. Paralelamente, gracias a la influencia entre los integrantes de la familia, se van desarrollando las aspiraciones y los ideales. El ideal construido colectivamente, se convierte en la mayoría de los casos en el ideal personal de cada integrante. En caso de no cumplir con dicho ideal, existe el rechazo, ocasionando así baja autoestima, inseguridad, problemas a nivel interpersonal, entre otros factores relacionados con la AN.

Palpan, Jiménez, Garay & Jiménez, retoman a Pérez y Louro (1996) los cuales definieron al funcionamiento familiar como “la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de la

categoría de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad”. (p. 5)

Sin embargo, en el caso del modelo familiar en paciente con AN, Rada, Lasa, Rahola, & Lozano (2001) mencionan que frecuentemente se observa sobre protección, alto nivel de expectativas y aspiraciones por parte de los padres o parientes cercanos, rigidez, tendencia a los conflictos externos, conflictos parentales, falta de reconocimientos de limitaciones individuales, etc.

Entonces se concluye, que la funcionalidad familiar será la que aporte al individuo de herramientas suficientes para afrontar las demandas sociales de manera correcta, por medio del establecimiento de relaciones sociales sanas en base al diálogo, a los acuerdos, a la cohesión y a la implementación de los valores. Mientras que la disfuncionalidad desarrollará problemas familiares, problemas internos, como inseguridad al momento de relacionarse con otros y sentimientos de insuficiencia al no cumplir con las altas expectativas por parte del entorno, tendencia a los problemas externos asociados a la violencia y agresión, así como la falta de reconocimiento de límites en su conducta.

## **2.5 Tratamiento de Anorexia Nerviosa**

De acuerdo con Gordillo, Arana, Salvador & Mestas (2011) “el mantenimiento de la enfermedad vendrá determinado por el deterioro observado en la autoevaluación de los pensamientos respecto al cuerpo y los alimentos”, es decir, la baja autoestima y los rasgos de personalidad como la obsesión, perfeccionismo y restricción influirán en el mismo mantenimiento. La rigidez de pensamiento, contribuirá a una dificultad para cambiar estructuras de pensamientos pasados y reforzará el actual, generando así serias implicaciones en el seguimiento y efectividad del tratamiento.

Cuando se habla del tratamiento de AN, se debe comprender que éste se va a presentar dependiendo de cada caso en particular; existen pacientes que se recuperan o mejoran después de un solo episodio, por otro lado existen otros que

desarrollan varios episodios oscilantes, ganando y perdiendo peso de manera constante.

Saldaña (2001) menciona que el establecimiento de los tratamientos en la AN son complejos, debido a que existen pocos estudios controlados con resultados eficaces. Éste trastorno desde hace mucho tiempo, ha sido tratado en dos fases: la primera en régimen de ingreso hospitalario, para la restauración de peso y normalizar la alimentación; la segunda, en régimen ambulatorio, para facilitar la ganancia de peso constante, donde intervienen los procesos terapéuticos, para disminuir los síntomas psicológicos, y la prevención de recaídas.

Se tiene que tomar en cuenta que el modificar los hábitos alimenticios alterados no es sencillo, ya que se deben cambiar aquellos pensamientos intrusivos con respecto a la ingesta de alimento, por lo cual resulta un proceso gradual y de lento avance, y en la mayoría de los casos con un mal pronóstico.

Sadock & Sadock (2009) afirman que “los programas de ingreso psiquiátrico para pacientes con anorexia nerviosa suelen emplear una combinación de estrategias de manejo conductual, psicoterapia individual, educación y terapia familiar y, en algunos, psicofármacos”. (p. 733)

De acuerdo con Cercós y Ruiloba (2005) el establecimiento de los objetivos y prioridades del tratamiento dependerán de la etapa en la cual se encuentre el mismo paciente. En la primera etapa es importante no recetar rápidamente un tratamiento farmacéutico de anti depresivos ya que el síntoma afectivo, ansioso y obsesivo pueden corresponder a la misma mal nutrición.

Castro (2009) afirma que para que se lleve a cabo de manera adecuada el tratamiento, se debe contar con diferentes dispositivos como la consulta ambulatoria, el hospital de día y la hospitalización completa, ya que pueden ser de utilidad dependiendo el estado clínico y colaboración del paciente. (p. 48)

Por otro lado, Saldaña (2001) menciona los siguientes objetivos que se deben establecer en el tratamiento de los pacientes con AN:

1) Restaurar el peso del paciente. En mujeres hasta que la menstruación y el proceso de ovulación se normalicen; en hombres hasta que se normalicen los niveles de hormonas y apetito sexual; en niños/as y adolescentes hasta que se retome el crecimiento y desarrollo sexual pertinente a su edad.

2) Tratar las complicaciones físicas.

3) Trabajar con la motivación del paciente para que apoye en la restauración de patrones alimentarios y pueda participar de manera activa en el tratamiento.

4) Brindar información positiva acerca de los patrones alimentarios y nutricionales.

5) Modificación de los pensamientos, actitudes y sentimientos inadecuados relacionados a la alimentación y al mismo proceso del trastorno alimentario.

6) Tratar los trastornos psiquiátricos asociados, así como priorizar también la baja autoestima y el estado de ánimo.

7) Buscar el apoyo familiar y proporcionar a la familia asesoramiento.

8) Prevenir la recaída.

En cuanto a la actividad física, ésta debe ser adaptada para cada paciente en particular dependiendo de su ingesta de alimentos y el gasto energético, tomando en cuenta siempre la densidad mineral ósea y la función cardíaca. En el caso de pacientes con muy bajo peso debe ser restringida, y solo ser permitida bajo supervisión y control.

La terapia psicológica siempre debe ser aplicada tanto a nivel ambulatorio, como a nivel hospitalario para la prevención de posibles recaídas. (Hernando O, 2000).

Hernández (2004) concluye lo siguiente:

Los diferentes modelos de tratamiento no son excluyentes y su distinta y a menudo complementaria eficacia se ha visto comprobada a menudo en la práctica clínica. Hay tendencia al tratamiento multidisciplinar, consistente en una intervención combinada —médica, nutricional y psiquiátrica— que aúne los resultados de ganar peso con la resolución de conflictos psíquicos, contemplando tanto la educación nutricional como el control ambiental de regularización de pesos y comidas, considerando también los aspectos familiares y los individuales más profundos.

### **2.5.1 Psicoterapia cognitivo- conductual.**

Saldaña (2001) retoma a Stunkard (1972) el cual propone la terapia de conducta como una nueva alternativa de tratamiento para la AN, en contraposición a los tratamientos que se empleaban en ese entonces, la intubación y las dosis elevadas de clorpromazine. Se demostró que la práctica de ejercicio junto a la reducción de medicamentos, sobre todo por los efectos sedantes consecuentes, funcionaba como un fuerte reforzador para la ganancia de peso.

Saldaña refiere los estudios de Agras, Barlow, Chapin y cols. (1974) los cuales demostraron que existe una alta eficiencia de los reforzamientos positivos y negativos, el feed-back informativo y el tamaño de las comidas en la restauración de peso durante el ingreso hospitalario. El desarrollo de la terapia cognitivo-conductual en los años 80 alcanzó al tratamiento de la anorexia nerviosa. Se incorporó la reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos y actitudes relacionadas con la comida, el peso y la imagen corporal.

Una vez normalizado el aspecto biológico del paciente, la terapia cognitivo conductual es prioritaria en el tratamiento, y con ella aparte de trabajar con los

pensamientos intrusivos y actitudes disfuncionales acerca de la alimentación en general, se busca estrategias de afrontamiento ante ciertas situaciones sociales, de estrés o de conflicto. Siempre que sea posible, la terapia cognitiva debe llevarse a cabo de manera individual y grupal. (Esperón & Sanz, 2010)

Para Saldaña (2001) “la mayoría de los tratamientos psicológicos emplean una combinación de estrategias conductuales como: empatía, alabanzas, limitación de ejercicio físico, refuerzos, descanso en cama y obtención de recompensas en función de la ganancia de peso y de la ejecución de conductas deseables”, lo cual afirma que los programas conductuales llegan a producir efectos terapéuticos positivos a corto plazo.

La terapia cognitiva conductual busca que los pacientes aprendan a registrar su ingesta de alimentos, sus sensaciones, emociones, conductas de atracones y purgativas, así como problemas en sus relaciones interpersonales. A su vez, se les enseña por medio de la reestructuración cognitiva a identificar pensamientos automáticos y enfrentarse a sus creencias básicas. (Sadock & Sadock, 2009)

Es decir, por medio de la esquematización y la confrontación, logran llevar a cabo un registro de las conductas que realizan, en algunos casos inconscientemente, obsesivamente o de manera rígida para sustituirlas por nuevos hábitos que les ocasionen menos ansiedad. Lo cual los hace sentir que tienen el control de sus propios hábitos alimenticios, sin la necesidad de rituales ni ayunos.

En la actualidad, no existen estudios controlados que demuestren que intervenciones psicoterapéuticas, incluyendo la terapia cognitivo- conductual, administradas de manera individual sean efectivas para la recuperación nutricional de los pacientes, lo cual puede aludir a que necesariamente se requieren de terapia a nivel grupal, para su completa recuperación. (Saldaña, 2001).

Es importante mencionar que no solo basta con la implementación de un tratamiento terapéutico eficaz, sino también de la constancia del paciente y la actitud que éste tenga hacia su recuperación, es decir, que asista a todas sesiones, en

tiempo y lugar adecuado, que realice las tareas que le deje el terapeuta y que implemente lo aprendido en su vida cotidiana.

### **2.5.2 Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico no ha resultado ser muy eficaz en el tratamiento de AN, sin embargo es indispensable para pacientes que tras la primera etapa de recuperación de nutrientes, además de tener AN, presentan un trastorno depresivo u obsesivo. En caso de que el peso del paciente se encuentre muy bajo, no es recomendable el tratamiento farmacológico debido a los efectos secundarios que éstos pueden tener en el estado de ánimo del paciente. (Esperón & Sanz, 2010)

Justamente por eso, es importante que el terapeuta sepa bajo que efectos farmacológicos se encuentra un paciente con éste tipo de trastorno, ya que su estado emocional o cognitivo se puede ver afectado por los efectos de fármaco a tal grado se sesgar cualquier entrevista o prueba psicométrica.

De acuerdo con Hernando O. (2000) “la utilización de antidepresivos solos o aislados se justifica si coexisten trastornos afectivos, obsesivos o predominio de ansiedad, así como por su efecto sobre el apetito, se usan a nivel ambulatorio y hospitalario”. (p. 49)

Aigner, Treasure & Kaye (2011) mencionan que debido a la estrecha relación que existe entre trastornos psiquiátricos y los TCA, algunos agentes incluyendo los antidepresivos, antipsicóticos, antihistamínicos y otros componentes farmacológicos han sido investigados en los TCA. Los antidepresivos tienen su primer objetivo en el sistema serotoninérgico y/o en el sistema noradrenérgico. Aigner, Treasure & Kaye, retoman a Kaye (2008) quien estudió la neurobiología en la AN y bulimia nerviosa, y encontró que es posible que la disfunción central de la serotonina contribuya a la desregulación del apetito, del humor y de control de impulsos.

En el caso de los antipsicóticos, su función principal se encuentra en el Sistema dopaminérgico con participación adicional del sistema serotoninérgico para los antipsicóticos atípicos. Se cree que la alteración en la dopamina estriatal puede

contribuir a los síntomas en la AN. Así como en el sistema dopamínico-cortico-meso límbico puede también estar involucrado en la adicción de la conducta alimentaria.

Los antihistamínicos se encargan de regular el apetito y de brindar energía al organismo. La neurona histamínica suprime la ingesta de alimentos a través de los receptores de histamina dentro del núcleo paraventricular y del hipotálamo ventromedial.

Se llevaron a cabo algunos estudios del control neuro-humoral de la ingesta de alimentos. El primero fue el Sistema de regulación a corto plazo, durante cada comida y la regulación a largo plazo en el almacenamiento de energía en forma de grasa. El núcleo del tracto solitario en el tallo del cerebro es la puerta de entrada para las señales neuronales del tracto gastrointestinal a través del nervio vago hacia el centro de alimentación hipotalámico.

Aigner, Treasure & Kaye, 2011 retoman las ideas de Maccarrone et al. (2010) en donde la amígdala, el área posterior, el cortex prefrontal, el núcleo arcuato y el núcleo para ventricular también están involucrados en los desórdenes alimenticios. El Sistema endocannabinoide también puede llegar a influir en la ingesta de alimentos en diferentes niveles, en el sistema nervioso central y también en el periférico.

El uso de neurolépticos se emplea en la anorexia de tipo restrictivo a nivel hospitalario, cuando se requiere de sedar y dormir al paciente para poder reducir su hiperactividad. Ante la inanición, se puede producir una autofagia de proteínas musculares que originen la hiper-producción de dopamina, lo cual ocasiona agitación. Cuando la dopamina es bloqueada, se favorece el restablecimiento del equilibrio de la neurotransmisión cerebral y se normaliza la ingesta. (Hernando O. 2000)

Goldman (2001) menciona que algunos especialistas consideran que las perturbaciones de percepción y de imagen corporal, son manifestaciones de psicosis, y por medio de la clorpromacina y fármacos similares han llegado a facilitar la recuperación de peso en algunos pacientes, sin embargo aún se desconoce si los



beneficios de dichos medicamentos provengan de su efecto antipsicóticos o de su efecto sedante. Los ansiolíticos como el clonazepam, han resultado efectivos para la reducción de la ansiedad que se relaciona con la ingesta de alimentos y de la alimentación en general.

Los anti-psicóticos pueden estar indicados en algunos pacientes, dependiendo del caso en particular, y hay descripciones y estudios controlados que parecen avalar su empleo aunque sea de forma parcial. En conjunto, el tratamiento farmacológico no va a ser indispensable en la AN, sino lo será el abordaje multidisciplinario de los mismos tratamientos mencionados anteriormente. Sin embargo, en algunos pacientes, los fármacos si ayudan a mejorar los síntomas que conlleva la misma enfermedad (Esperón & Sanz, 2010)

### **2.5.3 Ingreso hospitalario**

Sadock & Sadock (2009) mencionan que lo primero que hay que tener en cuenta al tratar la AN, es la necesidad de restaurar el estado nutricional del paciente, la deshidratación, la desnutrición y el desequilibrio electrolítico que pueden comprometer seriamente la salud y ,en algunos casos, provocar la muerte.

La decisión de hospitalizar a un paciente se basa en la situación médica de éste y en la cantidad de infraestructuras que hacen falta para garantizar la cooperación del paciente. En general se recomienda que los pacientes con AN cuyo peso esté un 20% por debajo del recomendado para su altura sean hospitalizados, y los pacientes cuyo peso esté un 30% por debajo de su peso esperado requieren un ingreso psiquiátrico durante 2-6 meses.

La mayoría de los pacientes no están interesados en el tratamiento psiquiátrico e incluso se resisten a él; se les lleva a consulta médica contra su voluntad, de mano de familiares angustiados o amigos preocupados. El énfasis de los beneficios, como el alivio del insomnio y los signos y síntomas depresivos, puede contribuir a persuadir a los pacientes de ingresar voluntariamente en el hospital.

Sadock & Sadock (2009) llevaron a cabo la siguiente reflexión en torno al sistema y manejo hospitalario de los pacientes con AN, durante un programa de tratamiento hospitalario que contenía los siguientes puntos.

1. Debe pesarse diariamente a los pacientes, a primer hora de la mañana después de orinar. Es necesario registrar el consumo diario de líquidos y la eliminación de orina.

2. Si se están produciendo vómitos, los miembros del personal hospitalario tienen que registrar regularmente las concentraciones de electrolitos séricos, y vigilar por si aparece hipopotasemia.

3. Dado que después de las comidas es frecuente la regurgitación de los alimentos, el personal puede conseguir el control de los vómitos haciendo que sea imposible acceder al baño durante al menos 2 horas después de las comidas o haciendo que un asistente esté en el baño para evitar el vómito.

4. El estreñimiento de estos pacientes mejora cuando empiezan a alimentarse con normalidad. En ocasiones pueden administrarse ablandadores fecales, pero nunca laxantes. Si existe diarrea, suele significar que los pacientes están tomando laxantes a escondidas.

5. Debido a la infrecuente complicación de dilatación del estómago y a la posibilidad de sobrecarga circulatoria cuando los pacientes empiezan a comer inmediatamente una cantidad enorme de calorías, el personal debe darles unas 500 cal. más que la cantidad necesaria para mantener su peso actual. Lo inteligente es repartir estas calorías en seis comidas iguales a lo largo del día, de modo que el paciente no tenga que comer una gran cantidad de alimentos una sola vez.

6. Puede ser recomendable dar a los pacientes un suplemente alimenticio líquido, porque pueden ser menos reticentes a ganar peso lentamente con esa fórmula que ingiriendo alimentos sólidos.

7. Después de darles el alta del hospital, suele ser necesario que los médicos mantengan una supervisión ambulatoria de los problemas identificados en los pacientes y en sus familiares.

En conclusión, se puede hablar de una intervención hospitalaria efectiva, cuando un programa de tratamiento se implementa no solo en los pacientes, sino también en la gente que los rodea, incluyendo al personal que labore dentro del hospital. Éste personal, debe estar al pendiente de las indicaciones y llevarlas cabo de manera adecuada, así como los especialistas de la salud, deben llevar a cabo un proceso multidisciplinario bastante minucioso, que incluya el perfil del paciente, objetivos, duración de ingreso y necesidades al momento de ingresar y egresar del hospital.

### **CAPÍTULO III. ESTEREOTIPOS SEXUALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN.**

Para poder llevar a cabo un estudio a profundidad del origen de los estereotipos, se debe entender que los medios de comunicación ejercen un papel sumamente importante en la implementación de los mismos, por medio de mecanismos de manipulación informativa, así como del proceso de interpretación de la realidad, denominado representación.

De acuerdo con Aparici (1996) una de las principales preocupaciones que tienen los medios de comunicación, es el concepto denominado “representación”, debido a que en muchas ocasiones se encuentran limitados en cuanto a la descripción de la realidad tal y como es. Todos los textos visuales son representaciones de algunas personas, lugares o sucesos, que comparten un parecido, sin embargo, no se convierten en el objeto en sí. El término de representación se puede abarcar de diferentes formas.

En primer lugar, la representación se presenta como algo “novedoso”, es decir, se representan personas reales y sucesos que mantiene un papel activo en el mundo real. Sin embargo, para determinar quiénes o que objetos serán reproducidos, se debe llevar a cabo todo un proceso de selección, el cual se basará en las mismas demandas sociales, tales como el interés social, espectadores, costumbres y principalmente entretenimiento.

En segundo lugar, la representación es interpretada como algo “representativo”, es decir, algo característico de una persona o de un grupo. Aquí la cuestión es delimitar hasta qué punto los medios de comunicación presentan imágenes como algo típico de los grupos sociales. Ante la aparición de una serie limitada de símbolos que se presentan repetidamente como algo característico de un grupo, surgen los estereotipos.

En tercer lugar, se encuentra la palabra “representar”, la cual es referida a aquella imagen o idea que habla por un grupo, sin embargo, las imágenes son elegidas por otros y no por el grupo. Un ejemplo de ello, es la propaganda, en la

cual habla el que la realiza y después la selecciona en base a la venta del mismo producto.

El cuarto significado, tiene su origen en la interpretación de las imágenes para cada persona, es decir, la interpretación del espectador. No todo el mundo comprende las imágenes de manera idéntica. Todas las experiencias personales, el sexo, la raza y la cultura hacen que se perciba el mundo de manera diferente.

De acuerdo con Gómez (1999) “nos movemos entonces, en un círculo vicioso de aparente comunicación, donde siempre pierden los más débiles. Pues, el estereotipo, bajo la apariencia de pretender ayudar a la comprensión de la realidad, contribuiría a su confusión, a la perpetuación del equívoco”. (p. 112)

Gómez plantea una situación bastante real de la manera en la cual se implementan los estereotipos, sin embargo, se difiere en la parte en donde afirma que únicamente los débiles son los que pierden, al contrario, pareciera como si todos en algún punto se encontraran vulnerables a los estereotipos, todos pierden directa o indirectamente.

Gabarnik (2009) menciona que la “relación medios/estereotipos nos permite estudiar el nexo entre imagen e ideología y nos introduce en el tema de la adecuación a lo real”, es decir, que ayuda a comprender la relación entre una imagen y el propio pensamiento, así como otorga una aproximación a lo que aparentemente es real, o al proceso en el cual habitamos varios aspectos a nuestro concepto de realidad.

En varios casos los estereotipos no se pueden adecuar a lo real, debido a que no existe un conocimiento previo de ello, en éstos casos, la información proporcionada por los medios de comunicación es absoluta y sus fuentes de información esenciales en el conocimiento del otro. Sin embargo, se ha observado que los estereotipos no impactan exclusivamente solo en estos casos, sino también en aquellos donde se mantiene un contacto conocido y cotidiano, tal como el estudio de la imagen de la mujer y la belleza del cuerpo femenino, así como su rol social.

Como menciona Gómez (1999) la capacidad que tiene el ser humano de agrupar y categorizar fenómenos y objetos para simplificar su conocimiento y actuación sobre los mismos, es una fuerte herramienta cognoscitiva, pero cuando se pierde aquella conciencia de relatividad y se emplea para mecanismos de manipulación de la opinión pública o perversión moral, es cuando presenta peligros de conciencia de ser una elaboración subjetiva.

Entonces, debido a aquella pérdida de conciencia de subjetividad y relatividad, los medios de comunicación se encargan de dar por verdadero un solo hecho, incluyéndolo dentro de lo real y desarrollando así, todo un concepto común que compartimos todos llamado, aparentemente, realidad.

### **3.1 Concepto de estereotipo de género y estereotipo sexual.**

Se le llama estereotipo al conjunto de creencias y suposiciones que se crean en base a determinados grupos de personas. En el caso de que dichas creencias y suposiciones sean dirigidas a hombres y mujeres, o a características de masculinidad y feminidad, se puede hablar de estereotipos de género. (Barberá y Benlloch, 2004)

De acuerdo con Villegas (S/A) se puede entender género como el producto cultural, en el cual se asignan comportamientos, contruidos socialmente, a hombres y mujeres y que carecen de una base biológica, como en el caso del sexo. Por ende, cuando el término va referido a las diferencias físicas y anatómicas, pertenecientes al sexo, al concepto de estética y de la imagen corporal, se puede hablar de estereotipos sexuales.

Dentro del mismo rubro de los estereotipos de género, se encuentra otro concepto importante en la aparición de los mismos, denominado rol social, el cual se puede describir como un conjunto de normas que definen cómo debe comportarse la gente en determinada posición social. (Myers, 2005 citado en González, González & Vicencio, 2014)

Los roles sociales establecerán las pautas de comportamiento ante cada situación que se presente, por lo cual no es de sorprenderse que las personas busquen constantemente acercarse a determinados roles sociales que la misma sociedad y los medios de comunicación establecen, ya que eso será lo que permita al individuo experimentar sentimientos de pertenencia a determinados grupos sociales, así como ser acogidos y aceptados por la misma cultura, encargada de transmitir aquellos roles de generación en generación.

Debido a la siempre existente referencia estereotipada entre hombres y mujeres, se tiende a representarlos, ya sea en grupos homogéneos o totalmente diferenciados entre sí, es decir, en algunos casos se generalizan determinadas actitudes, como que los hombres son machistas o la idea de que la mujer no sabe lo que quiere, y en otros casos totalmente opuestos, las mujeres son poco sensibles al contrario de los hombres que carecen de ella. (Barberá y Benlloch, 2004)

El ser humano nunca ha podido aceptar las diferencias y reconocer a la diversidad como algo positivo, sino se ha encargado de cargar de negaciones y de miedos a cualquier cosa o situación que le sea desconocido y diferente, y es por eso que en lugar de encontrar complementariedad, encuentra contrariedad.

Jayne (1999, citado en Fernández, 2005) afirma que los medios de comunicación son los encargados de difundir los estereotipos de género ya que presentan, mantienen y rechazan conductas a través de sus anuncios publicitarios, series de televisión, películas o programas que refuerzan los nuevos valores sociales donde la masculinidad se asocia al poder económico y adquisitivo, y la feminidad a la estética y a la belleza.

Barberá y Benlloch (2004) mencionan que:

Los sistemas de creencias no se limitan a describir lo observado aunque sea esquemáticamente (función descriptiva), ni tampoco son sólo estructuras representativas de conocimiento (función explicativa), sino que sobre todo cumplen una función prescriptiva, referida a lo que se debe ser y lo que se debe hacer. El componente prescriptivo de un estereotipo está

siempre sostenido por la estructura social. Es la representación que cada cual se plantea de cómo los demás piensan que debe comportarse. (p. 58)

De acuerdo con Saldaña (2009) la socialización se presenta de forma diferente para hombres y para mujeres, se espera que ambos tengan actitudes, funciones, comportamientos y valores diferentes, y en muchos casos hasta opuestos. Hombres y mujeres generan identidades masculinas y femeninas estereotipadas. El comportamiento que se asocia al hecho de ser hombre o ser mujer se presenta incluso antes del nacimiento. Al niño(a) no se le da la opción de elegir, inmediatamente si es niño, se le compran ropa de color azul y carritos de plástico, y en el caso de ser niña, se compra ropa rosa y muñecas como juguetes; entonces el niño(a) sin haber nacido si quiera, ya debe comportarse como hombre o mujer.

Buena parte de lo que los niños aprenden sobre el género se basa en la observación de los padres y en el intento de ser como ellos. En general, los niños se ven recompensados cuando manifiestan comportamientos de género apropiados, y rechazados (en ocasiones por medio del ridículo) cuando se considera inapropiado su comportamiento de género. (Baron y Byrne, 2005). Por ésta vía los niños van diferenciando aquellas conductas que son consideradas aceptadas por cierto círculo social, de las que no lo son, lo cual ocasiona que su forma de percibir el mundo vaya de acuerdo a los estereotipos educados y aprendidos a lo largo de su vida.

Los estereotipos de género son adoptados entre los 3 y 4 años, de modo que los niños de esas edades ya van teniendo en claro que tipo de cosas hacen los de un sexo y que hacen los del otro. Estas creencias se asimilan por medio de la observación de la realidad social a la cual es sometido el niño. (Díaz & Martín, 2004)

A medida que transcurre la primaria, la escuela se va convirtiendo en una válvula de escape, debido a que con el transcurso de la maduración física y emocional, se va dando cuenta que existe una contradicción entre los deseos de sus padres de lo que deben ser y hacer y los mensajes simultáneos que recibe por parte de sus compañeros. (Saldaña, 2006)



En ésta etapa el niño va reconociendo al otro, en algunos casos encontrando diferencias y en otras similitudes. El ideal de los padres se encuentra en constante choque a los deseos del niño, los cuales son contruidos en base a los deseos de sus otros iguales.

De acuerdo con Baron y Byrne (2005), los niños comienzan a comprender la relevancia del género entre los cuatro y siete años de edad. En el año 1991, se llevó a cabo un estudio dirigido por Vogel y colegas, en donde se sometieron a niños y adolescentes a ver videos sobre niños de nueve meses llamados Mary, Stephen, Karen y Matthew. Se identificó como Mary a un bebé que para otros participantes era Stephen. Como resultado se encontró que los participantes estaban de acuerdo en que Mary y Karen, eran más pequeñas, más bonitas y tiernas que Stephen y Matthew, independientemente de los bebés de los que se tratase. Lo interesante de dicho experimento fue el observar cómo se les otorgan características a una persona en base a indicadores de masculinidad-femineidad provenientes de sus nombres. En la medida en que los niños y las niñas crecen, ocurre una tipificación del sexo, cuando se comprenden los estereotipos correctos asociados a la masculinidad y femineidad en la propia cultura.

Kimble, Hirt & Loving (2002) afirman que:

Entre los estereotipos más comunes figura la creencia de que las mujeres son emotivas y que los varones son arrogantes y lógicos. Los afroamericanos son peligrosos, los mexicanos perezosos y los asiáticos son astutos. Así, algunos estereotipos son negativos (arrogantes, peligrosos), otros positivos (astutos) y otros son más ambiguos. (p. 414)

Se puede concluir, que los estereotipos marcan todo un patrón conductual, ya sea para favorecer o perjudicar a una persona o a sociedades enteras. Cuando un determinado grupo de personas avala un conocimiento, se convierte en creencia popular, sin embargo, existen individuos que buscan destruir con la generalización que trae consigo el estereotipo.

### 3.2 Concepto de medio de comunicación

Se le denominan medio de comunicación a aquellos canales artificiales de información que facilitan y permiten la comunicación interpersonal entre emisor y receptor. Dentro de los medios de comunicación destacan los llamados medios de comunicación masiva, encargados de la transmisión de mensajes que son dirigidos a un receptor colectivo o social. (Pre universitario Popular Victor Jara, S/A)

De acuerdo con Goya (2012) los medios de comunicación son aquellos que se reciben de manera idéntica por varios receptores, teniendo así una gran audiencia. Entre ellos se encuentran la televisión, la radio, el periódico, entre otros. En el proceso de la comunicación de masas se llegan a traspasar fronteras del tiempo y del espacio. Los medios masivos son utilizados en la publicidad, la mercadotecnia, la propaganda y muchas formas más de comunicación.

Lasswell (1948, citado en Freidenberg, S/A) sugirió algunas de las principales funciones de los medios de comunicación con relación a todas las sociedades:

1. Vigilancia del medio. Es referida a la recopilación, procesamiento y difusión de la información. Consta de la función de vigilancia que los medios de comunicación implementan para conocer lo que sucede en la sociedad. Los medios de comunicación sirven para detectar señales de peligrosidad (desastres naturales, crímenes, crisis económicas, guerras, etc) y es así como la vigilancia social y los medios de comunicación trabajan en conjunto para proporcionar información acerca de la vida cotidiana. Existe otro tipo de vigilancia el cual es llamado, vigilancia política, encargado del estudio del control de los poderes públicos y gubernamentales.

2. Correlación de partes. Ocurre cuando los medios de comunicación proporcionan explicaciones e interpretaciones de los hechos para encaminar a la gente a que comprendan el significado de lo que se ha informado. Está encargada de proporcionar el conocimiento necesario para los ciudadanos tomen mejores decisiones de manera menos impulsiva y más racionales. Las funciones de opinión e interpretación llegan al público a través de Estas funciones de opinión e interpretación llegan al público a

través de editoriales, columnas de opinión, debates, tertulias, programas de análisis político donde los periodistas transforman el dato específico en una opinión especializada.

3. Transmisión de la herencia cultural. Otra función básica de los medios es la educativa. Se refiere a la transmisión de la cultura a través del tiempo, de generación en generación, de grupos sociales a otros, así como fuera de las fronteras. Los medios de comunicación se encargan de transmitir información sobre la misma sociedad, su historia como unidad social, sus defectos, sus aciertos, sus valores y sus normas.

Es por eso que se llama de una transmisión de herencia actual, que recopila información acerca de las sociedades antiguas o contemporáneas, para poder llegar a un análisis generacional de cada sociedad y poder observar cambios que se han tenido a lo largo del tiempo y su forma de coexistir en la actualidad.

Como señala Gomis (1987, citado en Esparcia, 2011) “el medio absorbe y transforma informaciones procedentes de una gran red de asociaciones, sociedades, grupos de interés,...que integran el tejido social”, es decir, los medios interpretan información que proviene de las sociedad y de la cultura, y en particular de los grupos de interés, lo cual conforma nuestra realidad social.

De acuerdo con Goya (2012) los medios de comunicación sugieren modelos de conducta económica y de valores sociales, fomentando el consumo, la participación dentro de la política, nacionalismo, entre otros procesos a considerar. Una de las consecuencias de la comunicación masiva, es que reduce o llega a eliminar las relaciones interpersonales en el proceso de comunicación, generando así que los individuos se separen de su entorno socio- cultural tradicional, ocasionando así un grupo de miembros heterogéneos, de diferentes estratos sociales, niveles culturales, de intereses y ocupaciones diversas y modos de vida diferentes.

Maletzke (S/A, citado en Esparcia, 2011) desarrolló un modelo comunicativo para poder llegar a la comprensión de la relación que se tiene entre medios de comunicación y la complejidad multifactorial de la comunicación. El modelo comunicativo intenta establecer un proceso dinámico caracterizado por dependencias e interdependencias entre factores concurrentes de los que participan en el proceso de comunicación. Se resalta la idea que tanto el emisor, como el receptor se encuentran unidos por condicionantes externos e internos que limitan y estructuran su participación en el acto comunicativo.

El razonamiento de la relación comunicativa que existe entre el emisor y la audiencia receptora, se ve modificada cuando se convierte en una audiencia altamente activa y seleccionadora, por lo que se debe corregir, complementar y ampliar la concepción del mensaje, que permita indagar en las realidades que tiene un significado para el individuo, aquellas que posean una función en sus vidas. Dicho individuo se presenta como un ser que interactúa socialmente por medio de opiniones, actitudes, personalidades, imágenes, etc. que influyen en las decisiones que toma. Estas influencias abarcan desde la imagen y el rol que el destinatario tenga del emisor.

Todos los condicionantes individuales se conforman por influencias externas, como el tipo y grado de pertenencia a los grupos sociales, situaciones personales, normas y reglas dentro del contexto social. De la misma forma, la persona que crea, configura y transmite el mensaje, es influenciado por elementos individuales y colectivos. Y es así como ambos participantes, tanto emisor como receptor, se ven influenciados por el medio utilizado en el proceso de comunicación, ya que el canal va a determinar la forma de la creación del mensaje y la forma de recibirlo.

### **3.3 Impacto de los medios de comunicación en la sociedad.**

La historia y el surgimiento de las sociedades, puede llegar a ser explicada a través del desarrollo de la comunicación humana y sus diferentes estadios: la era de los signos y las señales, del habla y del lenguaje, de la escritura, de la imprenta y de los medios de comunicación de masas, por medio de la nueva era de los ordenadores. Los sistemas de comunicación se encargan de organizar la forma de

pensar, debido a que cualquier aspecto de la vida cotidiana requiere de alguna forma de comunicación; incluso el hecho de afirmar que el individuo antes de ser un ente social, es un unidad comunicacional, no suena tan descabellado, ya que el carácter social proviene de la interacción con los otros. (Bretones, S/A)

Santana (S/A) menciona que:

La cultura digital reclama un pensamiento acorde a los profundos cambios que su desarrollo ha producido en la sociedad, sus habitantes y sus prácticas. La reconfiguración permanente de las relaciones del hombre con las nuevas tecnologías y los universos que éstas generan, inducen a una reflexión sobre las alternativas del proceso en que hombre y máquina se ven obligados a redefinir los límites que los han contenido tradicionalmente y las relaciones de los ámbitos del conocimiento humanístico frente al científico.

De ésta forma, el hombre, las sociedades y la tecnología, han tenido que coexistir en base a interrelaciones que se han implementado desde el surgimiento de la comunicación para el mantenimiento y facilitación de la adaptación y convivencia del mismo ser humano.

Los medios de comunicación siempre han tenido una fuerte influencia en el modo de operar de las sociedades, sin embargo con el avance constante de la tecnología, así como el desarrollo de nuevas estrategias de manipulación política y sobre todo económica, el impacto de los medios ha logrado evolucionar a tal grado de que las imágenes que se presentan persistentemente, se hacen parte de la realidad social, es decir, se basa en una imagen creada externamente por estereotipos y opiniones públicas, se interiorizan, para después formar parte de lo real, de la identidad personal, cultural y social.

Por otro lado, la información desde siempre ha sido la herramienta más importante dentro del mundo de la comunicación, ya que se encarga de dar difusión a determinados acontecimientos lo cual genera que aumente la cantidad de conocimiento que se tiene del mundo de forma general.

Los medios de comunicación funcionan como transmisores de educación emocional, facilitando su implementación en el proceso de enseñanza, por ejemplo, los programas educativos que transmite la televisión, los videos utilizados para las escuelas o para fomentar la convivencia familiar, así como el internet. (Serrano, 2003)

De acuerdo con Nosty (2007) “los medios de comunicación asumen una importante función en los procesos de creación y distribución de contenidos de carácter cultural. Por ello, es evidente la relación que existe entre los sistemas de medios y los sistemas culturales”.

Los medios de comunicación masiva tienen el poder no solo de llegar a un amplio número de personas, sino de ser considerados como legítimos. Son tomados como la única realidad válida. Se habla de una cuestión de poder, simbólico y persuasivo que busca generar un control social y mental en los espectadores. Una persona puede sospechar que está siendo manipulada, sin embargo no conoce el mecanismo que está operando en sus valores, ideas o creencias. Para que el control mental que se ejerce sobre los individuos llegue a ser eficaz, no debe existir ninguna prueba de su propia existencia. Los mensajes manipulativos están estructurados por un conjunto de normas extrínsecas que surgen de demandas, establecidas e implementadas por las mismas sociedades y culturas, y buscan que el individuo sea incapaz de defenderse. (Rubido, Aparici, Díez & Tucho, S/A )

Madrid (2000) afirma que:

La construcción o destrucción de la realidad masiva cotidiana, es decir, de lo que existe o no existe, de lo que es bueno o es malo, de lo que hay que recordar o hay que olvidar, de lo que es importante o no, de lo que es verdad o es mentira, de lo que son valores o antivalores, de lo que es la opinión pública o de lo que no es, de lo que es virtuoso o no, de lo que hay que hablar o hay que silenciar, de lo que hay que admirar o rechazar, de lo que es el éxito o el fracaso, etc, se elabora, cada vez más, especialmente en las grandes ciudades, desde los medios colectivos de difusión.

De acuerdo con Madrid, los medios colectivos de difusión, se han encargado de establecer pautas de comportamientos “adecuados”, dentro de una sociedad. El determinar lo que está bien y lo que está mal, o en su defecto, lo que debería ser y hacer, implica ponerse en un papel de dominio y control público, en donde la información se transmite de forma rápida y constante. En las grandes ciudades, donde la tecnología tiene más apertura, la difusión de los ideales se da de manera más sencilla, ya que la mayoría de los habitantes, tienen mayor acceso a los medios de comunicación masivos, cobertura telefónica y de internet, así como un gran impacto publicitario.

Los medios de comunicación despiertan toda una gama de emociones en la personas, de acuerdo a eso, son utilizadas en función de potenciar su uso, es decir, son generadores de emociones para su propio beneficio, consumo e implementación en la vida cotidiana de los individuos. Debido a esto, no sorprende el hecho de algunas personas se conviertan en esclavos de los mismos medios de comunicación. (Bisquerra & Filella, 2003)

Serrano (2002, citado en Bisquerra & Filella, 2003) menciona que “a más información, más complejidad y esta complejidad conlleva más fragilidad” entonces, mientras la tecnología continúe avanzando y con ella la múltiple información circule en nuestras sociedades, el proceso de comunicación se llevara a cabo de una forma más compleja, y esa misma complejidad hará que los individuos se encuentren susceptibles ante el surgimiento, el mantenimiento o la pérdida de la misma información. Justamente por eso, los medios de comunicación deberían tener como objetivo principal el desarrollo integral del individuo en el proceso de las comunicaciones.

### **3.3.1 Televisión.**

De acuerdo con Oomkes (1986, citado en Gruyters, S/A) existen dos grupos que influyen directa e indirectamente en las sociedades. Padres, miembros de familia, profesores, amigos, etc., se conocen como influenciadores primarios, ya que aportan información acerca de la vida cotidiana y pautas de comportamiento social. Por otro lado, tenemos a los medios de comunicación, el internet, la radio y la

televisión, así como las revistas y los libros. Éstos brindan información social de manera indirecta, por medio de contenido y mensajes subliminales.

Levine (1997, citado en Leonhardt & Mateo, 2008), afirma que:

La televisión se constituye en experiencia cultural compartida, donde todos los miembros de nuestra sociedad (independientemente de su sexo, edad, religión, etc.) se unen alrededor de ella. En este sentido, se afirma que estamos en un nuevo periodo o etapa histórica llamada sociedad del conocimiento o de la información, donde ésta resulta determinante para la vida cotidiana, llegando a otorgar altas cotas de poder a quienes fácilmente acceden a ella.

Oomkes (1986, citado en Gruyters, s/f) desarrolló ocho niveles en los cuales la televisión, como influenciador indirecto, tiene un papel importante en el comportamiento social.

El primer nivel es el de la información. La televisión aporta gran cantidad de datos, sin embargo no todos cuentan con el mismo acceso y uso de la información. Existen personas instruidas y no instruidas, las primeras pueden elegir ampliamente programas televisivos, debido a que conocen diferentes posibilidades y las utilizan, mientras que las segundas prefieren programas como el entretenimiento y los deportes, ya que son géneros televisivos que no requieren de grandes cantidades de datos y carecen de profundización en su contenido que busque el aumento de información.

El segundo nivel es la imagen del mundo, es decir, la transmisión de acontecimientos que ocurren en todos los países de manera simultánea. Todo lo que se transmite en la televisión genera comprensión por lo que se le otorga un gran poder a la empresa televisiva, así como a los periodistas y reporteros. El éxito de estos, depende de la opinión que se tenga por parte de los espectadores. Casi todas las personas creen en la imagen del mundo que reciben por partes de sus programas favoritos.



En el tercer nivel se encuentra el tema de conversación, y se enfoca en la manera en la que los medios de comunicación masiva ejercen efecto sobre la opinión pública, ya que determinan los temas de plática entre la gente y determinan el grado de atención que las personas ponen en los temas de agrado. Existe más poder en personas que no cuentan con opiniones arraigadas, es decir, a aquel público que no cuenta con la convicción firme de sus propias decisiones e ideologías.

En el cuarto nivel, están las normas y los valores. La cuestión es si la televisión modifica nuestras normas y valores. Gruyters retoma a Oomkes afirmando que “la televisión ejerce influencia sobre nuestras normas en dos maneras: las cambia, pero las consolida también”, es decir, que los medios de comunicación tiene una función fortalecedora ya que se anticipan a los valores, ofrecen lo que la mayoría del público quiere, reflejando así un ideal de la sociedad.

El quinto nivel se refiere al tiempo libre de la gente. Antes de la aparición de la televisión, la mayoría de las personas leían y escuchaban la radio y la vida social era muy importante. El aspecto laboral era más enriquecedor tanto en las empresas como en el hogar, y existía mayor convivencia familiar, pero ante el surgimiento de las tecnologías, las familias dan prioridad a la televisión, disminuyendo así el dialogo entre ellas. Es posible que la televisión influya de forma negativa en la vida social, aunque se le puede atribuir todo a la influencia televisiva, ya que existen otros medios de comunicación que influyen en la alteración de las relaciones sociales, como es el internet.

La cultura, funge como el sexto nivel. Se vive en una cultura de las masas creada por los medios de comunicación, siendo ésta superficial y dependiente a la opinión pública. Para los pesimistas, la cultura de las masas es una cadena de montajes que sirve exclusivamente para ganar dinero, consideran que sin los medios la cultura sería más enriquecedora, ya que reducen, popularizan y simplifican la información, disminuyendo así la creatividad. Por otro lado, los optimistas creen que la cultura está influenciada primariamente por la familia, la escuela, la religión, los amigos, y no solo por los medios de comunicación.

En octavo nivel se refiere a la forma de la sociedad, es decir, a la manera en la cual están compuestas las sociedades. Se vive en una sociedad de la comunicación y de la información, ésta última funge como el nuevo factor del poder. Por otro lado, las personas que trabajan mucho se estresan y buscan compensaciones en sus tiempos libres, ya sea ir de vacaciones, de compras, etc. gastando así gran parte de su dinero en ello.

El trabajo es importante, más no determina la vida social. Ésta se determina por el tiempo libre, el cual es ocupado por los intereses. Algunos creen que la televisión impide el desarrollo del pensamiento abstracto, ya que las imágenes no son capaces de transmitir fácilmente el contenido abstracto de los hechos, sin embargo, se debe tener en cuenta que la cultura nunca se ha caracterizado por estar completamente dirigida a fomentar el lenguaje escrito.

El último nivel va dirigido a un público muy influenciado, ya que todavía no son capaces de discernir el bien del mal y no cuentan con una imagen completamente desarrollada del mundo, que son los niños. La primera educación se basa en la imitación. Si en un ambiente poco instruido, la televisión funge como principal entretenimiento, se creará que es lo cotidiano en todas las familias. En los casos de los niños instruidos, existen horarios para ver televisión, leen y se fomenta la convivencia social por medio del juego. La vida del niño que tuvo acceso a la última educación, es más estimulante, y en base a eso construirá su propio concepto de la vida, conociendo que muchas de las imágenes del mundo no están representadas en la televisión, sino en la lectura, el diálogo y la experiencia.

Nuevamente Gruyters cita a Oomkes mencionando que los niños no asimilan la violencia que existe en la televisión, pero no necesitan de comprenderlo para implementarlo en sus vidas, pero imitar la violencia no es determinante para su uso. Si se toma como base la idea de que los influenciadores primarios tiene más poder que los secundarios, los niños se ven más influenciados por los padres que por la televisión, y como dice Kinderen (2002, citado en Gruyters, S/A) el ver violencia en el medio televisivo no es lo que causa una conducta agresiva, pero si estimula la conducta violenta que ya existía.

Para Reina (2004):

La unión de la imagen y el sonido, la posibilidad de contemplar los acontecimientos en tiempo real, la capacidad de conocer realidades remotas, su capacidad para interpelar a varios sentidos al mismo tiempo, para integrar diferentes artes (literatura, música, arquitectura, pintura, fotografía...), para generar emotividad, códigos comunes, y otras muchas características que distinguen al medio televisivo, y de las que han hablado multitud de autores, la convierten en el medio de comunicación de masas por excelencia, en tanto en cuanto, es, además, el de mayor difusión, al no necesitar ninguna preparación previa para su consumo.

### **3.3.2 Internet**

De acuerdo con Benavides (2010) los cambios radicales y constantes del mundo actual son los que dan origen al concepto de tecnologías de la información, ya que el mismo concepto se establece en la modernidad y se reconoce a partir de la revolución de la informática, la computación y el internet, por medio de telecomunicaciones, software, redes sociales y base de datos.

Campos (2004) menciona que:

La “magia” de tener acceso al teléfono, al Internet y a otras redes depende de las telecomunicaciones, los satélites, los medios y las tecnologías que traspasan fronteras y que, dentro de un país, deberán correr por todo el territorio; si estos logros y beneficios son privatizados y abiertos a un libre mercado, podemos dejarlos sólo al alcance de los grupos sociales que tengan el poder adquisitivo suficiente y excluir a los grupos económicamente débiles, no nada más al acceso a la informática, sino a la información misma.

Calero (2010) menciona que el internet y los nuevas tecnologías están creando un nuevo tipo de economía que se basa en una red de inteligencia humana,

es decir, que las redes se están convirtiendo en la base de creación de riquezas de las economías de todo el mundo y por eso se está dejando de contar con una economía industrial para transformarse en una economía virtual por medio de la implementación de ordenadores, y redes digitales.

El uso del internet ha ido aumentando con el tiempo y cada vez más personas, de diferentes edades, tienen mayor acceso. Primeramente el internet era utilizado para aspectos escolares y laborales, y se encontraba restringido a la población infantil y a los adolescentes, sin embargo, ahora es empleado por niños, adolescentes, adultos y personas mayores por motivos principalmente de entretenimiento.

No es de sorprenderse que gracias al desarrollo de la tecnología y al internet, otros medios de comunicación se vean afectados, como la televisión y la radio, ya que la gente prefiere estar conectada a internet la mayor parte de su tiempo. (Oude media, 2002, citado en Gruyters). Un aspecto de suma importancia a considerar es el surgimiento de las llamadas redes sociales y el impacto que han tenido en el mundo actual en todas las esferas del individuo, desde la biológica, desarrollando diversos trastornos o actitudes que perjudican la salud, hasta en las esferas sociales, en el ámbito familiar, escolar o laboral.

De acuerdo con Tenzer, Ferro & Palacios (2009) una red social es “ la integración de las instituciones públicas y/o privadas, comunidades o líderes que coordinan, comparten e intercambian conocimientos, experiencias y recursos, con el propósito de alcanzar un objetivo común, en respuesta a una situación determinada”, es decir es una herramienta que facilita el intercambio de información por medio de la red, así como la comunicación entre personas o grupos sociales que surge ante una demanda en común. Se busca que mediante las redes sociales las personas encuentren las posibles soluciones a sus problemas y necesidades.

Debido a que las relaciones sociales se apoyan en la comunicación, existen diversas consecuencias en la estructura y en el establecimiento de las funciones de la sociedad, influyendo directamente en el comportamiento de los grupos sociales,

la diversificación de los símbolos, la propiedad, el trabajo, el proceso de enseñanza y el ocio.

Entre los principales beneficios que se obtienen a nivel personal de las redes sociales, se encuentra el hecho de que aquellos participantes llegan a formar parte de una comunidad con la cual se identifican y comparten intereses, experiencias, mensajes, construyen o renuevan amistades, transmiten conocimientos, en algunos casos pueden llegar a encontrar diferentes trabajos, etc. El uso y provecho de las redes sociales no solo se presenta a nivel personal, sino también se generan en las organizaciones. El tema de las redes sociales no solo habla de una moda juvenil o algo momentáneo, sino de todo un proceso en el cual está modificando rápidamente la realidad social y económica. (García, 2010)

Es decir, por medio de la implementación de la redes sociales a la vida cotidiana, se está creando una transformación en la realidad tecnológica, en las ciencias de la comunicación, en las ciencias de la salud, así como en el medio económico y político en el cual está sometido cada persona, de manera directa o indirecta, que forma parte del sistema en el que se vive actualmente.

Castells (S/A) refuerza la cita anterior, mencionando que:

La mayor parte de la actividad en internet pasa por las redes sociales, que se han convertido en las plataformas de preferencia para todo tipo de fines, no solo para relacionarse y charlar con amigos, sino también para *marketing*, comercio electrónico, enseñanza, creatividad cultural, medios de comunicación y ocio, aplicaciones médicas y activismo sociopolítico. (p. 17)

Ante el hecho del incremento de la prevalencia de los TCA en México, han sugerido teorías acerca de la influencia del internet y las redes sociales, las cuales son vinculadas a la promoción de la conducta restrictiva. El papel que ejercen los padres y los docentes en el uso del internet es de suma importancia, ya que los niños y los adolescentes son los que se encuentran en desventaja debido a su vulnerabilidad ante la información proporcionada por parte de la red. Se debe mantener un acompañamiento para la obtención de información que promueva la adquisición de aprendizaje que fomente la salud y el bienestar social y personal. (Orozco, 2013)

Se debe educar a la población a utilizar de manera moderada el uso del internet y las redes sociales. No se habla de la restricción total de las mismas, pero si de una adecuación del internet al tiempo libre de las personas y no a su uso en tiempos de productividad.

### **3.3.3 Publicidad**

La publicidad funge como el principal medio económico por el cual busca disminuir la distancia existente entre los deseos y los objetos, es decir, que busca informar al público acerca de los beneficios que tiene cierto producto de acuerdo con los gustos e intereses del mismo público. De acuerdo al concepto mencionado anteriormente, la publicidad surge ante el conflicto creado entre necesidades básicas y los deseos, entre lo indispensable y lo no indispensable.

Se sabe que desde los inicios de la raza humana, las acciones han sido movidas por aquellos impulsos de satisfacción personal, llamados deseos. Sin embargo, se considera que gracias a éstos, los medios de comunicación van adquiriendo cada vez más poder sobre el pensamiento y la conducta humana, en especial la publicidad, ya que por todos lados existen bombardeos de mensajes subliminales, y no se habla de que sean transmitidos solo por vía digital, como la televisión, el internet o la radio, sino también por vía gráfica, lo cual hace que se encuentren cada vez más cerca del contexto social del individuo.

Duran (2011) menciona que:

El publicitario se encarga de recoger lo que las modas siembran en nuestra sociedad y de darlo a conocer para que las opciones de consumo se diversifiquen. Aparte del valor hegemónico de la publicidad como sostenedora de una economía de libre mercado es la señora coqueta y desamparada que por dar la cara se lleva siempre la culpa de las lacras sociales. Las dos funciones básicas de la publicidad, la económica y la de ser transmisora de las creencias de la sociedad, porque esta publicidad es un reflejo de lo que la sociedad demanda, erigen a la categoría y a todo lo relacionado con ella de materialismo

Se vive en un mundo de consumo, donde la sociedad es representada por propias demandas y donde el mismo sistema capitalista tiene un impacto cada vez más fuerte y constante en nuestro comportamiento social. Para ser sometido al poder televisivo se necesita pagar por el servicio, mientras que en la publicidad ocurre todo lo contrario, las grandes empresas pagan para poder ser transmitidos o reproducidos en cualquier lugar, lo cual genera que el ser humano desarrolle menos herramientas de persuasión ante los medios de comunicación. Por otro lado, los individuos se han convertido en la creación de lo que se es y de lo que se debería ser, de lo que se debería usar, con lo que se debería contar, imponiendo modas que a la larga generan diversidad de malestares sociales y personales y también de trastornos mentales, principalmente los TCA.

Ferrer (2010) menciona algo bastante interesante acerca de la sociedad del consumo y su relación con la comida, el primer acto de consumo. Afirma que la comida, desde el origen del ser humano y hasta la actualidad sigue siendo considerada como una constante necesidad humana y de su entorno social, sin embargo, ya no solo se habla de suplir necesidades básicas, sino ahora se habla de un súper consumo. La sociedad del consumo está estrechamente relacionada con el destino de los estómagos, siendo ésta uno de sus principales motores y objetivos.

De acuerdo con Ferrer, el ser humano desde sus inicios como sociedad, ha contemplado al alimento primeramente como una necesidad básica, sin embargo, con la implementación del intercambio y el comercio, éste paso a ser visto como un producto que genera capital y desde entonces se comenzaron a implementar ciertas herramientas interdisciplinarias para fomentar el consumo de un producto, una de ellas se convierte en lo que actualmente llamamos publicidad.

Para Noguero (2008) la publicidad alcanza a las esferas de lo social, por medio de la modificación de valores y estilos de vida, de lo artístico, al adelantar vanguardias y difundir nuevas ideas y de lo psicológico, ya que despierta la atención, la percepción y la comprensión de mensajes, etc.

De acuerdo con Philips (1997, citado en Jiménez, Pascual & Lara, S/A) “la publicidad no crea comportamientos sociales, si no que va a la vanguardia de la moda, de las nuevas ideas y de las nuevas costumbres, y lo único que hace es

propagarlos”, habría que discutir que tan cierta es dicha afirmación, si se habla de que la publicidad ha logrado impregnarse a tal grado en la cultura, que ha sido capaz de modificar las creencias, que en algunos casos han sido arraigadas generacionalmente, escala de valores y estilos de vida de las personas.

El discurso que engloba la publicidad busca recopilar todos aquellos componentes de la comunicación no solo para informar acerca de la creación y venta de un producto, sino que ahora busca la forma de persuadir al público para su consumo. Si como menciona la cita anterior, la publicidad solo se dedicara a la parte informativa, no tendrían por qué existir los mensajes subliminales y un doble discurso que afectara la forma de percibir la realidad del ser humano.

Como menciona Rosales (2002, citado en Peyró & Oñate, 2011):

La influencia social de la publicidad viene tamizada a través de la persuasión y las connotaciones que transmite. Aunque la publicidad puede presentar una intencionalidad socializadora directa (campañas de concienciación social, etc.), la mayoría de valores, criterios y normas sociales, los transmite de forma latente a través de los contextos en las que se enmarca, los modelos utilizados, comportamientos de éstos, situaciones referidas, etc. Por tanto, se podría decir que la mayor parte de la función socializadora de la publicidad viene dada a través de la vertiente no verbal de la comunicación publicitaria.

En conclusión, se puede mencionar que la publicidad ha tenido un gran impacto en el papel de difundir la información y establecerla, de modo que todos se encuentren al alcance de ella, ya que en la mayoría de los casos, la influencia de la publicidad se implementa por medio de representaciones gráficas de situaciones cotidianas y no tanto por el lenguaje escrito que transmiten.



## **CAPÍTULO IV METODOLOGÍA**

### **4.1 Planteamiento del problema**

En las últimas décadas han tomado gran importancia aquellas enfermedades involucradas en los diferentes hábitos alimenticios, tales como la bulimia y la anorexia, y la información con la que se cuenta generalmente se aboca al sexo femenino, el cual es el más susceptible a adquirir y a imitar estereotipos publicitarios que ofertan ideas acerca de lo que significa ser mujeres exitosas y esbeltas, de hecho, en las tiendas cuando las mujeres que sufren de sobrepeso buscan tallas de ropa adecuadas a su complexión, se encuentran que aun las tallas más grandes no corresponden a mujeres de complexión ancha.

A hora bien, alrededor de la anorexia y la bulimia no solamente la televisión como medio de comunicación influye en su desarrollo, otro factor predominante en la actualidad son las redes sociales. En la red también circulan innumerables dietas dirigidas a mujeres que para comercializarse presentan modelos con sobre peso y a continuación como quedaron después de la supuesta “exitosa” dieta.

De igual manera sucede con los aparatos tecnológicos para reducir tallas. Si se observa la televisión en el horario nocturno se verá que la mayoría de los anuncios ocupa la venta de aparatología, no solo para fortalecer músculos, sino que tienen como otro principal objetivo el enfatizar que la figura esbelta se va a conseguir utilizando éstos hasta por tiempo limitado, omitiendo en su totalidad a cualquier otro tipo de actividad física o deportiva, así como la implementación de una dieta balanceada.

Lo anterior, tanto la información escrita como la información de la televisión, contienen mensajes subliminales que llevan a las mujeres a buscar la reducción de peso no tanto por su salud sino mejor dicho por lograr la aceptación social dentro de su grupo.

García (2006) realizó un estudio controlado con una muestra de 100 estudiantes de primer grado de preparatoria, con un nivel socioeconómico medio-bajo en comparación con otros 100 estudiantes de una escuela privada, con un nivel socioeconómico medio-alto, en donde se buscó identificar la incidencia de la

sintomatología de trastornos alimenticios, así como la funcionalidad familiar y la influencia social que los medios de comunicación tienen sobre la aparición de anorexia y bulimia. Entre los resultados obtenidos se encontró que uno de cada cuatro estudiantes tiene síntomas relacionados con un trastorno alimenticio, por lo tanto surge la pregunta **¿De qué manera los medios de comunicación influyen en la alteración de la imagen corporal en la anorexia nerviosa en estudiantes universitarios?**

## **4.2 Hipótesis**

Hi: Los medios de comunicación influyen en la alteración de la imagen corporal en la anorexia nerviosa en estudiantes universitarios.

## **4.3 Definición de variables**

**Imagen corporal:** Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. (Raich, 2001, citado en Quiñones & Robles, 2008)

**Medio de comunicación masiva:** Los medios de comunicación masiva (“mass media”), son aquellos que se envían por un emisor y se reciben de manera idéntica por varios grupos de receptores, teniendo así una gran audiencia; el mundo los conoce y reconoce como la televisión, la radio, el periódico, entre otros. (Goya, 2012)

**Anorexia Nerviosa:** Trastorno complejo que se manifiesta por cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos, y que se caracteriza por miedo mórbido a la gordura y búsqueda pertinaz de la delgadez. (Goldman, 2001)

## **4.4 Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar de qué manera los medios de comunicación influyen en la alteración de la imagen corporal en la anorexia nerviosa en estudiantes universitarios.

### **Objetivos específicos:**

1. Identificar la importancia que tienen los medios de comunicación en la alteración de la imagen corporal en el trastorno de anorexia nerviosa.

2. Informar acerca de la influencia que tiene la televisión, el internet y la publicidad en el comportamiento social

## **4.5 Justificación**

La presente investigación tiene como objeto el realizar un estudio que abarque una recopilación de información acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente de la anorexia nerviosa; en donde se pueda obtener información confiable generada a partir de una muestra de estudiantes universitarios, por la cual se podrá por un lado, identificar en todos ellos el papel preponderante que los medios de comunicación tienen a través de sus mensajes subliminales que se emiten ofertando el éxito a través de la estética y el concepto de belleza que los mismos manejan.

Y por otro lado, tener un acercamiento más específico a la prevalencia de anorexia nerviosa en mujeres y hombres estudiantes, así como también identificar la proporción de ellos que se encuentran en riesgo y las que están sanas. Lo anterior permitirá diseñar un proyecto de educación para la salud multidisciplinario, donde se involucren a los especialistas de la salud: psicólogos, nutriólogos, psiquiatras y médicos de la salud, el cual será dirigido a adolescentes y adultos jóvenes, para que acepten la reducción de peso más por salud que por estética, a través del ejercicio moderado, evitando así la ingesta de medicamentos milagrosos y dietas rigurosas

de muy baja calidad proteínica y calórica que hacen peligrar la calidad de vida y la vida misma de las personas.

Paralelamente se busca que los estudiantes lleven a cabo un análisis profundo acerca del concepto de “éxito” que los medios de comunicación plantean, para que así puedan establecer un concepto propio de acuerdo a sus propias experiencias y metas, lo cual se verá reflejado en su auto-concepto, autoestima y sus relaciones sociales.

#### **4.6 Tipo de investigación**

El diseño de investigación es explicativo, debido a que el estudio va direccionado a responder determinadas causas de algún evento social, en éste caso, sería la influencia de los medios de comunicación en la AN. Se centra en explicar cómo se presenta un fenómeno, alteración de la imagen corporal, en relación con otras variables, como la AN y el modo de operar de los medios de comunicación. El tipo de investigación es cuantitativa, ya que debido al número de encuestados, así como a la prueba estandarizada, CIMEC, se pudo llevar a cabo un análisis estadístico generalizado, excluyendo casos particulares.

#### **4.7 Universo**

La población de estudio estuvo constituida por 276 pasantes de la carrera de cirujano dentista de la Universidad Autónoma de México (UNAM), en donde:  $n_1 = a$  138 varones, y  $n_2 = a$  138 mujeres. Se eligió la mitad de hombres y mitad de mujeres, debido a que de acuerdo al marco teórico, ambos sexos, se encuentran influenciados por pautas de comportamiento social con respecto a la información que proviene de los medios de comunicación, buscando así, establecer una relación entre las respuestas correspondientes de la población masculina y femenina.

El método de inclusión y exclusión se presentó de forma aleatoria entre los colaboradores. Se determinó que los participantes fueron de la carrera cirujano dentista de la UNAM, por dos razones: la primera fue que se contó con el permiso de la jefa del departamento de metodología de la facultad. La segunda razón fue,

que en el momento de la aplicación del instrumento, se encontraban concentrados en un solo lugar, lo cual facilitó el proceso de aplicación.

#### **4.8 Instrumento**

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC), creado por Toro, Salamero y Martínez. Influencias culturales relevantes o justificar adelgazamiento por razones estéticas y sociales. Fue elaborado y validado en una muestra española de 59 anoréxicas y 59 controles.

Está compuesto de 35 preguntas que evalúan la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales.

Factor I.– Malestar por la imagen corporal: Incluye las preguntas [4, 5, 11, 13, 16, 17, 25, 31] que muestran ansiedad al enfrentarse a situaciones que cuestionan el propio cuerpo o que propician el deseo de igualarse a los modelos sociales de delgadez obvios y sistemáticos. Este factor también incluye la práctica de restringir los alimentos por el propio sujeto.

Factor II. – Influencia de la publicidad: Incluye ocho preguntas [6, 8, 9, 15, 21, 28, 33, 38], todas ellas relativas al interés que despierta la publicidad de productos adelgazantes.

Factor III. – Influencia de mensajes verbales: Incluye las preguntas [19, 23 y 26], que se relacionan con el interés que suscitan los artículos, reportajes, libros y conversaciones sobre el adelgazamiento.

Factor IV. – Influencia de los modelos sociales: Incluye las preguntas [1, 12, 27 y 37], relativas al interés que despiertan los cuerpos de las actrices, de los modelos publicitarios y de los transeúntes.

Factor V. – Influencia de las situaciones sociales: Las preguntas [40, 3 y 34], que forman este factor, se refieren a la presión social subjetiva experimentada en situaciones alimentarias, y a la aceptación social atribuida a la delgadez.

El CIMEC demostró ser útil para los investigadores interesados en ulteriores estudios sobre la influencia sociocultural respecto al modelo estético corporal en México. No obstante, falta revisar su validez predictiva en pacientes con trastorno alimentario y población normal.

Las respuestas son evaluadas en una escala de tres puntos:

Sí, siempre= 2

Si, a veces= 1

No, nunca= 0

Una puntuación mayor denota una mayor influencia de los modelos sociales. Su puntuación máxima es de 60 y la mínima es de 0. (Vázquez, Alvarez & Mancilla, 2000)

#### **4.9 Procedimiento**

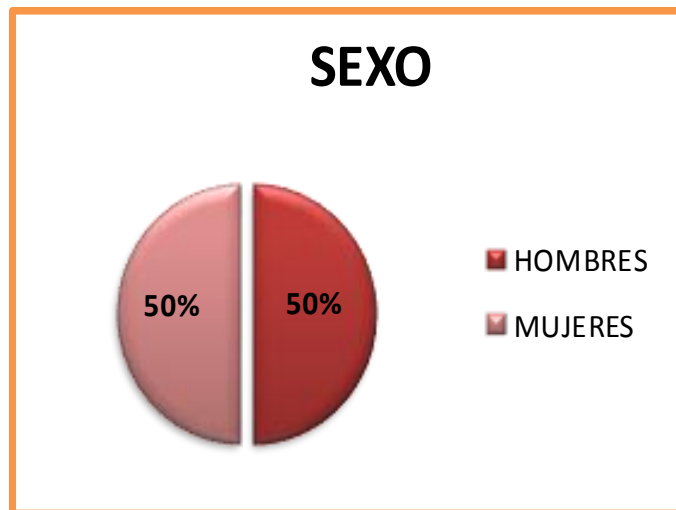
Para realizar el presente estudio, se estableció comunicación formal, con la jefatura de Odontología Preventiva y Salud Pública, en virtud a que ésta jefatura es una de las que se aboca a la exploración de eventos que pueden incidir en la salud física y emocional. La comunicación se estableció con la Facultad de Odontología de la UNAM, debido a que, tiene implementado semestralmente la titulación a través de ocho seminarios y en promedio se inscriben 200 alumnos por cada uno, lo cual facilitó el contar con una muestra de población controlada, ya que en la clínica periférica Magdalena- Contreras, se imparten durante 3 semanas asignaturas de tronco común y la facilidad de contar con la totalidad de los alumnos era la forma más viable para aplicar la herramienta a un grupo de entre 20 a 30 años.

Participaron alumnos inscritos en el seminario de titulación de la facultad de Odontología. En el auditorio de la clínica Padierna, se les explicaron los objetivos del estudio, y se solicitó su consentimiento informado para responder el formulario que se les suministró. Se les solicitó la respondieran de manera anónima, es decir, solo acentuaran su edad y sexo, sin registrar el nombre y apellido. El instrumento, requería respuestas con escalamiento de Likert, cabe destacar, que la encuesta ya se encuentra validada desde 1994, por Toro, Salamero y Martinez. La información se capturó utilizando SPSS V-20, y se realizó la estadística descriptiva en función a distribuciones porcentuales y promedios y posteriormente se redactó el informe final.

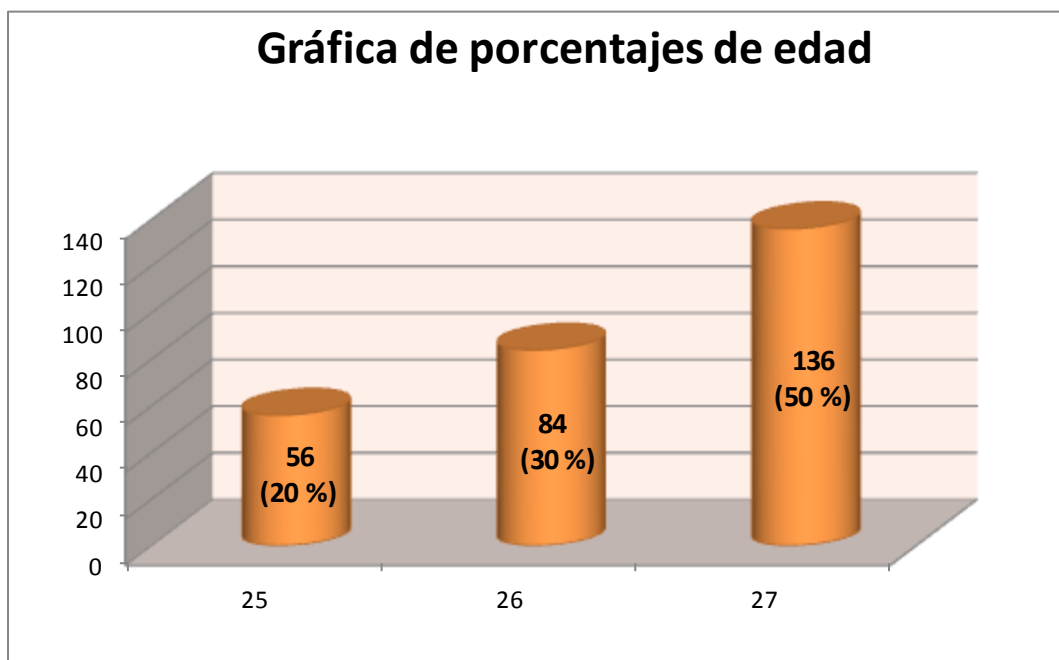
## CAPÍTULO V. RESULTADOS

### 5.1 Análisis de resultados y gráficas

En el estudio participaron 276 alumnos, el 50 % correspondió al sexo masculino y el 50 % al femenino.



El promedio de edad fue 25 A 27 años, siendo el más alto promedio de 27años (DE=±2.6). Distribuyéndose de la siguiente manera:



En el análisis de resultados, se implementaron cuadros en lugar de gráficas debido a la cantidad de preguntas de cada factor. La gráfica podría resultar un tanto confusa y poco entendible. En la selección de reactivos en los siguientes cuadros, se eligieron aquellos que se encontraron mayormente relacionados al tema de la imagen corporal y a los medios de comunicación mencionados en el marco teórico

### **Factor I: Influencia de la publicidad**

| <b>Cuadro 1</b>   |  |                    |          |                |          |                  |          |
|---|--|--------------------|----------|----------------|----------|------------------|----------|
| <b>Distribución porcentual de respuestas sobre el Factor I: Influencia de la publicidad, del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)</b> |  |                    |          |                |          |                  |          |
| <b>Item</b>   |  | <b>Sí, siempre</b> |          | <b>A veces</b> |          | <b>No, nunca</b> |          |
|   |  | <b>F</b>           | <b>M</b> | <b>F</b>       | <b>M</b> | <b>F</b>         | <b>M</b> |
| <b>1</b>  | <b>¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?</b>               | 6%                 | 6%       | 30%            | 46%      | 64%              | 48%      |
| <b>2</b>  | <b>¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?</b>                | 3%                 | 4%       | 25%            | 38%      | 72%              | 58%      |
| <b>3</b>  | <b>¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?</b>                     | 4%                 | 4%       | 31%            | 42%      | 65%              | 54%      |
| <b>4</b>  | <b>¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?</b>    | 2%                 | 6%       | 17%            | 32%      | 81%              | 62%      |
| <b>5</b>  | <b>¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?</b> | 3%                 | 8%       | 30%            | 46%      | 67%              | 46%      |
| <b>6</b>  | <b>¿Te interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?</b>                | 4%                 | 6%       | 46%            | 46%      | 50%              | 48%      |



|    |   |     |     |     |     |     |     |
|----|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 7  | ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?   | 2%  | 2%  | 7%  | 17% | 91% | 81% |
| 8  | ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?   | 5%  | 2%  | 14% | 21% | 81% | 77% |
| 9  | ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad? | 7%  | 17% | 57% | 57% | 36% | 26% |
| 10 | ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oye o ves un anuncio dedicado a ellas?               | 4%  | 6%  | 25% | 25% | 71% | 69% |
| 11 | ¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?                               | 3%  | 7%  | 31% | 50% | 66% | 43% |
| 12 | ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?                      | 3%  | 12% | 40% | 50% | 57% | 38% |
| 13 | ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?                                | 16% | 3%  | 27% | 47% | 72% | 50% |
| 14 | ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?                    | 16% | 3%  | 28% | 31% | 71% | 67% |

Al codificar la información referente a este factor, se observó que la mayoría de las respuestas se dieron en el sentido A veces y No, nunca. A más de la cuarta parte de los encuestados les llama la atención los anuncios adelgazantes, los anuncios que aparecen en revistas, TV, y libros. Solamente en los ítems que se refieren al uso de laxantes, fue rotunda la respuesta No, nunca en ambos sexos.

De acuerdo a las respuestas de las preguntas que se consideraron más relevantes para el análisis del estudio, se puede observar que el 42% de los hombres contestaron que **A veces** les llama la atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes (ítem 3), en contraste con las mujeres quienes respondieron en un 31% en la misma respuesta.

Acercas de tener la intención de utilizar cremas adelgazantes (ítem 4), las mujeres respondieron negativamente en un 81%, en contraste con los varones quienes respondieron en un 62%. Sin embargo, el 32% de los hombres en comparación con el 17% de mujeres, contestaron que **A veces** les surgía la intención de utilizar cremas adelgazantes.

Se puede observar que tanto hombres como mujeres en su mayoría, contestaron que **No nunca**, les interesan los libros, artículos de revista, anuncios, etc. que hablan de calorías (ítem 6), sin embargo, el 46% de hombres y de mujeres, respondieron que **A veces** si les llama la atención lo mencionado.

De acuerdo a que si les llama la atención el uso de laxantes (ítem 7), el 91% de mujeres y el 81% de hombres contestaron que **No, nunca**. Por otro lado, en la respuesta **A veces**, las mujeres respondieron en un 7%, mientras que los hombres respondieron con un 17%.

El 7% de mujeres, en comparación con el 17% de hombres contestaron que **Sí, siempre** les interesaban los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad (ítem 9). Sin embargo, obsérvese que más de la mitad de los encuestados, 57 % tanto hombres, como mujeres, seleccionaron la respuesta **A veces**.

El 31% de las mujeres, en contraste con el 50% de los hombres, contestaron que **A veces** hablan con sus compañeros y amigos acerca de productos o actividades adelgazantes (ítem 11). Las mujeres fueron las que a partir de ítems sobre consumo de bebidas adelgazantes, recuerdo de frases que acompañan a los productos adelgazantes y si comentan con sus iguales acerca de anuncios sobre estos productos (ítems 10, 12, 13 y 14) respondieron en más del 70%, **No, nunca**.

## Factor II: Malestar por la imagen corporal

| <b>Cuadro 2</b>   |   |             |     |         |     |           |     |
|---|---|-------------|-----|---------|-----|-----------|-----|
| <b>Distribución porcentual de respuestas sobre el Factor II: Malestar por la imagen corporal , del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)</b> |   |             |     |         |     |           |     |
| Ítem  |   | Sí, siempre |     | A veces |     | No, nunca |     |
|   |   | F           | M   | F       | M   | F         | M   |
| 15  | ¿Te atrae y a la vez te angustia contemplar tu cuerpo en un espejo, en un en un aparador etcétera por verte “gordito o gordita”?                            | 9 %         | 21% | 50%     | 49% | 41%       | 30% |
| 16  | ¿Te angustia ver pantalones, u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?   | 11%         | 24% | 42%     | 44% | 47%       | 32% |
| 17  | ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?  | 7 %         | 9%  | 45%     | 52% | 48%       | 39% |
| 18  | ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera (o ligero) de ropa o tener que usar traje de baño?   | 7%          | 12% | 30%     | 41% | 63%       | 47% |
| 19  | ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos seas mujer o seas hombre?   | 10%         | 12% | 16%     | 30% | 74%       | 58% |
| 20  | ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar alguna temporada?   | 10%         | 16% | 62%     | 67% | 28%       | 17% |
| 21  | ¿Te angustia que te digan que estas “llenita o llenito”, “gordita o gordito”, “redondita o redondito” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo? | 12%         | 21% | 32%     | 41% | 56%       | 38% |

|    |  |     |     |     |     |     |     |
|----|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 22 | ¿Envidias la delgadez de las o los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir? | 7%  | 14% | 21% | 27% | 72% | 59% |
| 23 | ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?                       | 13% | 8%  | 5%  | 30% | 62% | 52% |
| 24 | ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?                                   | 3%  | 5%  | 31% | 37% | 66% | 58% |

Éste factor consta de 10 ítems, en los cuales se pudo observar en menor proporción las respuesta **Si, siempre**. Paralelamente se identificó que los hombres representan el mayor porcentaje en la mayoría de las preguntas, y en todas las respuestas.

En ítems como si el encuestado siente angustia al contemplar su cuerpo por verse “gordito”, observar que las prendas de vestir quedan estrechas, si habían hecho dietas para adelgazar y sentir angustia por la llegada del verano, fueron en los que se recibieron casi la mitad de respuestas **Si, a veces**, tanto en mujeres como en varones. Se observó que es a las mujeres a las que les angustia menos ver excesivo volumen en las caderas y muslo que a los varones (ítem 19).

De acuerdo a la pregunta de que si los participantes han hecho ejercicio con la intención de adelgazar (ítem 20), los varones respondieron, en un 67%, en contraste con las mujeres en un 62%, que **A veces** recurrían a eso.

Se puede observar que tanto mujeres, en un 72%, y hombres, en un 59%, negaron rotundamente el hecho de envidiar la delgadez de los y las modelos que aparecen en desfiles de moda (ítem 22).

### Factor III: Influencia de los modelos sociales.

Cuadro 3

Distribución porcentual de respuestas sobre el Factor III: Influencia de los modelos sociales, del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC).

| Ítem |  | Sí, siempre |     | A veces |     | No, nunca |     |
|------|--|-------------|-----|---------|-----|-----------|-----|
|      |  | F           | M   | F       | M   | F         | M   |
| 25   | Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices fijándote especialmente en si son gordas o delgadas? | 7%          | 10% | 37%     | 48% | 56%       | 42% |
| 26   | ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?        | 7%          | 11% | 28%     | 23% | 65%       | 66% |
| 27   | Cuando vas por la calle ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?             | 5%          | 10% | 36%     | 45% | 59%       | 45% |
| 28   | ¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas con trajes de baño o ropa interior?                       | 9%          | 11% | 59%     | 45% | 32%       | 44% |
| 29   | ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?                        | 17%         | 9%  | 47%     | 28% | 36%       | 63% |
| 30   | Cuando comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?            | 3%          | 8%  | 24%     | 19% | 73%       | 73% |

Este factor consta de 6 ítems y de nueva cuenta, en la totalidad de los ítems la respuesta **Si, siempre** representó el menor porcentaje por ambos sexos.

Las mujeres contestaron que **No, nunca**, en un 56 %, a la pregunta de que si cuando ven una película, se fijan específicamente en si las actrices son gordas o delgadas su mayoría (ítem 25), mientras que los hombres contestaron a la misma pregunta y en su mayoría (48%) que **A veces** lo hacen. Los varones afirmaron en

un 45%, en contraste con las mujeres en un 36%, que **A veces** cuando caminan por la calle, se fijan en las personas que pasan para ver si son gordas o delgadas (ítem 27).

Llamó la atención, que la mayor parte de las mujeres (59%), les atraen las fotografías y anuncios de muchachas con trajes de baño o ropa interior (ítem 28), en comparación con el 45% de los hombres. En la pregunta referente a que si les resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas de las que no lo son, el 47% de las mujeres, en contraste con el 28 % de hombres, respondieron que **A veces**.

#### **Factor IV: Influencia de las situaciones sociales.**

| Cuadro 4  |  |             |     |         |     |           |     |
|---|--|-------------|-----|---------|-----|-----------|-----|
| Distribución porcentual de respuestas sobre el Factor IV: Influencia de las situaciones sociales, del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC). |  |             |     |         |     |           |     |
| Ítem  |  | Sí, siempre |     | A veces |     | No, nunca |     |
|   |  | F           | M   | F       | M   | F         | M   |
| 31  | ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?        | 23%         | 26% | 63%     | 58% | 14%       | 16% |
| 32  | ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar? | 26%         | 22% | 61%     | 62% | 13%       | 16% |
| 33  | ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido alguna dieta adelgazante?                                  | 28%         | 27% | 61%     | 65% | 11%       | 8%  |
| 34  | ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?        | 18%         | 12% | 62%     | 60% | 20%       | 28% |
| 35  | ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?                     | 10%         | 7%  | 47%     | 41% | 43%       | 52% |

**Para valorar este aspecto se realizaron 5 ítems, y se observó que la mayoría de los respondientes de ambos géneros, se centraron en la opción Si, a veces.**

Más de la mitad, tanto hombres como mujeres, aceptó tener una compañera angustiada con su peso o forma del cuerpo, casi en el mismo porcentaje respondieron tener una amiga que realiza ejercicios para adelgazar, que haya seguido una dieta con el mismo objetivo (ítems 31, 32 y 33).

El 62% de las mujeres manifestaron saber que sus amigas están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y casi en el mismo porcentaje fue la respuesta de los varones, al menos el 20% de los respondientes mencionaron creer que sus amigas o compañeros han seguido una dieta para adelgazar. (Ítems 33-34).

## **CAPÍTULO VI DISCUSIONES Y CONCLUSIONES**

### **6.1 Discusiones**

Los resultados obtenidos en la presenta investigación, pusieron en evidencia que una gran proporción de hombres se encuentran interesados en los aspectos estéticos, manifestando interés en los diferentes factores que componen la escala CIMEC, como el uso contrario a lo que socialmente prevalece en el sentido de que las mujeres son las únicas que se interesan por esos temas.

Autores como Santoncini & Romo (2010), mencionan que las conductas que caracterizan a los TCA se consideran propias del género femenino, sin embargo en los resultados se pueden describir diferentes hallazgos. La mayor proporción de hombres, en comparación con las mujeres, contestaron que siempre les llama la atención los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de obesidad, lo cual alude a que los varones se encuentran más preocupados y más interesados en temas que se relacionen con la alimentación, que las mujeres.

Una cantidad mayor de hombres en relación a las mujeres, contestaron que a veces tienen intención de usar cremas adelgazantes, posiblemente debido a que las mujeres recurren a otras herramientas para bajar de peso, como el seguimiento de dietas o el uso de laxantes. (Ruiloba & Cercós, 2005).

El uso de laxantes sigue siendo un ítem que se responde de manera cautelosa, grupo de mujeres, menor al de hombres, respondieron que a veces les llama la atención el uso de los mismos, posiblemente debido a que los varones se encuentran de igual manera que las mujeres, susceptibles a la presión social de bajar de peso y a buscar cualquier vía para hacerlo, hecho que no es factible compararlos con resultados publicados anteriormente, debido a que la literatura consultada no hace referencia a esto.

Tanto hombres como mujeres, en su mayoría, negaron que les interesaran los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablen de calorías, sin embargo un alta proporción de ambos géneros, contestaron que a veces les interesa, esto quiere decir, que existe un gran porcentaje de encuestados, mujeres y varones, que se encuentran vulnerables y sienten curiosidad ante la información que



proporcionan los medios gráficos referente a la pérdida de calorías, y como menciona Rosales (2002, citado en Peyrço & Oñate, 2011) la influencia publicitaria de mayor impacto social, es la que se transmite por medio de representaciones gráficas y no por su lenguaje verbal.

Jayne (1999, citado en Fernández, 2005) expone la idea de que la masculinidad se asocia al poder económico y adquisitivo y la feminidad a la estética y belleza, sin embargo, el mayor porcentaje de hombres, en comparación con las mujeres, contestaron que a veces hablan con sus compañeros y amigos acerca de productos o actividades adelgazantes, lo cual indica que los hombres intercambian más información que las mujeres con respecto a las diferentes formas para bajar de peso o tener un control del mismo, debido a que tienen mayor preocupación por acercarse al estereotipo social que predomina en su cultura, en éste caso se ya no solo es considerada la parte estética en el estereotipo femenino.

La población masculina, en relación con las mujeres, sienten mayor angustia al contemplar su cuerpo y verse “gordito”, al igual que observar que las prendas les quedan estrechas, lo cual indica que la preocupación por la imagen corporal se ha extendido de igual manera a ambos sexos, gracias al mayor impacto que tienen los medios de comunicación en la actualidad, ya que dichos medios, transmiten imágenes que se presentan de manera persistente, hasta que se establecen como una realidad.

La mayoría de hombres afirmaron que cuando caminan por la calle se fijan en las personas que pasan para ver si son gordas o delgadas, esto posiblemente indica que los varones tienden más a comparar sus propios cuerpos con el de las otras personas a su alrededor.

Tanto mujeres y hombres, en su mayoría, negaron rotundamente el hecho de envidiar la delgadez de los y las modelos que aparecen en desfiles de moda, esto posiblemente debido a que el promedio de edad es de 27 años, lo cual puede aludir a que en esta etapa se consideran personas capaces de reconocer sus propios defectos y virtudes, así como de discernir del estereotipo que plantean los modelos.

A su vez, también se encontraron hallazgos que fortalecieran a los ya obtenidos en otras investigaciones anteriores. A la mayor parte de las mujeres, les atraen las fotografías y anuncios de muchachas con trajes de baño o ropa interior, esto posiblemente debido a que las mujeres se encuentran más al pendiente de la moda, por visualizarse a través de las fotografías utilizando cierto producto o por imaginar su cuerpo parecido al de las modelos.

El mayor porcentaje de las mujeres, en contraste con el de los hombres, respondieron que a veces resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son, lo cual significa que las mujeres tienen más interiorizado el estereotipo de mujer carismática y exitosa, que los medios de comunicación han creado e implementado en la sociedad.

## **6.2 Conclusiones**

De acuerdo a los datos obtenidos de la prueba CIMEC, así como lo que perfila al marco teórico referente a la Anorexia y a los medios de comunicación, se pone en evidencia que los medios de comunicación influyen de manera indirecta en una menor proporción de los respondientes en términos de la alteración de la imagen corporal en estudiantes universitarios, ya que al parecer, en esta etapa de su vida no se encuentran tan susceptibles a los mensajes provenientes de los medios, específicamente de la televisión, publicidad e internet. Sin embargo, se encontraron otros datos relevantes que facilitarían el campo de la investigación de la AN, relacionada a la difusión de la información y a los TCA en general.

El sexo masculino muestra mayor preocupación por los anuncios publicitarios, manifestando inconformidad con su imagen corporal en contraste con el sexo femenino, hecho que demuestra el aumento gradual de casos de hombres que puedan llegar a ser vulnerables a desarrollar un TCA, especialmente AN, como indican Shisslak, Crago & Estes (1995, citado en Santoncini & Romo, 2005)

De acuerdo con Ruiloba y Cercós (2005), un rasgo característico de las personas que padecen AN, es la conflictiva social. El rechazo, la aceptación social, el sentimiento de pertenencia y las opiniones de los otros, representa un factor sumamente importante tanto para hombres como para mujeres, al momento de

identificar los casos prevalentes de Anorexia Nerviosa, ya que funcionan como principales factores de riesgo de influencia social en las actitudes, las prácticas y sobre todo, en la toma de decisiones.

Lo anterior ha convertido al modelo actual en que se desenvuelven los jóvenes en una cultura regida y manipulada por los medios de comunicación donde, en gran medida, la presencia e influencia de factores como diferentes perfiles de educación, estética estereotipada y las relaciones sociales preestablecidas entre ellos son factores a considerar en algunos casos como factores de riesgo en constante relación social.

## **6.2 Sugerencias**

De acuerdo a los datos obtenidos de la tesis, dentro del apartado de recomendaciones y sugerencias, se considera que:

1. En el área de prevención, se considera que es necesario realizar más estudios en los grupos etarios de 18 a 26 años, para poder contar con una línea basal más consistente que permita emitir conclusiones más significativas ya que la información obtenida en muestras reducidas puede llegar a reflejar solo una parcialidad del riesgo de padecer AN.

2. Por otro lado, los riesgos de desarrollo de AN, de acuerdo a la literatura, se presentan desde edades tempranas, por lo cual se puede implementar un proyecto de vigilancia epidemiológica que contengan evaluaciones longitudinales de un año. Dicho proyecto debe ser supervisado por un conjunto de expertos dentro del área de la salud mental, médicos, psiquiatras y psicólogos, y principalmente enfocado en la población adolescente, tanto hombres como mujeres, y de ahí pasar a otro tipo de población.

3. Un aspecto relevante dentro de la investigación de los TCA, es la implementación de estudios actuales acerca de los mismos, así como la publicación de los resultados de investigaciones, como por ejemplo de ésta tesis, para hacer difusión e implementar programas de educación para la salud. Actualmente se están llevando a cabo campañas contra la obesidad,

sin embargo no se incluyen ni la Bulimia ni la Anorexia, lo cual es preocupante, debido a que cada vez existen más casos de incidencia de ambas y la población no está consciente de eso, o desconoce la forma de identificar otro TCA, que no sea tan evidente como la obesidad.

4. Pláticas informativas con familiares, amigos y conocidos, para que conozcan diferentes herramientas para tratar a pacientes con AN o abordar a personas que sean propensas a desarrollarla.

5. Implementar en las escuelas diversos talleres curriculares que engloben la práctica deportiva y/o cultural, para que los estudiantes inviertan su tiempo en actividades que reduzcan el estrés y su participación dentro de las redes sociales o medios de comunicación. Se deben elaborar nuevas estrategias motivacionales con respecto al ejercicio y a la alimentación, por salud y gusto y no por apariencia.

6. Desarrollar talleres dirigidos a padres de familia, con la finalidad de que tengan una buena comunicación con sus hijos, así como incitarlos a la práctica deportiva o cultural fuera del horario escolar, ya que en muchos casos los mismos padres son los que restringen a los hijos, por falta de tiempo o dinero, y los ponen a ver televisión o jugar videojuegos.

7. Reforzar el autoestima y seguridad de los niños y adolescentes, con el objetivo de que no se encuentren tan susceptibles a los mensajes provenientes de los medios de comunicación, sin la necesidad de eliminarlos del todo. Mantener una conciencia de que no todo lo que se ve en la publicidad, el internet y la televisión es verídico, lo cual fomentara que se desarrollen capacidades, tales como la crítica, la indagación y el auto-análisis. Lo importante de los talleres o pláticas es que sean constantes, que formen parte de un proyecto a largo plazo y no solo de uno o dos días, para poder así realmente generar cambios significativos en las personas.

## REFERENCIAS

1. Abdalá, G., Sklar, C., Salazar, E., Arrieta, F., Laca, B. & Barrón, J. (2011). *Anorexia nerviosa, enfermedad con repercusiones cardíacas: reporte de un caso*. *Medicina Interna de México*. 27 (6). 616-620. Recuperado: 2014, 25 de Enero. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2011/mim116n.pdf>
2. Academia de la conducta para trastornos de la conducta alimentaria. (2012). *Reporte AED. Trastornos de la conducta alimentaria: puntos Críticos para un Reconocimiento Temprano y Manejo de Riesgos Médicos en el Cuidado de Individuos. con Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2nda ed. Autor.
3. Aigner, M., Treasure, J, Kaye, Kasper, S. & World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). (2011). *The World Journal of Biological Psychiatry*. 12. pp. 400–443.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.
5. Balenciaga, I. (2007). *La anorexia. Una patología cultural e irracional de la modernidad*. *Gazeta de Antropología*. 22 (15). Recuperado: 2014, 03 de Febrero.
6. Barberá, E. & Benlloch, I. (2004). *Psicología y género*. (S/E). España, Madrid: PEARSON PRENTICE HALL.
7. Baron, R. & Byrne, D. (2005). *Psicología social*. Ed: 10<sup>ma</sup>. España, Madrid: Pearson, Prentice Hall.

8. Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología, Volumen I*. España, Madrid: Mc Graw Hill.

9. Benavides, P. A. (2010). *El impacto de las redes sociales y el internet en la formación de los jóvenes de la Universidad Politécnica Salesiana*. (Tesis de licenciatura en comunicación social.

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA SEDE QUITO FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA EDUCACIÓN CARRERA DE COMUNICACIÓN SOCIAL

10. Bisquerra, R. & Filella, G. (2003). Educación emocional y medios de comunicación. *Comunicar*. (20). pp. 63-68. Grupo comunicar, España.

11. Borrego, H. O. (2000) *Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y Bulimia*. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 24 (2). 44-50. Recuperado: 2014, 28 de Enero. Disponible: [http://www.catbarcelona.com/pdf/biblioteca/anorexia-y-bulimia/4\\_-\\_7\\_-\\_tratamiento\\_de\\_los\\_trastornos\\_de\\_la\\_conducta\\_alimentaria.pdf](http://www.catbarcelona.com/pdf/biblioteca/anorexia-y-bulimia/4_-_7_-_tratamiento_de_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria.pdf)

12. Bretones, (Sin fecha), LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE MASAS: DESARROLLO Y TIPOS. Universitat de Barcelona. Recuperado: 2014, 20 de Septiembre. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/5924/1/Los%20medios%20de%20comunicaci%C3%B3n%20de%20masas.%20Desarrollo%20y%20Tipos.%20Bretones.pdf>

13. Campos, E. (2004). INTERNET Y SOCIEDAD: RELACIÓN Y COMPROMISO DE BENEFICIOS COLECTIVOS E INDIVIDUALES. *Revista Digital Universitaria*. 5 (8).

14. Calero, M. R. (2010) INFLUENCIA DE INTERNET EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMER SEMESTRE DE CARRERA DE

ADMINISTRACIÓN DEL ISTP ARGENTINA. FACULTAD DE EDUCACIÓN  
Maestría en Educación. Universidad de Piura.

**15.** Cataldo, F. (2013). *Textiles y prendas inteligentes al servicio de pacientes con bulimia y anorexia*. Proyecto de graduación. Universidad de Palermo: Facultad de diseño y comunicación.

**16.** Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.(2004). *Guía de trastornos alimenticios*.1ª ed. México:Salud.

**17.** Cestaro, O. A. (S/A). *Trastorno de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa- Bulimia Nerviosa*. CARRERA DE MEDICOS ESPECIALISTAS EN PSIQUIATRIA.

**18.** Organización Mundial de la Salud (1992). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.

**19.** Cordás, T. (2004). *Trastornos alimenticios: clasificación y diagnóstico*. Revista Psicología clínica. 31 (4). pp. 154-157.

**20.** Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1998). *ANOREXIA Y BULIMIA LO QUE HAY QUE SABER: Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. 1ª ed. Barcelona, España: Gedisa, S.A.

**21.** Duran, M. V. (2011). *LA INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD, ENTRE OTROS*

*FACTORES SOCIALES, EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA*. (Tesis doctoral inédita).

**22.** Esparcia, A. (2011). LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO ACTORES SOCIALES Y POLÍTICOS. Poder, Medios de Comunicación y Sociedad. *RAZÓN Y PALABRA*. (75).

**23.** Esperón, C. & M. J. Sanz (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Barcelona, España: Médica Panamericana.

**24.** Fernández, M., Otero, M. & Castro, Y. (2005). TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA EXPOSICIÓN A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN CHICAS ADOLESCENTES. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. INTITUTO DE LA MUJER. UNIVERSIDAD DE VIGO.

**25.** Ferrer, E. (2010). *Los conceptos de la publicidad: la publicidad, fenómeno extraordinario, el lenguaje de la publicidad, la sociedad de consumo y la publicidad*. 4<sup>ta</sup> ed. México: Trillas.

**26.** Gabarnik, C.E. (2009). ESTEREOTIPOS SOCIALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN: UN CÍRCULO VICIOSO. *Question: revista especializada en periodismo y comunicación*. 1 (23). (s/pp). Recuperado: 2014, 20 de Abril. Disponible: <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/826>

**27.** García, H. (2010). *USO DE LA INTERNET COMO HERRAMIENTA DE APRENDIZAJE EN LOS ALUMNOS DE TERCER GRADO DEL CBTIS 231 EN SANTA MARÍA HUATULCO, GENERACIÓN 2006-2009*. (Tesis licenciatura en ciencias de la comunicación). Bahías de Huatulco, Oaxaca.



- 28.** García, M. (2006). *Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México*. Episteme: docencia e investigación, un solo espacio. No. 8-9. Año 2. Recuperado: 2013, 03 de Noviembre.
- 29.** Gempeler, J. (2010). Remediación cognoscitiva para la anorexia nerviosa. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 39 (4). 749-757. Recuperado: 2014, 20 de Marzo.
- 30.** Goldman, H. (2001). *Psiquiatría general*. 5<sup>ta</sup> ed. México: Manual Moderno.
- 31.** Gómez, J. I. (1999). Estereotipos en los medios: educar para el sentido crítico. *Comunicar: revista de comunicación y educación*. No. 12.
- 32.** González, M., González, I. & Vicencio, K. (2014). Descripción del rol autopercebido del psicólogo y sus implicancias en los procesos de formación de pregrado. *Psicoperspectivas*. 13 (1).
- 33.** Gordillo, F., Arana, J.M., Salvador, J. & Mestas, L. (2011). Tomar decisiones con anorexia nerviosa: implicaciones en el desarrollo y tratamiento de la enfermedad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (13). 1416-1436.
- 34.** Goya, E. (2012). *Medios de comunicación masiva*. 1<sup>ra</sup> ed. Estado de México, Red Tercer Milenio.
- 35.** Gruyters, W. (S/A) Universidad de Groningen. Cómo la televisión ejerce influencia en la sociedad. Recuperado: 2014, 15 de Octubre. Disponible en: <http://www.let.rug.nl/~dejonge/courses/ckio/web/trabajos/gruyters>.

**36.** Halgin, R.P. & Whitbourne, S.K. (2009). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. 5<sup>ta</sup> ed. D.F., México: McGRAW HILL.

**37.** Hernández, I. (2004). Desnutrición en Anorexia Nerviosa: enfoque psicosomático y tratamiento multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria*, 4 (19) 225-228 Recuperado: 2014, 12 de Marzo. Disponible: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112004000400004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112004000400004&script=sci_arttext)

**38.** Jiménez, M., Pascual, C. & Lara, E. M., (Sin fecha), INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD EN LAS TENDENCIAS SOCIALES: UNA APROXIMACIÓN EXPLORATORIA AL MERCADO PUBLICITARIO ESPAÑOL. Disponible: <file:///C:/Users/Banux%20!!!/Downloads/Dialnet-InfluenciaDeLaPublicidadEnLasTendenciasSociales-2739138.pdf>

**39.** Kimble, C., Hirt, E. & Loving, R. (2002). 1<sup>era</sup> ED. *Psicología Social de las Américas*. México: Pearson Educación.

**40.** Leonhardt, P. & Mateo, P. (2008). LA INFLUENCIA DEL MEDIO TELEVISIVO EN EL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN DE LA INFANCIA. *Teoría de la educación. Educación y cultura en la Sociedad de la información*. 9 (3) pp. 200-208.

**41.** Mandich, C.V, Delucchi, C.V. & Troncoso, A. L. (2010). *Trastornos de la conducta alimentaria: reflexionando en torno a las variables socioculturales*. Revista Mexicana de trastornos alimenticios. Recuperado: 2014, 13 de Diciembre. Disponible en: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3983851.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3983851.pdf)

**42.** Marín, I., Sánchez, M. L., & Lopez, E. J. (2005) Anorexia Nerviosa y práctica de ejercicio físico para perder peso. *apunts: EDUCACIÓN FISICA Y DEPORTES*. 4.º trimestre. Pp. 12-18.

**43.** Mehta, S. & Treasure, J. (2009). *Causas de la anorexia nerviosa*. *Psiqu. Biol.* 16 (1). 32-7. Recuperado: 2014, Enero 20 de enero. Disponible: <http://zl.elsevier.es/es/revista/psiquiatria-biologica--46/causas-anorexia-nerviosa-13135535-reviews-2009>

**44.** Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.

**45.** Morgades, P. (2003). *La anorexia nerviosa y la bulimia: un problema de todos*. España, Madrid: Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid.

**46.** Noguero, A. (2008). Diferencias conceptuales entre publicidad y propaganda: una aproximación etimológica. *QUESTIONES PUBLICITARIAS*. 1 (12) pp. 43-61.

**47.** Orozco, S. (2013). ¿Influyen el Internet, las redes sociales electrónicas y otras herramientas educativas en el desarrollo de anorexia y bulimia nerviosas? *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. 33(1). pp. 38-42.

**48.** Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J. & Jiménez, V. (2007). FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACION EN ADOLESCENTES DE LIMA METROPOLITANA. *Psychology International*. 18 (4). Recuperado: 2014, 03 de Febrero. Disponible: <http://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf>

**49.** Petitbò, M. D., Alda, J. A., Castro, J., Soutullo, C. & Arango, C. (2009) *Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo*. Faros Sant Joan de Déu, [s.n].

**50.** Peyró, C. & Oñate, C. (2011). La influencia de modelos somáticos publicitarios en la vigorexia masculina: un estudio experimental en adolescentes. *ZER*, 16 (31) pp. 265 – 284.

**51.** Pinel, J. (2006). *Biopsicología*. 6<sup>ta</sup> ed. Madrid, España: ADDISON-WESLEY

**52.** Pre universitario Popular Victor Jara, (Sin fecha), Área de lenguaje y comunicación.

**53.** Quin, R. (1996). ENFOQUES SOBRE EL ESTUDIO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN: LA ENSEÑANZA DE LOS TEMAS DE REPRESENTACIÓN DE ESTEREOTIPOS. En: Aparici, R. (1996). *La Revolución de los medios audiovisuales*. (pp. 225-232). Ediciones de la Torre: Madrid.

**54.** Quiñones, T. & Robles, A. (2008). *IMAGEN CORPORAL E INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EL ALUMNADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA*. Recuperado: 2013, 03 de Noviembre. Disponible: <http://www.uco.es/IVCongresoInternacionalEducacionFisica/congreso/Documentos/001-209-564-003-001.html>

**55.** Rada, C., Lasa, I., Rahola, R. & Lozano, J.L. (2001). *MANUAL DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA: Aspectos básicos y clínicos GRUPO DE TRABAJO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN*. 1<sup>era</sup> Ed. España: EDITORIAL.

**56.** Reina, L. (2004). Juventud y medios de comunicación. La televisión y los jóvenes: Aproximación estructural a la programación y los mensajes. *ÁMBITOS*. (11-12). pp. 115-129.

**57.** Romero, H. A. (2011). *CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE NUTRICIÓN DE LA UNIVERSIDAD*. Tesis para acreditar la experiencia recepcional. Universidad Veracruzana, facultad de nutrición. Veracruz, México.

**58.** Ruiloba, J. & Cercós, L. (2005). *Tratado de Psiquiatría Volumen II*. 1<sup>er</sup> ed. México :ARS MÉDICA

**59.** Sadock, B. & Sadock, V. (2009). *Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica*. 10<sup>a</sup> ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams and Wilkins.

**60.** Saldaña, C. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario*. *Psicothema*. 13(3). 381-392.

**61.** Saldaña, J. P. (2009). Estereotipos sexuales en adolescentes. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*. 2 (2).

**62.** Santana, J. R., (Sin fecha), *Influencia de la estética en los objetos visuales*. (Programa de doctorado) *Hermenéutica filosófica y Hermenéutica cultural*.

**63.** Santoncini, C. & A. Romo. (2010). *Guía clínica para trastornos alimenticios*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

**64.** Soto, A. (2005). *Fisiopatología y diagnóstico de la anorexia nerviosa y la bulimia*. En: Soto, A. (2005). *Fisiología y fisiopatología de la nutrición: I Curso de Especialización en Nutrición*. pp. 239-256. Universidade da Coruña, [s.n].

- 65.** Toro, J. (1999). *Factores psicobiológicos en la etiopatogenia de la anorexia nerviosa*. Anuario de Psicología. 30 (2). 79-95.
- 66.** Tenzer, S. M., Ferro, O. & Palacios, N. (2009). Redes sociales virtuales: personas, sociedad y empresas. Cátedra Introducción a la computación. FCEA. Disponible en: <http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catcomp/material/RSVa.pdf>
- 67.** Vázquez, R., Gamero, J., Cunill, J.L., Moreno, A. & Luna, P.P. (2006). *Nutrición en Anorexia Nerviosa*. Endocrinología y Nutrición. 53(2). 113-23. Recuperado: 2014, 05 de Enero. Disponible: <http://zl.elsevier.es/es/revista/endocrinologia-nutricion-12/nutricion-anorexia-nerviosa-13085409-curso-formacion-continuada-endocrinologia-nutricion-2006>
- 68.** Villegas, J. C. (S/A) *Estereotipos de la mujer en la comunicación*. Recuperado: 2014, 15 de Mayo. Disponible en: <https://www.nodo50.org/mujeresred/IMG/pdf/estereotipos.pdf>
- 69.** Vázquez, R., Alvarez, G. & Mancilla, J.M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) en población mexicana. *Salud Mental*. 23 (6) pp. 18 – 24.

**ANEXOS**

## Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)

|    | Factor I: Items  | Sí, siempre | Sí, a veces | No, nunca |
|----|--|-------------|-------------|-----------|
| 1  | ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?                      |             |             |           |
| 2  | ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?                       |             |             |           |
| 3  | ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?                            |             |             |           |
| 4  | ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a estos productos?          |             |             |           |
| 5  | ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando oyes o miras anuncios dedicados a esos productos?       |             |             |           |
| 6  | ¿Te interesa n los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?                      |             |             |           |
| 7  | ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?  |             |             |           |
| 8  | ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?  |             |             |           |
| 9  | ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de obesidad? |             |             |           |
| 10 | Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o miras un anuncio dedicado a ellas?          |             |             |           |
| 11 | ¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?                            |             |             |           |
| 12 | ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta.etc?                     |             |             |           |
| 13 | ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a  |             |             |           |



## Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)

|    |  |                    |                    |                  |
|----|--|--------------------|--------------------|------------------|
|    | adelgazar?   |                    |                    |                  |
| 14 | ¿Recuerdas frases, imágenes, o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?                              |                    |                    |                  |
|    | <b>Total</b>   |                    |                    |                  |
|    | <b>Factor II: Ítems</b>  | <b>Sí, siempre</b> | <b>Sí, a veces</b> | <b>No, nunca</b> |
| 15 | ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gordita) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador etcétera?          |                    |                    |                  |
| 16 | ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?                               |                    |                    |                  |
| 17 | ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?   |                    |                    |                  |
| 18 | ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?                       |                    |                    |                  |
| 19 | ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?   |                    |                    |                  |
| 20 | ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar alguna temporada?                                    |                    |                    |                  |
| 21 | ¿Te angustia que te digan que estas “llenita”, “gordita”, “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?. |                    |                    |                  |
| 22 | ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?           |                    |                    |                  |
| 23 | ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?                           |                    |                    |                  |
| 24 | ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?                                       |                    |                    |                  |
|    | <b>Total</b>   |                    |                    |                  |
|    | <b>Factor III: Ítems</b>   | <b>Sí, siempre</b> | <b>Sí, a veces</b> | <b>No, nunca</b> |
| 25 | Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices fijándote especialmente en si son gordas o delgadas?                 |                    |                    |                  |

## Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)

|    |  |                    |                    |                  |
|----|--|--------------------|--------------------|------------------|
| 26 | ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o de las muchachas que practican gimnasia rítmica?           |                    |                    |                  |
| 27 | ¿Cuándo vas por la calle ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?            |                    |                    |                  |
| 28 | Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas en trajes de baño o ropa interior?                         |                    |                    |                  |
| 29 | ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?                        |                    |                    |                  |
| 30 | ¿Cuándo comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingieren cada una de ellas?          |                    |                    |                  |
|    | <b>Total</b>   |                    |                    |                  |
|    | <b>Factor IV Items</b>   | <b>Sí, siempre</b> | <b>Sí, a veces</b> | <b>No, nunca</b> |
| 31 | ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?        |                    |                    |                  |
| 32 | ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar? |                    |                    |                  |
| 33 | ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido alguna dieta adelgazante?                                  |                    |                    |                  |
| 34 | ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?        |                    |                    |                  |
| 35 | ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?                     |                    |                    |                  |
|    | <b>Total</b>   |                    |                    |                  |