



**Trabajo de Fin de Grado**

# **Influencia de la Publicidad en el desarrollo de trastornos de alimentación**

---

*Un estudio sobre la satisfacción corporal femenina*

**Presentado por:**

**Carmen Morano Eguino**

**Dirigido por:**

**M.<sup>a</sup> Auxiliadora Ordóñez Jiménez**



**Grado en Publicidad y Relaciones Públicas**

**Facultad de Comunicación**

**Curso 2016/17**

**D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Auxiliadora Ordóñez Jiménez**, profesora del Departamento de Psicología Social certifica que este trabajo de Fin de Grado reúne las condiciones exigibles para su presentación y defensa pública.

Sevilla, 10 de Mayo de 2017

Fdo. M<sup>a</sup> Auxiliadora Ordóñez Jiménez

## Índice

1. Resumen y palabras clave	4
2. Introducción y justificación	5
3. Marco teórico	6
3.1. Conceptualización	6
3.2. Historia	7
3.2.1. Anorexia Nerviosa	8
3.2.2. Bulimia Nerviosa	11
3.3. Características, complicaciones físicas y psicológicas.	14
3.3.1. Anorexia Nerviosa	14
3.3.2. Bulimia Nerviosa	21
3.4. Anorexia y Bulimia en Internet: Blogs Pro- Ana y Mía.	25
3.5. Estudios sobre la relación entre los MM y los TCA	26
4. Objetivos, planteamiento del problema	41
4.1. Diseño metodológico	42
4.1.1. Participantes	42
4.1.2. Diseño	43
4.1.3. Instrumentos	43
4.1.4. Procedimiento	44
4.1.5. Análisis interpretativo	44
5. Resultados y discusión	44
5.1. Resultados.	44
6. Conclusiones, consecuencias e implicaciones.	51
7. Referencias bibliográficas	54

## **RESUMEN**

Algunos autores, como Díaz, Quintas y Muñiz (2010), Guardiola (2014), Bernad (2010), Mancilla- Díaz, Lameiras-Fernández, Vázquez-Arévalo, Alvarez- Rayón, Franco-Paredes, López-Aguilar, Ocampo Téllez-Girón (2010), Cabrera (2010), establecen una clara e íntima relación entre los mensajes difundidos y recibidos a través de los medios de comunicación, la autoestima de la mujer y el desarrollo de Trastornos de la Conducta de la Alimentación (TCA). El propósito del presente estudio es profundizar en dicha relación, para lo que se realizará, en primer lugar, una contextualización sobre los TCA más conocidos (anorexia y bulimia), acompañado de un análisis sobre la presencia de los mismos, en blogs ubicados en Internet. Seguidamente, se llevará a cabo una revisión y recopilación de los artículos que tratan esta relación, junto con un breve análisis de las portadas de revistas femeninas más vendidas y sus mensajes. Por último, mediante la Escala de Estado de la Autoestima (Heatherton & Polivy, 1991), se comprobará cuál es el nivel de autoestima de las mujeres de entre 15 y 23 años, a fin de determinar el nivel de autoestima de las chicas que van a ser entrevistadas.

Palabras clave: publicidad, adolescente, mujer, anorexia, bulimia.

## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Actualmente, un 4'2% de la población femenina de entre 12 y 21 años desarrolla algún tipo de trastorno de la conducta de la alimentación (anorexia o bulimia). Teniendo en cuenta las formas más leves (entendiendo por **leve** aquellos trastornos que no terminan en muerte u hospitalización) afecta al 16% dicha. En otras palabras, **casi 2 de cada 10 chicas de entre 12 y 21 años sufre algún tipo de Trastorno de la Conducta de la Alimentación (TCA)** (Ruiz, Peláez Fernández, Calvo, Pérez, Gómez y Calado, 2016; Muñoz, 2011).

El desarrollo de TCA afecta sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes (Bermejo, Saúl y Jenaro, 2011). La anorexia es más proclive a desarrollarse durante los 14 y los 18 años, donde se hallan los picos de las gráficas más destacados. Por el contrario, la bulimia se desarrolla al final de la adolescencia, entre los 17 y 20 años. Puede incluso tener relación con determinados colectivos, como atletas, bailarinas, gimnastas rítmicas e incluso varones homosexuales. Aun así, el desarrollo de TCA en las mujeres con respecto a los hombres, mantiene una proporción de 9 mujeres por cada 1 hombre (Muñoz, 2011). Ambos TCA mantienen en común una propensión a la depresión y la ansiedad, así como una enorme influencia del entorno social, laboral, académico, familiar y de los mensajes recibidos a través de los medios de comunicación en la auto percepción.

De estos factores es producto la insatisfacción corporal y la baja autoestima, que, a su vez, pueden ser indicadores del desarrollo de un TCA. La necesidad de encajar en los cánones establecidos por la sociedad a veces nos lleva a hacer dieta constantemente o a hacer ejercicio para quemar las “calorías de más”.

A pesar de esto, los TCA no reciben, a día de hoy, la atención correspondiente a su gravedad. Y es que, en muchos casos, el deseo de las adolescentes por cumplir determinados estándares de belleza, a pesar de poder estar padeciendo una enfermedad como es la anorexia o la bulimia, se entiende como “cosas de adolescentes”.

Se pretende hacer visible el problema que supone el nivel de la autoestima de las adolescentes y jóvenes adultas, pues, a la larga puede suponer el desarrollo de un TCA. Ibáñez-Aguirre (2017) define la autoestima como: “es un componente multifacético central en el desarrollo de la personalidad del niño y del adolescente” (p.66). Entendemos, pues, que los fallos que pueden ocurrir en todos estos factores mencionados en la

definición, tendrían repercusión en la construcción de la personalidad de la adolescente, en este caso concreto, pudiendo desarrollar, potencialmente, un TCA.

En otro orden de cosas, esto demostrará la necesidad de un cambio social hacia un prototipo de belleza más amplio, en el que todo el mundo pueda sentirse cómodo y satisfecho consigo mismo.

Para una mejor comprensión del objeto de estudio, comenzaremos realizando un recorrido por la historia de estos desórdenes, seguido de las principales características y complicaciones tanto físicas como psicológicas de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.

Continuaremos con un análisis de los controvertidos blogs a favor de la anorexia y la bulimia, exponiendo sus características fundamentales. Cobrará especial relevancia, una recopilación sobre los estudios más destacados referentes a la influencia de los medios de comunicación en los TCA, incluyendo una exploración de las portadas de revistas más polémicas y sus mensajes, entre otros aspectos.

Por último, realizaremos un estudio cuantitativo de la satisfacción de las mujeres con respecto a su cuerpo, utilizando la STATE SELF-ESTEEM SCALE (Escala de estado de autoestima) de Heatherton y Polivy (1991) y validada por Linton y Marriot (1996), con el objeto de conocer cómo se ven las mujeres a sí mismas y cómo creen que es la imagen que proyectan. De este modo, se podrá valorar el estado de satisfacción general de las mujeres con su cuerpo y cómo se ven en su entorno de amigos, compañeros de clase o de trabajo en esta edad, siendo un elemento muy importante, ya que la insatisfacción con el entorno y con uno mismo puede ser indicio o detonante de un TCA (Ramos Rivera, Pérez, Lara y Moreno, 2016).

## MARCO TEÓRICO

### CONCEPTUALIZACIÓN

Antes de comenzar a desarrollar este trabajo, es necesario conocer algunos aspectos del TCA como es su definición y tipología, que trataremos más adelante. Empezaremos por una definición general de los TCA, en la que coinciden la mayoría de los autores que vamos a exponer a continuación.

- **Muñoz (2011)** define, desde la especialidad de Endocrinología, los TCA en general como un problema de salud pública que afecta a países desarrollados debido a su gravedad y su duración en el tiempo. Además, apunta que en los últimos años han aumentado preocupantemente los casos.
- **Lulé, Shulze, Bauer, Schöll, Müller, Fladung & Uttner (2014)** lo definen como el trastorno psiquiátrico con la más alta tasa de mortalidad.
- **Norris, Harrison, Isserlin, Robinson, Feder & Sampson (2015)** como un desorden mental que puede culminar en graves problemas médicos potencialmente mortales.
- **Fairburn y Walsh (2002)** los definen como “la alteración de los hábitos alimentarios y de las conductas de peso que dañan significativamente la salud y el funcionamiento psicosocial de la persona”.

### HISTORIA DE LOS TCA

Para analizar la historia de los TCA recurrimos al texto de Fernández (2015) y al de Bancalero (2015) donde nos señalan que se ha establecido una relación entre la delgadez y el ideal de belleza en la mujer desde mediados del siglo XIX hasta, incluso, nuestros días, haciéndose más fuerte en el siglo XX.

A pesar de que, igual que pasa con el cáncer, cada vez encontramos más casos de TCA y, concretamente, de anorexia, no se trata una enfermedad “moderna”. En su desarrollo a lo largo de la historia, ha tenido una gran influencia de la medicina, la cultura y la religión. Contemporáneamente, estos desórdenes se han estudiado desde disciplinas variadas, como la medicina (en cuanto a que se consideró un problema digestivo, como veremos a continuación), la psiquiatría, la psicología.

## ANOREXIA NERVIOSA

La “anorexia nerviosa” aparece descrita por primera vez como síndrome, con unas características y riesgos definidos en 1873, de la mano Sir William Gull y Ernst C. Lasègue (Guardiola, 2014; Fernández 2015). Hasta este momento, los intentos de diagnóstico y de definición de la patología habían sufrido enormes variaciones, que veremos a continuación:

El término “anorexia” proviene del griego y significa “falta de apetito”. Ya en la Edad Media se registran casos de pseudo-anorexia, aunque con matices religiosos. Aparece el concepto de “*Santa Anorexia*” que salva una serie de diferencias con la anorexia nerviosa tal y como la conocemos hoy en día. Esta reside en lo que motiva este trastorno (Fernández, 2015): La “Santa Anorexia” busca purificar el cuerpo para hacerlo digno receptor del cuerpo de Dios; nada tiene que ver con un fin estético, sino purificador, religioso.

Destacamos la imagen de Santa Teresa de Ávila (Imagen 2) y Santa Catalina de Siena (Imagen 1), de la que se conoce el siguiente testimonio (Bancalero, 2015):

“Me escribisteis diciéndome en particular que rogara a Dios para que pudiera comer. Y os digo, padre mío, y os lo digo ante Dios, que de todas las maneras posibles siempre me he esforzado una o dos veces por día para ingerir alimento; y he rezado continuamente y rezo a Dios y rezaré, para que me conceda gracia en esta cuestión de comer de modo que yo pueda vivir como otras criaturas, si ésta es su voluntad, porque la mía lo es. Os digo que muchas veces, cuando hice cuanto pude, entonces me observé para comprender mi enfermedad y la bondad de Dios, quien por una muy singular gracia me permitió corregir el vicio de la glotonería. Me entristece sobremanera que yo no corrigiera esa debilidad por amor”. (Santa Catalina de Siena a un religioso florentino. 1373. (Bell (1985) pp. 23-24 en el texto de Bancalero (2015) p.7))



Imagen 1. Catalina de Siena.



Imagen 2. Teresa de Ávila

Pero es en la Edad Moderna cuando se registran los síntomas y se hace una propuesta de tratamiento. No son pocos los médicos que han intentado encontrar una definición, un patrón sintomatológico y un tratamiento para estos desórdenes. Comienzan con una asociación bastante lejana, como es la histeria o la tuberculosis, alcanzando posteriormente un punto mucho más exacto.

Hasta llegar al término “anorexia nerviosa”, encontramos diferentes estudios de médicos que, al enfrentarse con estos cuadros, los definen de diferentes maneras (Bancalero, 2015).

- El doctor **Richard Morton (1689)**, tras estudiar el caso de una adolescente, acuña el término “*consunción nerviosa*”, dado que el estado de la paciente era similar al de los que padecían la enfermedad más extendida en la época: la tuberculosis.
- El médico **Robert Whytt (1764)**, estudia a otra adolescente, y le diagnostica “*atrofia nerviosa*”.

El concepto va evolucionando siempre manteniendo el atributo “*nerviosa*”. Es con **Charles Nadeau** con quien aparece el término **anorexia** en 1769, primero asociado a la histeria.

A partir del siglo XIX, tras esta definición de **Nadeau**, la anorexia empieza a diagnosticarse como una variante de la histeria para, más tarde, pasar a relacionarse con patologías digestivas, como hizo **Louis Victor Marcé** en 1860.

Hasta este momento, como podemos ver, no se habían relacionado con trastornos psicológicos, sino con problemas digestivos o, directamente, psiquiátricos.

**P. Briquet** es el primero en realizar una división dentro de sus pacientes, obteniendo que:

- Algunas decían que les daba asco la comida,
- Otras se excusaban en dolencias físicas para no comer
- Otras, directamente, comían y se provocaban vómitos

Para finalizar los estudios desarrollados sobre anorexia llevados a cabo en el siglo XIX, encontramos a **Ernst Charles Lasègue (Francia)**, autor de la definición más completa de la época. Primero, establece el concepto “*Anorexia histérica o mental*” en 1873. Destaca cómo las pacientes niegan la enfermedad y cómo seleccionan qué alimentos consumen. Distingue entre pacientes deprimidos, que no les apetece comer porque no tienen ánimo, y los de anorexia nerviosa, que la rechazan con asco.

**Jean-Martin Charcot (1890)** aclara de la histeria (lo “nervioso” de la enfermedad) es una consecuencia, no una causa. Destaca también los comportamientos obsesivos-compulsivos.

Es imposible pasar al siglo XX sin mencionar a **Sigmund Freud**. En su obra, *Manuscrito G* (1895), se establece una relación entre la anorexia, la melancolía y el ámbito sexual, de forma que las pocas ganas de comer, influye en la ausencia o pérdida de libido.

En otra obra, *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915), habla del odio que siente la paciente hacia sí misma: busca castigarse y se niega el alimento a pesar de tener hambre.

Tras estos estudios, aún no encontramos un diagnóstico claro. De hecho, en algunos casos, se diagnosticó como algún tipo de esquizofrenia.

Avanzando en el tiempo, en el siglo XX, sobre todo a partir de los 60 encontramos un ideal de belleza bastante diferente al del siglo XIX. Este ideal de belleza versaba sobre un cuerpo extremadamente delgado, por debajo de lo que sería el peso saludable. Era mucho más importante verse muy delgada, destacando sobre todo la

cintura, para lo que se utiliza aún más el corset (Fernández, 2015).

Durante esta década, los casos de “anorexia” aumentaron y, a partir de aquí, comienza la enfermiza obsesión por la delgadez extrema, que ya no es sólo el ideal de belleza, sino una garantía de éxito social.

Desde el siglo XX, la anorexia comienza entendiéndose como una patología mental, concretamente, un desorden, que derivó en tratamientos como lobotomías y extracción de tiroides. Más tarde, pasa a entenderse como una patología endocrina, para lo que se insistía en el uso de tratamientos hormonales.

No es hasta 1990 que comienza el desarrollo farmacológico de tratamientos para estos desórdenes.

En el caso de España, el boom de la investigación de los TCA data de mediados de los 80, encontrando su punto álgido en 1996, que es cuando más publicaciones se hacen sobre el tema. Había pocos estudios empíricos y epidemiológicos; estaban más basados en testimonios de pacientes o personas cercanas (Martín 2010).

## **BULIMIA NERVIOSA**

El autor más importante en el plano de la bulimia nerviosa es **Gerald Russell**. En 1979, realiza la primera “separación” entre la bulimia y la anorexia. Es tal su importancia que, las marcas que las bulímicas tienen en el dorso de la mano, provocadas por los dientes al introducir los dedos en la boca para inducir el vómito, reciben el nombre de “marcas de Russell”.

En la tesis de Bancalero (2015) encontramos una cita textual de una distinción realizada por Stunkard (1990) en A description of eating disorders in 1932 sobre la Bulimia:

A diferencia de la anorexia nerviosa, para la cual ha sido trazada una rica historia que llega hasta la Edad Media, la bulimia nerviosa parece haber aparecido de repente en la sociedad moderna, y ha alcanzado un reconocimiento muy amplio en un corto período de tiempo (Stunkard (1990).

La palabra “*bulimia*” proviene del griego: deriva de “*bou*” que significa “toro

o buey” y “*limos*”, que significa “hambre”. Se puede traducir de dos formas:

- hambre tan grande como un buey
- hambre como para comerse un buey.

Se le añade “nerviosa” para destacar que comparte una conducta y unas causas comunes con la anorexia nerviosa.

Los primeros casos de “binging” (atracones) datan de 1890-1940. Sin embargo, gracias a la literatura podemos encontrar más casos de sobrealimentación y posterior purga. A continuación, repasando la historia encontramos que:

- En la **Edad Antigua**, el sustento nutritivo era la caza. A esto le seguían 1 o 2 días de una enorme ingesta de alimentos, con el fin de acumular grasa. Esto era así porque, tras este “banquete”, podían pasar 2 o 3 días sin comer.
- En **Egipto**, vomitaban como forma de preservar la salud, de librar al cuerpo de alimentos potencialmente dañinos. Vomitaban cada mes y utilizaban enemas.
- En **Roma**, existía el *vomitorium*, una habitación en la que los comensales de los grandes banquetes vomitaban la enorme cantidad de comida que habían ingerido.

**Jenofonte** define la bulimia como lo que padecen los soldados que habían pasado periodos largos sin comida: se desmayaban, vomitaban...

- **Séneca**, muy acertadamente, apunta que “*el hombre come para vomitar y vomita para comer*”. La alimentación exagerada y la posterior purga (vómito) eran algo característico de las sociedades romanas, sobre todo de la gente adinerada. No tenía que ver, en absoluto, con un problema de peso.

- En la **Edad Media**, constituía una práctica religiosa en la cual, mediante el vómito, el penitente expulsaba sus pecados. Los médicos de la época recetaban “fármacos” para provocar los vómitos.

- En **Europa** destacan en estas prácticas Enrique VIII o el Papa Alejandro Borgia.

Tendría sentido asociar esto a la bulimia y, aunque el “modus operandi” es igual (ingesta y vómitos) el fin es completamente diferente. La “bulimia” que se practicaba en

estas civilizaciones nada tenía que ver con un objetivo estético, como sí ocurre con la bulimia actual.

- Durante el **siglo XIX**, en la literatura médica aflora el interés por las causas y diagnosis de la bulimia, acompañadas de definiciones tales como:

- Duglison, en 1839: “*Bulimia: de buey y hambre* (atendiendo a su etimología) apetito exagerado que a veces aparece en episodios de histeria o durante el embarazo.

- Blachez (1869). El francés añade que el enfermo está obsesionado con su alimentación. Añade términos como: “*cinorexia*” (bulimia con vómitos), “*licorexia*” (tránsitos digestivos exageradamente rápidos) o “*fringale*” (cuando se alternan anorexia y bulimia).

Ya en el siglo XX, el estudio de Binswanger (junto a estas líneas), publicado en 1944, sobre Ellen West constituye el caso más claro de desorden alimentario, pues además de demostrar el empleo de métodos purgativos y restrictivos característicos de la bulimia para adelgazar (*vómitos, atracones, uso de laxantes, restricción dietética, ideas obsesivas y labilidad emocional*), se demuestra también la influencia del entorno, pues todo comenzó con un comentario ofensivo sobre el cuerpo de la paciente, que terminó suicidándose a la edad de 33 años.

A finales de los 70, la bulimia comienza a verse como un desorden con unas causas y sintomatología separadas de la anorexia, de la que, anteriormente, se consideraba una variante. Por estas fechas crecen, además los estudios de casos clínicos, como (Bancalero, 2015):

- **Brusset y Jeammet** (1971). Escoge a tres jóvenes que alternaban periodos de alimentación exagerada y otros de ayuno permanente. Una de ellas vomitaba, la otra ingería laxantes y ambas presentaban un miedo (podemos decir, enfermizo) a engordar.

- **Boskind-Lodahl** (1976) acuña el término “*bulimaréxicos*”, que, de alguna forma, aunaban los elementos más característicos de las dos enfermedades: una gran sensibilidad a aumentar de peso, provocarse vómitos y consumir laxantes y otros productos como anfetaminas en grandes cantidades.

- **Juan de la Cruz** (1995), muestra la percepción que se tenía de la enfermedad en España, basándose en Juan Sorapán de Rieros y su obra “*Medicina española contenida en proverbios vulgares de nuestra lengua*” (2016). En ella, establece tres diferencias:

1. *Hambre canina*: el enfermo desea comer y vomitar (como un perro).

2. Lo que los griegos llaman *boulimus* era, en castellano, *gran hambre*. Aclara que aquí los enfermos no vomitan pero se desmayan mucho, siendo esta la diferencia más destacable.

3. La tercera, del griego *malakías* y del latín, *pica*. No sólo ingiere mucha comida, sino que se le “*apetece mala y contraria*”

- **Habermas** (1990), apunta que una de las causas del desarrollo de los TCA puede ser el miedo generalizado que hay a la obesidad, sobre todo por parte de la medicina.

Actualmente, la producción sobre bulimia se centra en las emociones y estados de ánimo (negativos y depresivos) y la relación que estos tienen con los atracones, a la par que las emociones relacionadas con el peso y la silueta. Los atracones proporcionan una sensación de descontrol que suele dejar a quien los “sufre” con una sensación penosa, de arrepentimiento y autodesprecio.

## **CARACTERÍSTICAS Y COMPLICACIONES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS.**

Bancalero (2015) establece una primera serie de complicaciones derivadas del padecimiento tanto de anorexia como de bulimia nerviosa. Es por esto que se presentan separados del resto, pues son comunes a ambos TCA:

- *Hipercortisolemia* (niveles de cortisol altos en sangre)
- *Neutropenia* (reducción del recuento de neutrófilos en sangre)
- *Hipoglucemias* (disminución de glucosa en sangre)
- *Función hepática* (del hígado) *anormal*
- *Hipercolesterolemia* (aumento de colesterol en sangre)
- *Hipercarotenemia* (elevados niveles de caroteno y bajos niveles de vitamina A, acompañado de decoloración de la piel).
- *Alteraciones en la función endocrina* (de segregación de hormonas)
- *Problemas tiroideos* (hormonas que regulan el metabolismo)

- *Niveles bajos de cinc plasmático* (el zinc es fisiológicamente necesario para procesos como el crecimiento, el desarrollo neurológico, la función reproductiva y mecanismos inmunes).

## **ANOREXIA NERVIOSA**

En primer lugar, hablaremos de la Anorexia Nerviosa. El primero en acuñar el término “anorexia nerviosa” fue Sir William Gull en el siglo XIX. (Guardiola, 2014).

La definición y tipologías dentro de la anorexia nerviosa atiende a la siguiente división (Guardiola, 2014):

Anorexia Nerviosa (AN): para llegar a la delgadez deseada, se emplean métodos restrictivos (dietas) y compensatorios (ayuno, laxantes...). La persona que lo padece tiene miedo irracional a engordar. Esto se intensifica a medida que avanza la enfermedad.

- Restrictiva (ANR): sólo recurre a la dieta y al ayuno (no a los atracones y purgas).
- Compulsivo-Purgativa (ANCP): ingieren alimentos para más tarde desecharlos a través de métodos purgativos como vómitos, laxantes o diuréticos.

Autores como Muñoz (2011), definen la anorexia nerviosa como “una enfermedad psicosomática caracterizada por una pérdida ponderal inducida y mantenida por el propio paciente, que le conduce a una malnutrición prolongada con rasgos psicopatológicos peculiares (distorsión de la imagen corporal y miedo a la obesidad). La AN presenta dos modalidades: una forma restrictiva y otra purgativa”.

Guardiola (2014), en su tesis, los describe como un “síndrome psiquiátrico multifactorial” cuya característica más destacada es la pérdida de peso buscada por la paciente, impulsada por el miedo a ganar peso.

Para Junne et al. (2016), la AN constituye una deficiencia psicológica y física, además de una de las enfermedades psiquiátricas con más altos índices de mortalidad y morbilidad.

Lulé et al. (2016) lo definen, igual que Junne et al. (2016), como la enfermedad psiquiátrica con más alto nivel de mortalidad.

### **Características generales**

La anorexia nerviosa constituye una enfermedad del ámbito de la psiquiatría caracterizada por la pérdida voluntaria de peso del paciente. Lleva consigo alteraciones en el funcionamiento de su cuerpo, pues esta pérdida de peso se suele llevar a cabo mediante largos períodos de ayuno (Guardiola, 2014).

Quizás la característica más destacada y uno de los “síntomas” más claros de que una chica sufre anorexia es un miedo desmesurado a engordar. Lo lógico es pensar que, a medida que se alcanza esta meta de perder peso, este miedo remite. Por el contrario, se intensifica.

Otra característica general es la negación de la enfermedad. Reconocerla denotaría una clara falta de control sobre sí mismas, su ayuno, su condición, su cuerpo. Generalmente, no reconocerán que han adelgazado, más bien dirán que necesitan adelgazar.

Dentro de la anorexia nerviosa, encontramos dos distinciones:

- Anorexia nerviosa purgativa: caracterizada por el empleo de métodos purgativos como los vómitos, los laxantes o los diuréticos.
- Anorexia nerviosa restrictiva: no se purga, es decir, no se expulsa el alimento. Se recurre al ayuno o a sesiones intensas de ejercicio físico para quemar las calorías ingeridas.

Suelen ser “hiperactivas”: ocupan su tiempo para tener ocupada su mente, hacen ballet o gimnasia. con el fin de quemar cuantas más calorías, mejor. Algo curioso es que, mientras las que comienzan a desarrollar la anorexia nerviosa visten con ropas anchas, las ya enfermas llevan ropa ajustada y corta, “luciendo” su delgadez.

Como encontramos en la tesis de Carrillo (2001), se trata de enfermas que *temen* a la comida, la pesan, no la condimentan, la miden con cuidado para no ingerir una caloría más de lo necesario, además de controlar su peso a diario. Sin embargo, pasa desapercibida porque se trata generalmente de una persona que “simplemente cuida su alimentación”, nunca levantaría sospechas al principio. Es, de hecho, en muchos casos, algo que celebrar, pues puede que se trate de una chica que esté un poco por encima de su peso. No será una persona que podamos ver a simple vista que tiene un problema serio. A la larga, sin embargo, se convierte en un comportamiento obsesivo.

Cuando se continúa con este control tan estricto con la comida, no tardan en aparecer los primeros síntomas de desnutrición, como es la disminución en la calidad y cantidad del cabello y las uñas, piel fría, ojeras, cansancio generalizado y mareos, entre otras cosas. Se trata de un malestar generalizado provocado por la falta o ausencia de alimento en el cuerpo.

Cuando se trata de anorexia restrictiva, la sensación de haber sido capaces de controlar el hambre da una satisfacción que da fuerzas para seguir haciéndolo. Aunque esto dura poco, pues el malestar físico “contagia” el estado mental, encontrándose generalmente tristes, decaídas, sólo ocupadas en no comer.

Esta falta de alimento provoca cambios notorios en su forma de actuar. Por ejemplo, a pesar de que está perdiendo peso, afirma que está gorda, que no está adelgazando. Evita cualquier tipo de reunión en la que haya comida de por medio, alejándose así de amigos y familia.

Todo esto (la frustración, la falta de energía, el cansancio) puede derivar en que la paciente se sumerja en un estado de **depresión**.

Carrillo (2005) establece una serie de características comunes para las personas que padecen depresión. Y coinciden en que se sienten como “estar hundido, como en un pozo”, se pierde el interés por lo que antes a uno le gustaba. La energía disminuye, se pierde la perspectiva de futuro, las ganas de vivir, de evolucionar de hacer cosas. Además, las relaciones sociales se pierden. La misma autora establece cuatro ideas:

- a. Que la depresión puede ser causa de un TCA
- b. Que un TCA puede ser causa de depresión.
- c. Que se pueden desarrollar por un tercer factor.
- d. Que se pueden dar “combinados” en un mismo paciente.

Se ha intentado “no mezclar” los TCA con la depresión, pues uno se puede dar con el otro, pero una persona puede presentar un cuadro de depresión sin tener un trastorno alimentario. La gran diferencia es que aquella persona que presenta un trastorno depresivo, no presenta ese miedo a engordar mientras que, la persona que padece un TCA sí los tiene.

Así mismo, Junne et al. (2016) demuestran en su estudio que las pacientes de

anorexia son propensas a sufrir ansiedad, sobre todo en aquellas que se encuentran en proceso de recuperación, pues sienten que están engordando y esto las hace sentir nerviosas, incómodas (aún más, si cabe) con su cuerpo pues, para ellas, no se están recuperando de un probable estado de desnutrición severo y que podría llevarlas a la muerte. Para ellas, están engordando.

### **Complicaciones físicas**

Los autores Carillo (2001) y Westmoreland, Krantz y Mehler (2016) realizan estudios sobre las complicaciones derivadas de los desórdenes como la anorexia o la bulimia, y nos servirán de base para realizar un esquema de ellos. Al tratarse de dos estudios tan separados en el tiempo, nos permitirán ver cómo han cambiado los criterios, si han aparecido o desaparecido complicaciones...

Como es lógico, la falta de nutrientes lleva consigo una serie de problemas fisiológicos que pueden, en algunos casos, derivar en la muerte. No hay que olvidar que no sólo se trata de muerte por fallos en diferentes órganos, sino el suicidio (Witte et al., 2015). Los fallos cardíacos y los suicidios constituyen un 60% de las muertes por esta enfermedad.

Como complicación física más leve, hablaremos del malestar general que hemos mencionado en el apartado anterior, del cansancio generalizado o el insomnio. Ligado a esto va la bajada de la temperatura corporal, los dolores abdominales, la hinchazón del abdomen.

En la tesis de Carrillo (2015) encontramos que el metabolismo se ralentiza, pues el cuerpo sabe que no está recibiendo suficiente “gasolina” para hacer que el cuerpo funcione correctamente, por lo que necesita “gastarla” más lentamente, para no dejar el cuerpo sin ese combustible.

Otro de los problemas “menos graves” es la pérdida de calidad en la piel, que se vuelve frágil, quebradiza, seca, áspera, agrietada. Una curiosidad es que, si ingieren mucha zanahoria o calabaza, las palmas de las manos y las plantas de los pies pueden presentar un tono amarillento.

Una vez se inicia el tratamiento de “realimentación” o vuelta a la alimentación normal, suele aparecer *disfagia*, que es la dificultad (o a veces imposibilita) tragar los

alimentos. Esto se debe a que los músculos de la laringe están “atrofiados” por lo un especialista debe especificar cómo se debe alimentar cada paciente según su condición (Westmoreland et al. ,2016).

A partir de los estudios de Westmoreland et al. (2016), Norris et al. (2015) y Kimmel, Ferguson, Zerwas, Bulik y Melzer- Brody (2015), que tratan los problemas de funcionamiento del organismo provocados por la anorexia, se han recopilado los más importantes:

- La **sangre**: la anemia, la falta de hierro o ácido fólico son característicos, aunque las analíticas no tienen por qué presentar anomalías. Westmoreland et al. (2016) añaden la posibilidad de leucopenia (disminución de leucocitos en sangre) y trombocitopenia (disminución de plaquetas en sangre).

- En el **aparato digestivo**: el tamaño del estómago se reduce, lo que incluso facilita la ingesta reducida de alimentos. Debido a la falta de nutrientes esenciales, el intestino deja de funcionar correctamente, provocando retardo en la deposición. El intestino delgado pierde motilidad. Podemos observar estreñimiento, gases... A esto, que presenta problemas “menores”, añadimos:

- **Gastroparesia**: lesión en los nervios del estómago, que provoca vómitos, náuseas... Los alimentos no pueden ser bien digeridos.
- **Dilatación gástrica aguda**: puede derivar en perforación si no se trata a tiempo.
- **Reflujo**: característico de la anorexia nerviosa purgativa y la bulimia (Norris et al., 2015)
- **Prolapso anal**: aunque no se han presentado muchos casos, todos necesitan atención quirúrgica, pues el recto “se sale” por la cavidad anal.

- En el **hígado** podemos encontrar transaminasas (hormonas transportadoras de aminoácidos) altas en pacientes en su peso más bajo.

- **Riñones**: por los vómitos, laxantes y diuréticos se pueden formar piedras en el riñón.

- El **corazón**: una vez más, debido a la falta de nutrientes, se desarrollan fallos cardíacos como arritmias, bradicardia (descenso de las pulsaciones). La bradicardia es la causa de muerte más repetida en las autopsias. Sin embargo, se puede restaurar con la normalización de la alimentación.

- **Sistema respiratorio**: los pulmones, a diferencia del corazón, no se ven

afectados. Pueden darse casos de neumotórax (acumulación de aire entre los pulmones y el tórax que impide que estos se inflen correctamente).

- Los **huesos**: la pérdida de densidad ósea es una de las consecuencias, y no es recuperable ni siquiera con tratamientos. Además, debido al ejercicio tan intenso al que se someten, a veces desarrollan problemas en las articulaciones.

El estudio de Kimmel et al. (2015) está especialmente dedicado a uno de los primeros problemas y más claro indicador de desorden alimentario, que es la desaparición del sangrado menstrual (amenorrea). Por explicarlo de una forma comprensible y sin términos científicos, podemos entender que el cuerpo, al no recibir nutrientes externos, no puede permitirse perder sangre, por lo que la sangre característica del periodo deja de presentarse. Con esta desregulación de las hormonas, puede aparecer también la osteoporosis.

En cuanto al embarazo y postparto, con la anorexia nerviosa se incrementa el riesgo de embarazo hasta el doble pues, aunque desaparece el sangrado, la ovulación puede mantenerse. No se han encontrado variaciones en cuanto a la lactancia, salvo que se detiene a los 3-6 meses desde el parto.

Sí se habla, por otro lado, de la depresión y ansiedad tras el parto, a lo que estas chicas son aún más propensas que una mujer que no padece anorexia nerviosa. Se habla también de la disminución de la fertilidad, probablemente debida a la existencia de dificultades para continuar con el embarazo en algunos casos (aborto), debido a la falta de nutrientes.

También es destacable el descenso de la libido.

### **Complicaciones psicológicas**

El estudio llevado a cabo por Sepúlveda, Botella y León (2002) ya comienza analizando el primer problema psicológico y quizás más claro determinante de TCA: la distorsión de la imagen. En el artículo que desarrollan, afirman que está muy claro qué provoca esta distorsión de la imagen, pero para intentar hacer una aproximación, se basan en el estudio de Smeets, Panhuysen e Ingleby (1998) cuyo fundamento es la comparación del aspecto físico de las pacientes anoréxicas y la autopercepción que estas tienen de su cuerpo, obteniendo que, cuanto más delgadas estaban, más grandes se veían. Existen

casos excepcionales, en los que las chicas reconocen perfectamente su cuerpo, son capaces de describirlo a la perfección, y aun así siguen pensando que tienen que adelgazar (Carrillo, 2001).

Para Munro, Randell y Lawrie (2016), la distorsión de la imagen viene dada por tres factores, lo que él llama “tripartito”: amistades (relaciones sociales), familia y medios de comunicación. Influyen también dos elementos fundamentales: la internalización de los dictámenes de la sociedad (por ejemplo, una persona que “tenga mucha barriga”, no irá a la playa con bikini, lo hará con un bañador que se le tape) y la comparación entre personas de una sociedad, grupo de amigos, o familia (querer ser la prima más delgada, la delgada del grupo de amigos, ...) Además, la baja autoestima y el hecho de ser una persona perfeccionista también “ayuda” al desarrollo de la distorsión de la imagen (Cruz, Ávila, Velázquez y Estrella, 2013).

A la distorsión de la imagen como complicación psicológica de la AN se le añade: la depresión, la ansiedad o los trastornos obsesivo-compulsivos. Las pacientes de anorexia son potencialmente propensas a la depresión y la ansiedad. Esta primera aumenta con la sensación de hambre (Carrillo, 2001, p. 90). Nos hace sentir “débiles” y provoca en las enfermas de anorexia aún más desconfianza en sí mismas y su entorno, así como potencia la baja autoestima. Suelen caer en un cuadro depresivo pues sienten impotencia de no poder alcanzar el objetivo que desean. En el estudio de Junne et al. (2016) encontramos que la depresión y la ansiedad aumentan en el tratamiento de recuperación, por la frustración que provoca alejarse de ese objetivo de perder peso. Tanto es así que, el hecho de estar en recuperación y saber que están ganando peso potencia aún más esa ansiedad. De alguna forma, las pacientes de anorexia no **quieren** recibir alimento, no quieren recibir nutrientes. Quieren castigar su cuerpo hasta convertirlo en “lo delgado que tiene que estar”.

Por otro lado, en este mismo estudio se confirma la utilidad de la terapia de exposición (mediante el empleo de un espejo en el que se miren los pacientes) para reducir esta ansiedad y depresión. Sin embargo, muchos otros autores han desechado esta teoría, pues provoca una mayor desconfianza y baja autoestima.

## **BULIMIA NERVIOSA**

Por otro lado, existe la bulimia nerviosa. Gerald Russell es el primero en

establecer una distinción entre anorexia y bulimia como dos enfermedades diferentes. En 1979, define la bulimia como una fase crónica de la anorexia en la que ocurren episodios de sobrealimentación que luego se compensan con vómitos o laxantes. A continuación, encontramos la definición y tipologías dentro de la bulimia nerviosa (Guardiola, 2014):

Bulimia Nerviosa (BN): la paciente ingiere en un periodo de tiempo muy corto una enorme cantidad de calorías que luego elimina. Igual que en la anorexia, hay dos tipos:

- Purgativa (BNP): se usan métodos como el vómito autoinducido o los laxantes para “purgar” y vaciar el estómago y no digerir los alimentos ingeridos.
- No purgativa (BNNP): se recurre al ayuno o a sesiones muy intensas de ejercicio para compensar.

TCANE: TCA No Especificados. Se trata de un cuadro de AN o BN incompleto, porque esté comenzando o porque no se haya diagnosticado.

Muñoz (2011) también presenta una definición para la Bulimia Nerviosa (BN) como una enfermedad en la que el paciente sufre episodios de descontrol a la hora de comer, consume grandes cantidades de comida (atracción) en poco tiempo, y posteriormente se autoinduce el vómito, emplea laxantes, o recurre al ayuno o a largas e intensas sesiones de ejercicio. Nuevamente, se distingue entre restrictiva y purgativa.

El médico James que, en 1743 elabora un diccionario médico en el que desarrolla dos conceptos: “*boulimus*”, caracterizadas por conductas purgativas, y el “*caninus appetitus*” terminar en desmayo. Sin embargo, no son las únicas definiciones que se dan a la anorexia y la bulimia. A continuación, vemos algunas de ellas.

Stankovska, Osmani, Pandilovska y Dimitrovski (2015) lo definen como un trastorno mental que, cada vez más, afecta a adolescentes.

Westmoreland et al. (2016) desarrollan que ambos trastornos son enfermedades psiquiátricas que deben ser tomadas con importancia, dada su alta mortalidad, siendo la anorexia la enfermedad mental con la tasa de mortalidad más alta. Aunque son diferentes, ambos se engloban en dentro de los desórdenes alimentarios, caracterizados por un miedo injustificado a engordar. En esto tiene una enorme influencia la interrelación entre belleza y delgadez. Tanto es así que, en ambos desórdenes, el fin es estar “demasiado” delgada.

Los autores coinciden en la importancia del entorno, la influencia de los padres y la relación con la alimentación en general y la autoestima que esta persona haya tenido a lo largo de su vida.

### **Características generales**

La bulimia, a diferencia de la anorexia, se caracteriza por la ingesta de una gran cantidad de alimentos en un período de tiempo muy corto y en secreto, dificultando que las personas de su entorno puedan saberlo. Esto produce un enorme sentimiento de culpa, que culmina con la “purga” de estos alimentos, ya sea a través de vómitos autoinducidos, laxantes o largas sesiones de ejercicio. Las pacientes se vuelven “adictas” a la comida (Carrillo, 2001).

Las personas que padecen bulimia nerviosa suelen verse en su peso normal, o ligeramente por encima. Es muy difícil descubrir su enfermedad a no ser que ellos colaboren y lo digan. No suele existir desnutrición, sino signos aislados como daños renales o endocrinos o estomacales (no tienen por qué darse juntos). Puede parecer más una dolencia puntual que un TCA (Guardiola, 2014).

En su personalidad, son personas insatisfechas con lo que les rodea, su trabajo, estudios, vida social... Su comportamiento, por otro lado, se caracteriza por cambios de humor muy exagerados, inestabilidad afectiva (asociado a la impulsividad) y los síntomas *de trastorno límite de la personalidad*, que se caracteriza por signos clínicos como inestabilidad afectiva, falta de control de los impulsos, alteración de la identidad, relaciones interpersonales caóticas e intensas y la autolesión (Ortiz, 2015).

Al igual que las enfermas de anorexia, evitan cualquier tipo de encuentro social que implique comida. Además, son propensas a adicciones como el alcohol, el tabaco o el sexo.

### **Complicaciones físicas**

Como complicaciones físicas de la bulimia, encontramos principalmente un doble efecto en la producción de serotonina. Por un lado, a través del ayuno y los vómitos, se producen anomalías en los niveles de serotonina en el cuerpo, que es el “componente” químico que reduce la posibilidad de sufrir depresión o ansiedad, haciendo a las chicas que lo padecen más propensas a estos problemas. El cuerpo se vuelve, de alguna

manera, *adicto* al ciclo de comer y vomitar (Carrillo, 2001) pues, respecto al segundo efecto, el cuerpo “equilibra” estas anormalidades en los niveles de serotonina, encontrando una sensación de alivio de esa ansiedad y estrés en la práctica del vómito y el ayuno.

Algunos de los problemas del funcionamiento del organismo que encontramos en el estudio de Westmoreland et al. (2016), Carrillo (2001) y Forney, Buchman-Schmitt, Keel, Frank (2015) son:

- En el **sistema endocrino**, los vómitos repetidos provocan un reflujo constante que puede dar lugar a disfagia (dificultad para tragar).

- En la **boca**: Podemos encontrar también sangrado en las encías, en la nariz y pérdida de dentina (capa que recubre y protege los dientes), debido a los ácidos provenientes del estómago que suben con el vómito. También producto de esto es el aumento del tamaño de las glándulas parótidas (situadas entre las orejas y la mandíbula).

- Posiblemente, el efecto más peligroso del vómito autoinducido es el cambio en los **electrolitos**. Con los vómitos, los laxantes y los diuréticos, el cuerpo se deshidrata por la pérdida de líquidos, sobre todo el agua. En esta encontramos una serie de componentes fundamentales:

- **Potasio**: se pierde a consecuencia de los vómitos y el uso de diuréticos. La pérdida de potasio en sangre afecta al funcionamiento del corazón, pudiendo incluso provocar un paro cardíaco y la muerte.

- **Sodio**: se pierde por la enorme ingesta de agua (que ayuda a expulsar el vómito más fácilmente) y el uso de laxantes. Su pérdida disminuye la presión sanguínea, pudiendo provocar mareos. Para esto, el cuerpo segrega aldosterona, que hace por mantener los niveles de presión.

- **Magnesio**: perderlo provoca hormigueo y debilidad muscular.

- Las personas que se inducen el vómito suelen utilizar los dedos, pero otras muchas utilizan productos naturales externos como jarabe de ipecacuana, que tiene una gran influencia en el funcionamiento del corazón.

- En el **sistema digestivo**, los ácidos del estómago que suben hacia la suba pueden provocar erosiones en el esófago. Si son muy repetidos, pueden incluso provocar la rotura de este. Además, es posible la regurgitación (la comida sube a la boca por la costumbre de vomitar).

- En **el estómago**, se pierde la mucosa que protege la parte interna, pudiendo

aparecer gastritis. Vaciar el estómago se vuelve difícil pues el estómago se hace lento.

- Los laxantes pueden provocar diarreas y dolores abdominales denominados cólicos en los intestinos, prolapsos, hemorroides

- El colon es uno de los grandes afectados del uso de laxantes, pues se inutiliza y se convierte en un tubo sin capacidad de desarrollar su tarea.

- Puede pasar que algunos de los ácidos que suben hacia la boca desde el estómago entren en los **pulmones** provocando neumonías o bronquitis, sobre todo si los vómitos se llevan a cabo en estado de embriaguez.

- Por la pérdida de líquido y el abuso de laxantes y diuréticos, pueden ocurrir **daños renales**.

- En las **manos**, el signo de Russell (que recibe el nombre del primer autor en dedicar estudios a la bulimia, identificándola como una enfermedad separada de la anorexia nerviosa) que consiste en callosidades en el dorso de la mano provocadas por los dientes al introducir los dedos en la garganta para conseguir vomitar.

En otro aspecto, como pasa con la anorexia nerviosa, la desaparición del sangrado de la menstruación no implica infertilidad (amenorrea). La ovulación se mantiene, por lo que el riesgo de embarazo no deseado es mayor. Psicológicamente, el embarazo no deseado despierta sentimientos negativos en las pacientes de bulimia, mientras que, en la anorexia nerviosa, los sentimientos están más “mezclados” (positivos-negativos).

También, como en la AN, son muy propensas a desarrollar problemas de depresión y ansiedad postparto, así como al aborto.

### **Complicaciones psicológicas**

Las pacientes de bulimia, comparten con las de anorexia la propensión a la depresión y la ansiedad.

Además, son propensas a la drogadicción, alcoholemia, adicción al sexo, a la esquizofrenia... (Mannarini & Boffo, 2014). Desórdenes que denotan más descontrol del propio cuerpo que presentar un estado de vacío interior, pérdida del sentido de la vida, etc. No se encuentran sumidas en el “agujero oscuro” del que se caracteriza a las anoréxicas.

En estos trastornos que se asocian a la bulimia predomina la impulsividad (Vaz-Leal et al., 2013). No podemos pasar por alto los trastornos del humor, presentes a lo largo de la enfermedad e incluso durante la recuperación.

La relación que guarda tal impulsividad y la depresión con la BN tiene una doble vertiente.

1. La insatisfacción corporal. Esto provoca que la que la padece restrinja la cantidad de comida que ingieren o a desarrollar conductas purgativas.
2. La inestabilidad emocional. Las pacientes de BN siguen una serie de patrones psicopatológicos y de personalidad que coinciden entre sí y con los que hemos mencionado anteriormente.

Como ya se ha comentado, las pacientes de BN desarrollan una especie de “adicción” a la comida, a la sensación de poder ingerir la cantidad de comida que desee.

En cuanto a las edades en las que se desarrollan los TCA, suele darse en adolescentes y jóvenes adultas. Esto proporciona un rango de entre 14-21 años (Bermejo et al., 2011), aunque existen autores que ponen especial énfasis en el desarrollo de TCA entre los 15 y 17 años (Stankovska et al., 2015). Sin embargo, si una chica desarrolla un TCA a los 20-21, es complicado que consiga estar totalmente recuperada antes de los 25. Por lo que el rango se amplía hasta los 25 años aproximadamente.

En estudios como el de Cruz et al. (2013) para la evaluación de los factores de riesgo en estudiantes de nutrición, se toma una muestra de 112 estudiantes de los cuales la edad media es 20.4 años. De esos 112 estudiantes, 88 eran chicas y, de ellas, un 15'9% reportaron insatisfacción corporal.

Otros autores como Ramos et al. (2016) estudian la relación entre el peso, el IMC, la satisfacción corporal y las dietas para perder peso, centrándose en adolescentes de 13 a 18 años de edad, pues confirman que la adolescencia es la edad más vulnerable ante la aparición de problemas relacionados con la autoimagen.

## **ANOREXIA Y BULIMIA EN INTERNET: BLOGS ANA Y MÍA.**

A fin de ampliar la información aportada sobre estos desórdenes, es necesario conocer cómo estos se desarrollan en el medio más extendido y, sobre todo, más frecuentado por el público más afectado por ellos (las adolescentes): Internet.

En este medio, podemos encontrar una enorme variedad de blogs etiquetados como “Blogs Pro- Anorexia y Pro- Bulimia”. Son administrados, generalmente, por adolescentes, en las que se comparten consejos, dietas, inspiración... Son muy fácilmente accesibles desde los buscadores más conocidos (Google, Yahoo, Safari,...). Este hecho ayuda a su difusión, a que estén al alcance de cualquier chica. Además, no sólo existen en nuestro país. También en otros idiomas (como el inglés) y, sobre todo, en Sudamérica (Guardiola, 2014).

En el apartado Anexo I a este trabajo se encuentra el estudio en cuestión.

## **ESTUDIOS SOBRE LA RELACIÓN DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LOS TCA.**

Una vez conocemos las características de los TCA y cómo afectan, es necesario conocer también qué influye en su desarrollo. Diversos autores coinciden en la influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de TCA.

Título	Autor	Año
Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad	Dra. Ma Victoria Carrillo Durán	2005
El cuerpo femenino en la publicidad modelos publicitarios: entre la belleza real, la esbeltez o la anorexia	Yolanda Cabrera García-Ochoa	2010
Ilicitud de las representaciones degradantes y humillantes del cuerpo femenino en la publicidad especial referencia a la anorexia	Estela Bernad Monferrer	2010

La imagen corporal en los medios de comunicación masiva	Claudia Iris Bazán y Rosinella Miño	2014
Cuerpos mediáticos versus cuerpos reales: un estudio de la representación del cuerpo femenino en la publicidad de marcas de moda en España	Paloma Díaz Soloaga Natalia Quintas Froufe Carlos Muñiz	2010
La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa	María Victoria Carrillo Durán	2001
Las Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria	Rocio Guardiola Wandenberghe	2014
La publicidad de televisión entre otros factores socioculturales influyentes en los trastornos de la conducta alimentaria	María Victoria Carrillo Durán Mònika Jiménez Morales. María Sánchez Hernández.	2010
Anorexia y bulimia ¿la publicidad víctima o culpable?	Victoria Carrillo Durán	2003
Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de segundo ciclo de Educación secundaria de la ciudad de Alicante	Manuel Estévez Díaz	2012
La imagen corporal en los medios de comunicación masiva	Claudia Iris Bazán, Rosinella Miño	2015
Predicting body appreciation in young women: An integrated model of positive body image	Rachel Andrew Marika Tiggemann Levina Clark	2015
Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición	Reyna María Cruz Bojórquez María Luisa Ávila Escalante Héctor Julián Velázquez López Damaris Francis Estrella Castillo	2013
Comunicación y salud: la anorexia a través de la prensa	Beatriz Guzmán do Nascimento Raquel Rodríguez Díaz	2016
Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres	Karina Franco Felipe de Jesús Díaz Antonio López-Espinoza María del Consuelo Escoto	2013

	Esteban Jaime Camacho	
Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios.	Castejón Martínez, M. Berengüí Gil, R. Garcés de los Fayos Ruiz, E	2016

Munro et al. (2016) crea el modelo de influencia tripartita, estableciendo como factores más destacados: el grupo de amigos, la familia y los medios de comunicación.

Carrillo (2005) resume estos factores en dos grupos:

- **Macro-contexto:** formado, básicamente por los medios, las relaciones de amistad o sentimentales y las exigencias sociales.
- **Micro-contexto:** aspectos psicológicos y personales, como son la familia y otros, como la autoestima.

Ramos (2016) destaca la influencia de los medios, concretamente de la televisión y de las revistas y del entorno social.

La sociedad, a través de los medios, apuesta por la perfección. Este concepto se basa en la delgadez y esbeltez del cuerpo, haciendo uso de la cirugía plástica (botox, implantes de pecho, de nalgas, reducciones de estómago, abdominoplastia, liposucciones...), el maquillaje (por ejemplo, el *contouring*, una técnica que consiste en aplicar bases de maquillaje más claras (para la parte superior del pómulos, el centro de la nariz, o la zona T) o más oscuras (para los pómulos), con el fin de dar contraste a la cara y crear unas facciones más marcadas. Últimamente, se ha utilizado incluso en el escote (para dar un aspecto más voluminoso) o los abdominales (para que parezcan más marcados...), y el Photoshop (Bazán y Miño, 2015). Podemos encontrar un ejemplo en la portada de revista que se muestra junto a estas líneas: cualquier tipo de imperfección del rostro de esta chica ha sido eliminada mediante un programa de edición de



Imagen 10. Revista Hogar. Ejemplo de portada de revista con consejos para una vida saludable, dietas “que funcionan” y de el retoque con Photoshop de las imágenes.

fotografía. Muestra una piel perfectamente lisa, uniforme. Prestando un poco más de atención, podemos observar que el tono y brillo de la cara no es el mismo que el del resto del cuerpo.

## **Familia**

Una de los detonantes más destacados en el desarrollo de un TCA es la de la familia, de los padres y en especial de la madre. De nuestros progenitores, heredamos las pautas alimentarias, nuestra relación con la comida. No tienen las mismas probabilidades de desarrollo de TCA una chica en cuya familia todo lo que se consume es “Light” que una chica cuya familia es más permisiva con las comidas, y existen menos problemas a la hora de ingerir alimentos más calóricos (Bazán y Miño, 2015). Además, los comentarios de los padres en cuanto al físico y la alimentación de los hijos, la comparación con hijos de amigos, primos, amigos de la adolescente en cuestión, propician la aparición de un TCA en el peor de los casos, y de insatisfacción corporal en el mejor. Lo que sí propicia, seguro, es la necesidad de tener un cuerpo “perfecto”.

Unido a esto, se conoce que factores de la personalidad como: ser perfeccionista, impaciente, exigente con una misma, la timidez, el sentimiento de soledad (Cruz et al., 2013) ... son también posibles detonantes de un TCA. No por esto se desarrolla, en sentido estricto, pero puede favorecerlo.

## **Adolescencia**

Nos encontramos en una sociedad que da muchísima importancia a la imagen, como ya hemos visto en el ejemplo de portada de revista más arriba, no sólo como una forma de atractivo, sino como de éxito social y laboral (Bazán y Miño, 2015). La adolescencia es la etapa durante la que se suceden más cambios tanto hormonales y físicos como en la personalidad. Para las chicas, además, estos cambios suceden antes, con la llegada de la menstruación. El pecho y las caderas se desarrollan, dejando a un lado el cuerpo de “niña” para dar paso al cuerpo de “mujer”. Esto provoca aún más complejos, pues algunas chicas se desarrollan pronto, otras tardan más, provocando que, sobre todo las que se desarrollan antes, comiencen a sentirse incómodas con su cuerpo (Soler, Aparicio, Díaz, Escolano, & Rodríguez, 2016)

A medida que vamos creciendo (14-15 años) y “encontrando” nuestro sitio, se

forma el grupo de amigos que, probablemente, mantengamos durante la adolescencia. Este grupo de amigos asciende al primer plano en cuanto a importancia de aceptación, dejando la unidad familiar y la importancia de su aprobación en un segundo plano. Esto supone una especie de “responsabilidad” para con la imagen del grupo, desarrollando vestimentas, formas de hablar y actuar diferentes. A esto se suman dos problemas que pueden terminar en TCA: la imitación y la comparación (Guardiola, 2014). “Tengo que estar delgada como *tal persona*”, tengo que poder ponerme estos pantalones como *tal persona*. Y así muchas situaciones que derivan de la máxima: “*no quiero ser la gorda del grupo*”.

Además de los grupos de amigos, empiezan las primeras relaciones sentimentales, los primeros intentos de relaciones duraderas en el tiempo, como las de la mayoría de nuestros padres. Es sabido por todos que las personas *entran por los ojos*: lo primero que nos llama la atención (o no) de una persona es su físico (especialmente su cuerpo, no su cara). Esto hace que muchísimas chicas (y chicos también) hagan por cambiar su físico, para convertirlo en “agradable” a la vista de los demás chicos y chicas de su edad y que, por consiguiente, puedan desarrollar un TCA. No es tan importante estar delgada como estar **proporcionada** en sus medidas. Sin embargo, una vez la enfermedad se desarrolla, el “gustar, ser agradable a la vista de los demás” se pierde, e impera la búsqueda de la delgadez extrema.

Tanto las chicas que administran los blogs pro anorexia y bulimia que podemos encontrar en Anexo I, toman los cuerpos mostrados en los medios como “meta” o cuerpo perfecto. De hecho, las adolescentes se hallan muy expuestas a los mensajes publicitarios y los cuerpos mediáticos. Ellas y las adultas jóvenes son las más afectadas por los cánones estéticos establecidos por la sociedad (Carrillo, 2003; Carrillo, 2005; Díaz, Quintas, Muñiz, 2010; Bernad, 2010; Mancilla-Díaz et al., 2010; Cabrera, 2010; Guardiola, 2014; Cruz et al., 2013; Andrew, Tiggerman y Clark, 2015; do Nascimento y Rodrigues, 2016; Franco, Díaz, López- Espinosa, Escoto y Camacho, 2013).

## **Revistas**

En el estudio que podemos encontrar en la tesis de Carrillo (2005), se presenta a un grupo de adolescentes y otro de adultas, imágenes de una revista de moda para mayores de 18 años. Las más insatisfechas con su imagen tras ver las fotos fueron las adolescentes.

Y es que se encuentran en la edad más vulnerable en cuanto a sensibilidad respecto a su cuerpo. Además, a través de las revistas, encontramos la mejor manera de propagación de la cultura del culto al cuerpo y la dieta. Díaz et al. (2012) apuntan que la mujer es la más afectada por el visionado de las imágenes de los cuerpos mediáticos.

Para corroborar, se expondrán algunas de las portadas de las revistas femeninas en el apartado ANEXO III a este trabajo.

### **Publicidad, Moda y Redes Sociales**

Los medios promueven la delgadez y la “cultura de lo light” (Bazán y Miño, 2015), como modelo de vida saludable, obligando, de alguna manera, a querer cumplirlo y así satisfacer esa necesidad de encajar en los cánones de belleza establecidos.

Se posiciona a las mujeres delgadas como mujeres exitosas, que se cuidan, que tienen fuerza de voluntad (Bazán y Miño, 2015). Por el contrario, los cuerpos más voluminosos se ven como dejados, como de personas aburridas, sin aspiraciones en la vida. Todo esto, unido a que, cuando nos independizamos, somos dueños de lo que comemos y no tenemos quién nos diga cómo alimentarnos, cuándo y cuánto, también posee una enorme influencia en la alimentación: menos comidas al día y de peor calidad (comida basura).

La moda, junto a la publicidad, forma parte de los factores socioculturales que más influyen en la aparición de un TCA. La publicidad de moda, con sus mensajes, potencia la asunción de los cuerpos que se ven en la televisión y las revistas. Podemos revisar las páginas web de las tiendas más conocidas, como Zara, Pull & Bear, H&M o Stradivarius. Y observar que los modelos que publicitan la ropa cumplen esta estética de la delgadez.

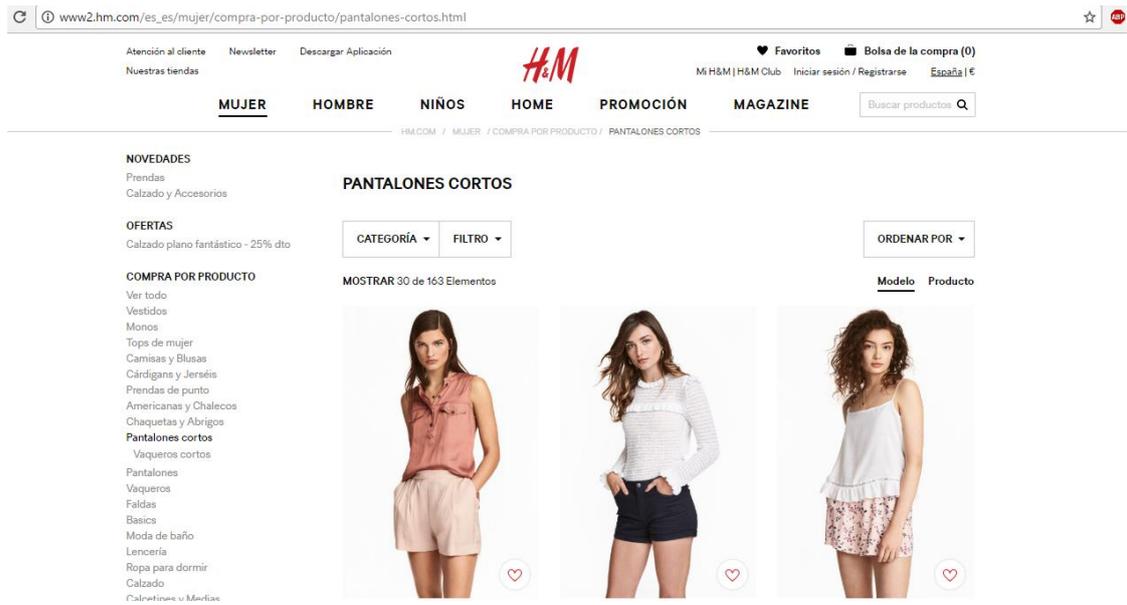


Imagen 19. Página Web de H&M. Para la publicidad de sus productos se emplean modelos delgadas.

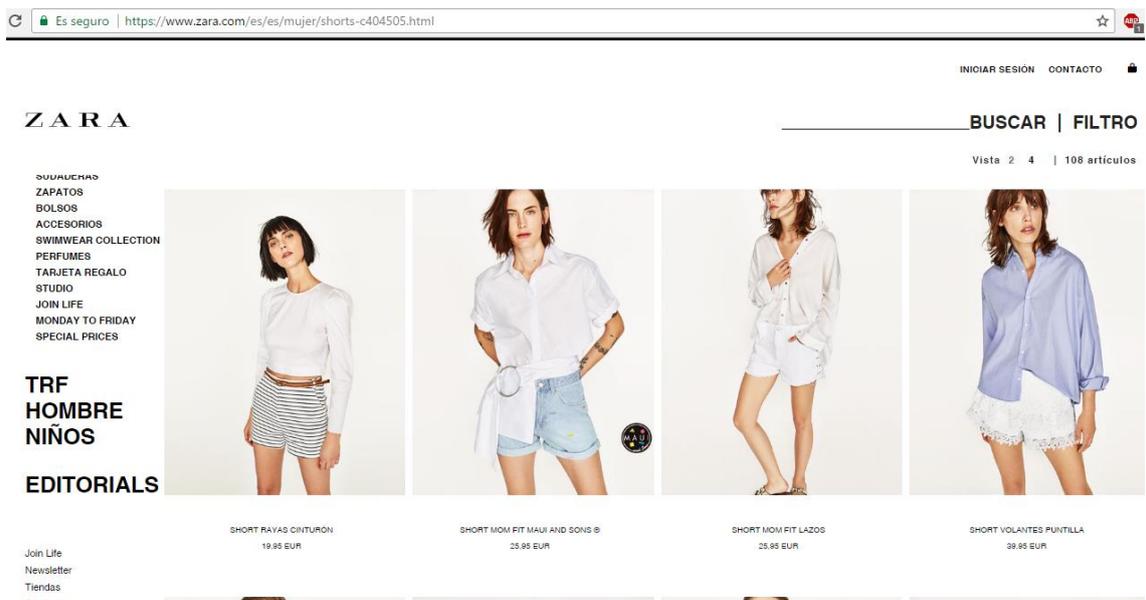


Imagen 20. Para la publicidad de moda de Zara, también se utilizan modelos delgadas.

Carrillo, Jiménez y Sánchez (2010) realizan un estudio con el objetivo de definir qué factores socioculturales influyen en el desarrollo de los TCA, basándose en la opinión de expertos y en personas que los sufren. De este estudio se obtiene que las más influidas son las mujeres adolescentes y que el medio que más frecuentan es la televisión seguido de cerca por internet.

No se trata sólo de los anuncios, pues como recogen los resultados del estudio, la publicidad se encuentra en segunda posición, sino de los reality show's (Carrillo, 2001) Algunos ejemplos son Mujeres y Hombres y Viceversa, Gandía Shore (en el caso de España). Las chicas que aparecen en estos programas, muchas veces, tienen clubs de fans que las idolatran en todos los aspectos (tanto de personalidad como físicos), siendo un foco de imitación y, a la larga, de frustración si sus fans no consiguen parecerse a ellas (Bazán y Miño, 2015). Además, destaca la diferencia en cuanto a exigencias físicas entre hombres y mujeres, siendo las de estas últimas mucho mayores: mientras que en un hombre la belleza reside en una complexión física atlética, fuerte, musculada (Estévez, 2012), en las mujeres se prefiere la delgadez por encima de un cuerpo más grueso o trabajado.

Por otro lado, el contenido publicitario audiovisual destinado a los hombres es completamente diferente que el contenido destinado a las mujeres. Es mucho más exigente para la mujer pues, una mujer que no se cuida, que come mucho o cosas muy grasas, se entiende como una mujer dejada, que no se preocupa por verse bien. Sin embargo, para los hombres, alimentarse “como un vikingo” es algo normal. Un hombre no debería dudar ante la comida grasa y copiosa, pues es *lo normal*.

La campaña de Burger King del año 2006 demuestra cómo un hombre, por “ser hombre” puede disfrutar de comer lo que le apetezca sin arrepentirse. Todo lo contrario que si fuera una mujer (Cabrera, 2010).

Las sociedades pertenecientes al primer mundo dejan en un segundo plano la comida (ya no es un elemento de primera necesidad) pues abunda, sobra, y creemos que no lo necesitamos. (Cabrera, 2010). Es por eso que se ponen en práctica las conocidas “dietas milagro”, que oscilan entre 1 semana y un mes de duración, en los que la ingesta de alimentos es muy reducida, con el fin de perder el máximo peso posible en el menor tiempo. La más famosa en nuestro país es la “operación bikini”, que se desarrolla en el periodo estival y cuyo propósito es “ajustar” el cuerpo al bikini, para que sea “agradable” verlo en bikini.



Imagen 21. “¿Cómo conseguir un “cuerpo de bikini? Coge un bikini y pónitelo”

La que más éxito tuvo en cuanto a práctica (es decir, más mujeres que la llevaban a cabo) fue la **dieta Dukan**, basada en ingerir sólo proteínas. La ingesta de proteínas no aporta calorías ni hidratos de carbono, por lo que las calorías que el cuerpo “quema”, provienen de las reservas del cuerpo. Esta dieta se probó, además, perjudicial para el riñón, que tiene que hacer un sobre esfuerzo para hiperfiltrar el exceso de urea (Wyka, Malzyk, Miziarz, Zoloteńka-Synowiec, Całyniuk y Baczyńska, 2015). Sin embargo, existen otras, como la dieta Atkins, la de la alcachofa, la del limón ... cuyas pautas se recogen en el Anexo II adjunto a este trabajo.

Realizando una búsqueda de “dietas para adelgazar rápido” en Google, encontramos 150.000 resultados en menos de 0,8 segundos. Esto denota la importancia que socialmente se le da al seguimiento de las dietas, a perder peso rápidamente. Al fin y al cabo, te obligan a cuidar tu cuerpo con el único fin de encajar, de conseguir la aceptación de la sociedad (Cabrera, 2010).

Todo esto tiene un componente conductual (se obedece la “obligación social” de seguir la dieta), cognitivo (la imagen que tenemos de nuestro propio cuerpo) y emocional (satisfacción con nuestro propio cuerpo) (Ramos et al., 2016).

La chica de la foto que podemos encontrar bajo estas líneas muestra una imagen dividida en dos: en una (a la izquierda) aparece ella posando de frente, significativamente más delgada que en la foto de la derecha. Al pie de la foto, podemos ver dos letreros que rezan: *Diet culture* (cultura de la dieta) y *Diet culture dropout* (abandono de la cultura de la dieta). Con esto, nos comunica su cambio: cuando seguía la “cultura de la dieta”, cuando se preocupaba por su físico por encima de todo y aparece seria mientras que, en la de al lado, cuando ha dejado esta cultura de la dieta, se muestra mucho más feliz.

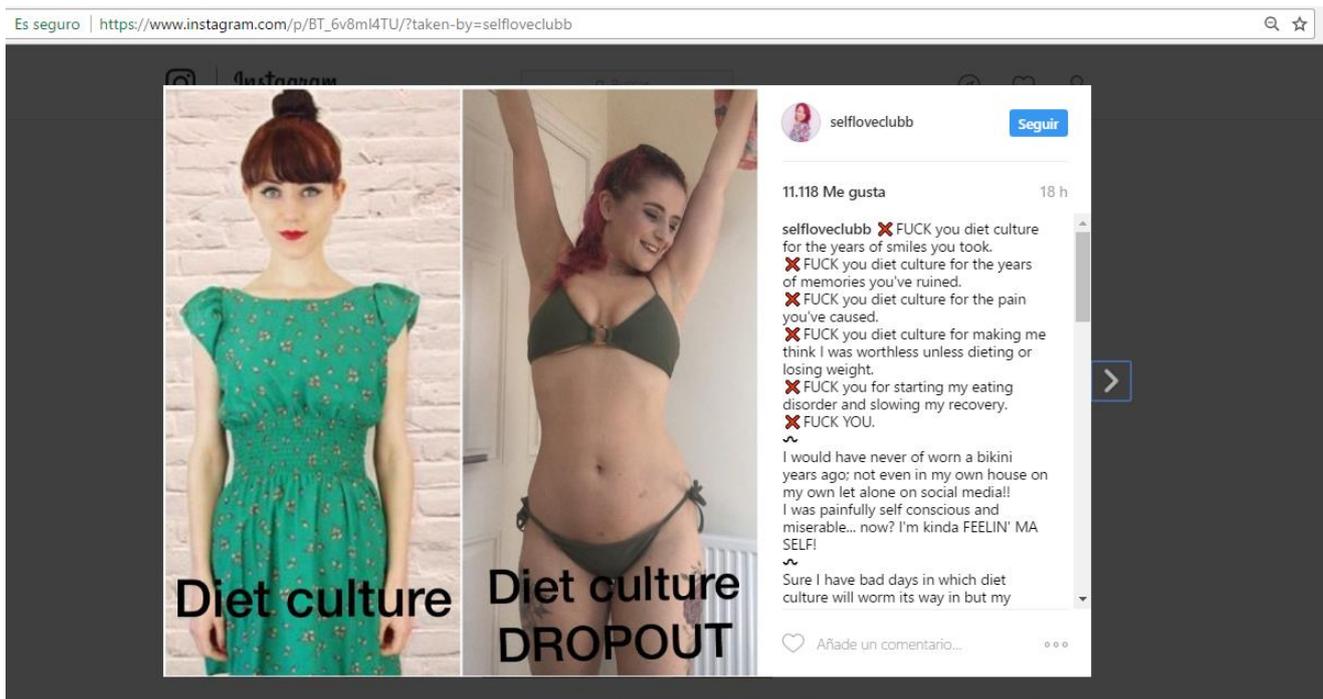


Imagen 22. Post en Instagram de la diferencia entre una chica cuando la “cultura de la dieta” y cuando no.

La publicidad es, como ya hemos dicho, una forma de hacer llegar un mensaje a un grupo de personas (target). Y, además, evolucionan a la vez que la sociedad, pero, al mismo tiempo, la hace evolucionar. A día de hoy, y cada vez más, vemos anuncios de marcas de ropa que utilizan modelos de tallas grandes para, de alguna forma, deshacer esta creencia extendida de que la belleza reside en la delgadez. Puede ser, entonces, que la publicidad sirva tanto para “hacernos sentir mal por no cuidarnos” como para “hacernos sentir bellas tal y como somos, sin importar los estándares establecidos”. (Carrillo et al., 2010). Si la sociedad cambia, la publicidad cambia. Es por esto que, ahora, cada vez más, vemos anuncios protagonizados por parejas homosexuales, mujeres de tallas grandes... en lugar de lo que se entiende como más convencional.

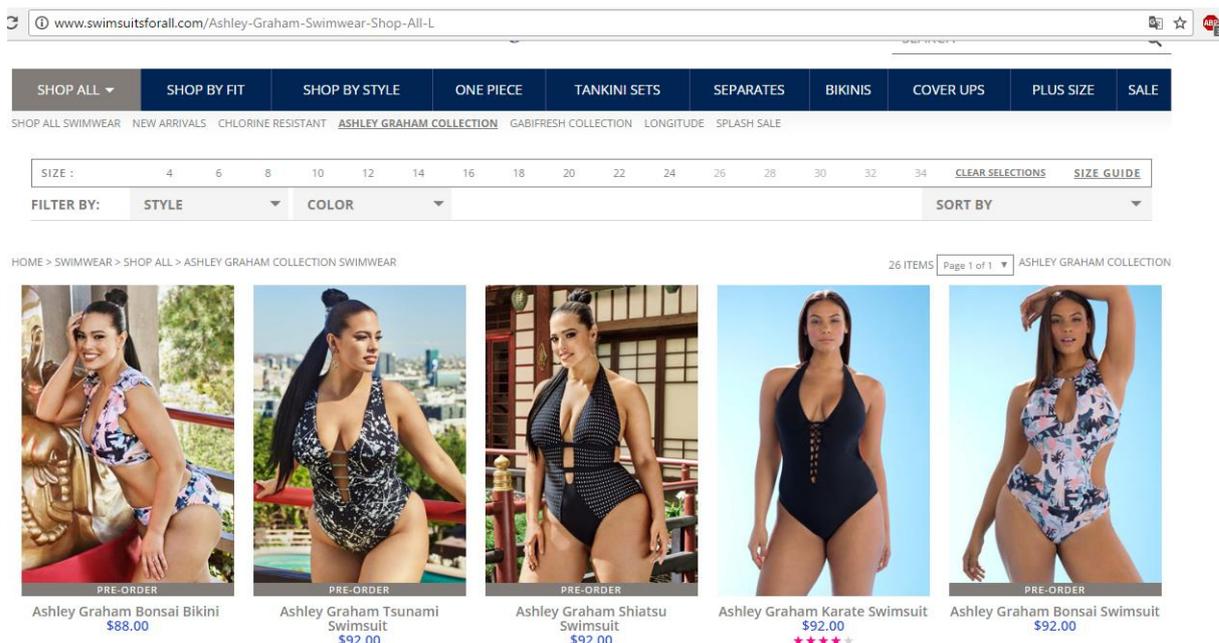


Imagen 23. Ashley Graham para la marca Swimsuits #swimsuitsforall

En contraposición a este movimiento pro-dieta, aparece el movimiento *body-positive*.

### Movimiento Body-Positive (Bopo)

El *movimiento body-positive* procura la aceptación de todos los tipos de cuerpos, de la diversidad (Andrew et al, 2016). Se defiende la necesidad de dejar de juzgar a las personas por su aspecto físico, pues todos somos válidos, todos merecemos respeto y reconocimiento por **lo que somos**, y no por **cómo somos**.

Las pioneras y más importantes defensoras de este movimiento en España son las propietarias del blog *Weloversize* (*We Love-Oversize* (*amamos las tallas grandes*)). Poseen tanto una página de internet como una cuenta en Facebook e Instagram, entre las que acumulan más de 233.000 seguidores.

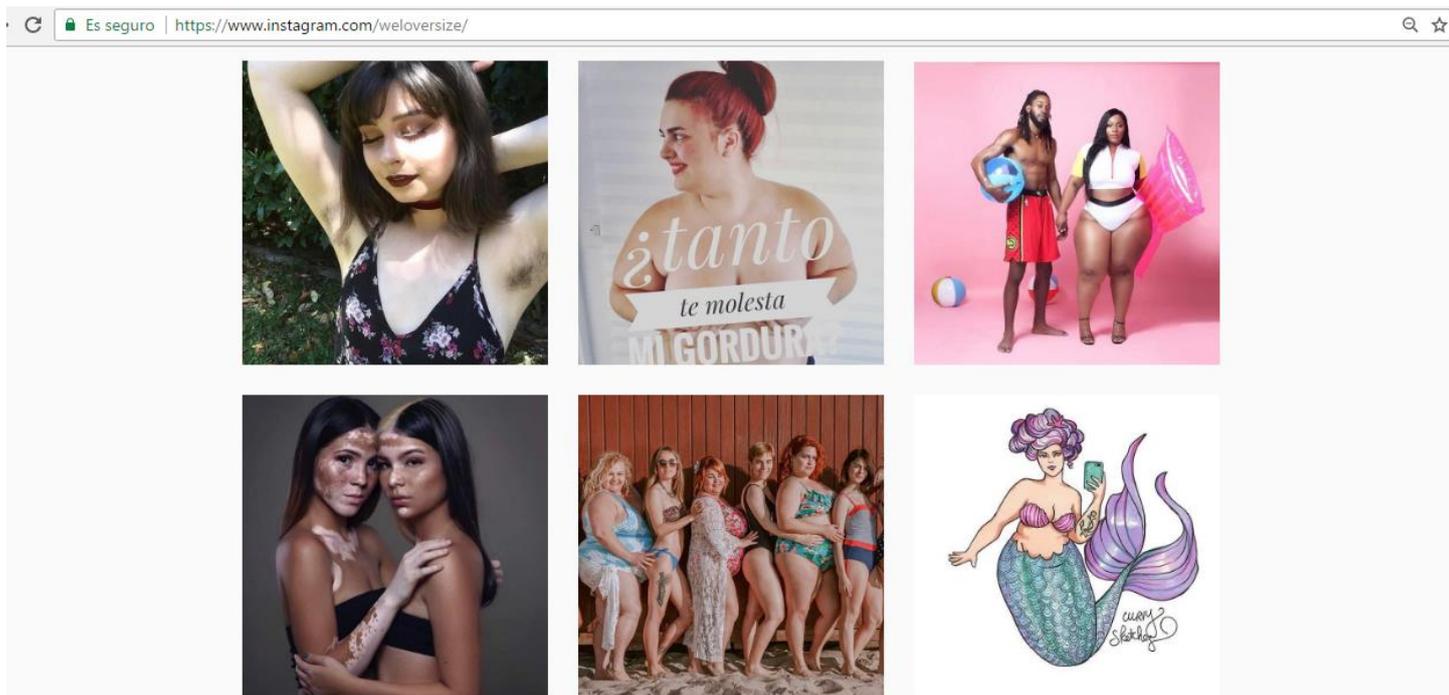


Imagen 24. Publicaciones en el perfil de *Instagram* de *WeLoveSize*, donde se promueve la aceptación de todos los tipos de belleza. Destacamos una foto de una chica exhibiendo sus axilas no depiladas, dos chicas de tez oscura con vitíligo y un grupo de chicas de diferentes tallas posando juntas en bañador.

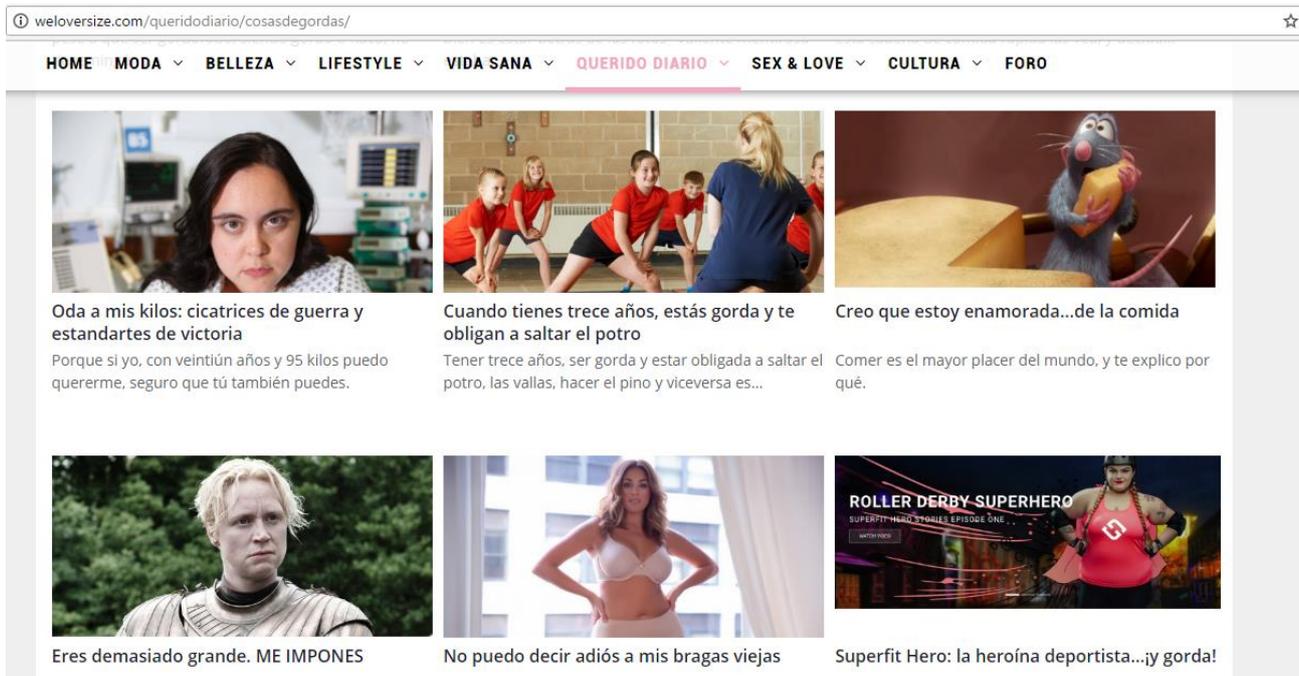


Imagen 25. Posts en el blog de Elena y Rebeca (WeLoverSize)

El blog se compone de historias reales que las usuarias, a través de email, envían para que las propietarias las publiquen. Estas historias generalmente hablan de situaciones cotidianas de personas con sobrepeso, comentarios que reciben, experiencias... Pero también podemos ver mucho apoyo y unión entre las personas que lo forman.

Sus redes sociales están llenas de fotos de otras “influencers” de todo el mundo. Chicas que se salen de los estándares y que no tienen ningún miedo a mostrarse tal y como son, pues saben que eso no define su valor. Esto envuelve tanto sobre peso, como amputaciones, chicas que se han sometido a quimioterapia por cáncer de mama o vitíligo



Imagen 26. Ejemplo de post en el *Instagram* de WeLoverSize, promoviendo todo tipo de belleza. Mostrando la belleza de la diversidad y la diversidad de la belleza. En esta foto encontramos, una chica con una prótesis de pierna, chicas negras, blancas, más delgadas y más gordas.

Junto a estas líneas podemos ver la portada de Facebook de Loversize (Fuente: <https://www.facebook.com/Loversize-519063364812554/>). En ella, podemos observar una imagen en la que aparecen, de izquierda a derecha: un chico con una mano amputada, una chica gruesa, una chica mastectomizada, un chico (algo mayor que el otro que aparece) más grueso y con barba y una chica muy delgada. Debajo, una cinta los envuelve y reza: Body Positive, de todos para todos.

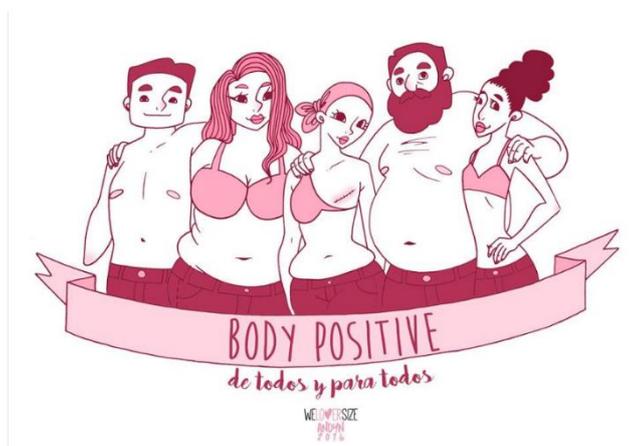


Imagen 27. Foto de portada del perfil de Facebook de WeLoverSize (LoverSize).

La principal intención de las creadoras, Elena Devesa y Rebeca Gómez, es constituir una comunidad donde prime la aceptación y valoración de las personas por encima de cualquier aspecto físico, ya sea sobre peso, enfermedad, cirugía...

Y para ello, no sólo cuentan con colaboraciones de “influencers” de tallas grandes de todo el mundo. También aparecen en su blog una gran cantidad de chicas que, tras mucho tiempo y esfuerzo, han conseguido superar su TCA o están en vías de conseguirlo. Poco a poco, y con ayuda de esta gran comunidad (además de, obviamente, ayuda profesional) consiguen aceptarse y quererse a sí mismas, y dejan de darle tanta importancia a nimiedades como el físico, siendo capaces de anteponer su felicidad.

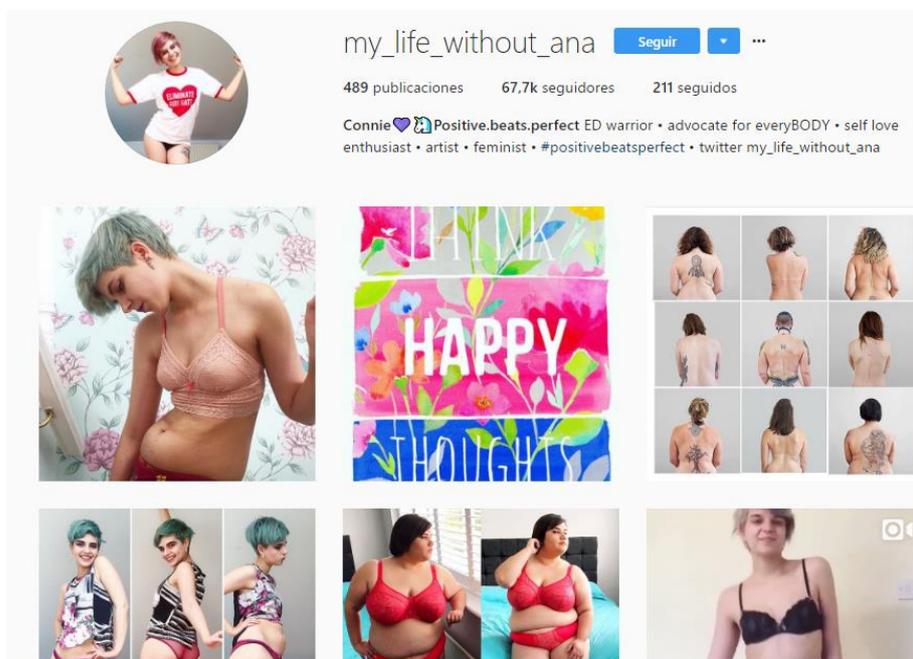


Imagen 28. Ejemplo de perfil a Instagram a favor de la superación de los TCA y el movimiento Body Positive.

Dentro de estos mismos perfiles de chicas que acaban de superar su TCA, encontramos también imágenes pro- *body positive*. Se pretende, con esto, conseguir una sociedad en la que no haya que juzgar a una persona, hacerla sentir inferior, insegura... por su físico. Se promueve, como ya se ha explicado antes, la aceptación de todo tipo de personas, condiciones, estilos, razas, sexos, complejiones físicas... Una comunidad armónica que pueda convivir sin que haya quien se sienta desplazado por su imagen.

El ciclo que siguen la sociedad y la publicidad se podría denominar coloquialmente: “*la pescadilla que se muerde la cola*”. La publicidad evoluciona con la sociedad, muestra lo que la gente quiere, lo que se lleva, lo que gusta. Y al mismo tiempo, la sociedad evoluciona con la publicidad, adoptando las prácticas que en ella se promueven.

Lo que sacamos en conclusión de los estudios revisados, tanto lo más antiguos como los más recientes, es:

1. Los tres elementos que más influyen en el desarrollo de un TCA son:
  - El entorno social
  - La familia
  - Los medios de comunicación.
2. El grupo más afectado por la influencia de estos elementos son los adolescentes y adultos jóvenes, en concreto las chicas de entre 15 y 20 años.
3. A día de hoy, no existen estudios que relacionen positivamente la influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de TCA (Carrillo, 2005), a pesar de estarse iniciando un cambio hacia una sociedad más abierta en cuanto a cánones de belleza.

### **OBJETIVOS, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Los TCA se desarrollan mayoritariamente entre los 14 y 21 años, destacándose la anorexia entre los 14 y los 18 y la bulimia entre los 17 y los 20 aproximadamente. Y, aunque son muy diferentes en sus características y desarrollo, hay algo que tienen en común, y es la propensión a la depresión y la ansiedad, provocadas por la insatisfacción de las adolescentes y adultas jóvenes con su cuerpo. Esto, generalmente lo provoca lo que Munro et al. (2016) denominan el *tripartito*: el entorno familiar, el entorno social y los medios de comunicación (concretamente, la publicidad).

A través de diversos estudios (Carrillo, 2005; Cabrera, 2010; Bernad, 2010; Carrillo et al., 2010; Bazán y Miño, 2015) queda patente el papel que la publicidad, a través de televisión, prensa o internet, juega con los TCA. La publicidad es una herramienta de transmisión, no sólo de mensajes, sino de estereotipos sociales que, además absorben los públicos más jóvenes (Ramos et al., 2016). No sólo son las imágenes que se muestran en los anuncios (mujeres delgadas y esbeltas). También la publicidad de productos dietéticos (XLS, Allí...), de cirugía estética (Corporación Dermoestética, Dorsia...) propician un sentimiento de insatisfacción con una misma por no encajar en los estándares sociales que recibimos a través de los medios.

El objetivo específico del estudio que se desarrollará a continuación será demostrar el nivel de autoestima de las mujeres de entre 15 y 23 años, para así determinar cómo se ven, cómo creen que los demás las ven y cómo creen que es su forma de actuar

en sociedad. Esto hará posible una visión más general y empírica sobre cómo las chicas perciben su cuerpo y su actuación en las relaciones sociales.

En función de los resultados, se podrá determinar si se trata de un nivel general de autoestima alto, medio o bajo.

Asimismo, se obtendrá una visión más clara sobre la necesidad de un cambio social hacia un canon de belleza menos basado en la delgadez y más a favor de la diversidad de cuerpos para, así, evitar ese sentimiento de insatisfacción y malestar en las jóvenes de no poder cumplir. Es más conveniente una sociedad que admita más de un ideal de belleza único, y acepte y valore las personas más allá de su físico.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **PARTICIPANTES**

Para el estudio que vamos a llevar a cabo, tomaremos una muestra 183 mujeres de entre 15 y 23 años, pues son las edades de la que más casos de TCA se tiene registro (Stankovska et al., 2015 y Westmoreland et al., 2016).

Para la selección de la muestra procederemos a realizar un muestreo por cuotas o accidental, consistente en fijar un número de individuos que reúnan unas determinadas características, en nuestro caso ser mujeres de entre 15 y 23 años.

Para el desarrollo de este estudio, se han respetado los acuerdos (Sandín (2003) y Sabaniego (2009)) de:

- Autonomía del entrevistado, pues libremente ha decidido responder a las cuestiones que en esta encuesta se plantean.
- Consentimiento de la información: nos da su consentimiento para utilizar la información obtenida para realizar un estudio.
- Privacidad y confidencialidad: Se respetará siempre la información proporcionada por el entrevistado, no pudiéndose transferir a terceros en ningún caso, salvo la previa autorización del sujeto entrevistado.

## DISEÑO

Para llevar a cabo esta investigación, recurriremos a la metodología cuantitativa. Concretamente, analizaremos una serie de variables, mediante la aplicación de un **cuestionario o encuesta**.

Haremos uso del cuestionario de Heatherton y Polivy (1991), denominado *STATE SELF-ESTEEM SCALE*. La base de este estudio cuantitativo es la medición de tres variables relacionadas con la autoestima: la de nuestra forma de actuar (1), la social (2) y la de nuestra apariencia (3). Se puntuarán del 1 al 5, siendo 1=nada, 2=un poco, 3=algo, 4=mucho, 5=extremadamente.

## INSTRUMENTOS

El *STATE SELF-ESTEEM SCALE*, se trata de un estudio creado por Heatherton y Polivy (1991) y validado por Linton y Marriott (1996), en una investigación que confirma la utilidad de este método en adolescentes para determinar las variaciones de la autoestima. En esta investigación se somete a 59 estudiantes de 11-13 años a unas clases semanales obligatorias relacionadas con la autoestima, para que posteriormente realizaran el *STATE SELF-ESTEEM SCALE*, registrándose variaciones semanales en los tests de cada alumno con respecto a su autoestima. Así, la investigación concluye en que el cuestionario propuesto por Heatherton y Polivy (1991) es válido para determinar el estado de autoestima de los estudiantes adolescentes.

El *State Self-Esteem Scale* de Heatherton y Polivy (1991), mide 3 variables que intervienen en la autoestima de las adolescentes y las adultas jóvenes. Estas son:

- *Appearance self-esteem*: la autoestima de la propia apariencia, es decir, cómo se ven las chicas a sí mismas.
- *Performance self-esteem*: la de la actuación en sociedad, es decir, cómo se ve la chica entrevistada a la hora de relacionarse.
- *Social self-esteem*: la autoestima social, es decir, cómo creen que las ven los demás.

Dicho cuestionario se recoge en el apartado anexo III de este trabajo.

## PROCEDIMIENTO.

Para llegar hasta la ejecución de este trabajo, se han seguido una serie de fases.

### 1. Revisión teórica del tema.

Se ha realizado un recorrido rápido por las definiciones de los TCA y su historia, un estudio sobre las complicaciones tanto físicas como psicológicas de la anorexia y bulimia, un análisis de las páginas web y blogs pro-anorexia y pro-bulimia y, por último, un repaso a los estudios actuales sobre la influencia de los medios de comunicación en el desarrollo de TCA.

2. Selección del instrumento. En este caso, el *STATE SELF-ESTEEM SCALE* (Heatherton y Polivy, 1991).

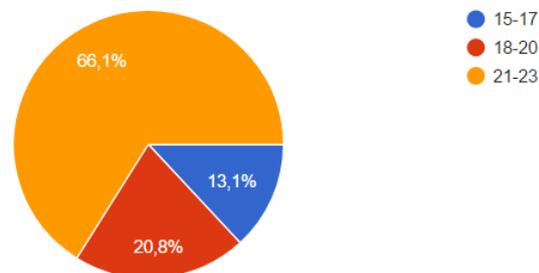
3. Selección de la muestra: 183 mujeres de 15 a 25 años.

4. Recolección de datos: la encuesta se hará llegar a la muestra a través de E-mail y Redes Sociales.

5. Análisis de resultados.

### 1. Edad

183 respuestas



## ANÁLISIS INTERPRETATIVO

Los datos recabados en el estudio serán analizados con el paquete estadístico de Google encuestas, que nos otorgará las estadísticas de las respuestas al cuestionario.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En este apartado vamos a presentar los resultados obtenidos tras la aplicación de la escala (pon el nombre). Para ello, analizaremos los datos derivados de cada ítem que la compone.

### RESULTADOS (ESCALA STATE SELF- ESTEEM)

La muestra participante en este trabajo asciende a un total de 183 sujetos, que atendiendo a la variable edad queda distribuida tal y como se muestra en la figura 1.

En cuanto a la confianza hacía sus habilidades, existen dos respuestas con el mismo porcentaje de votos: “Algo” y “Mucho”, ambas con 73 respuestas (40’1%) seguido de “Poco”, con 21 respuestas. Sólo un 11’5% (10 chicas) confían extremadamente en sus habilidades.

Para 73 de las chicas entrevistadas (40’1%) el ser percibidas como exitosas o fracasadas es una cuestión muy importante. Para el resto de las chicas, esto supone una preocupación también, aunque no con la misma importancia. Para unas pocas, sin embargo (8’2% ,15 mujeres), constituye una gran preocupación, frente a un grupo de 10 entrevistadas, para las que no supone preocupación de ningún tipo.

La mayoría de las chicas entrevistadas reportan que se sienten satisfechas con su cuerpo (154 entrevistadas, sumando los porcentajes de mucho, poco y algo). Un 11’5% (23 sujetos) responden “nada” (no están en absoluto satisfechas con su cuerpo) y tan sólo 3 (1’6%) responden que están extremadamente satisfechas con su cuerpo.

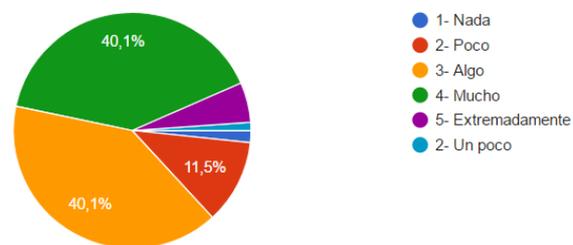
Respecto a la preocupación sobre la actuación en público, destacamos un 28’7% de las entrevistadas han respondido “mucho”, de lo que interpretamos la importancia que se le otorga a la opinión de los demás en cuanto a cómo nos desenvolvemos en grupo. En los resultados

### 3. Me preocupa que la gente me vea como exitosa o fracasada.

182 respuestas

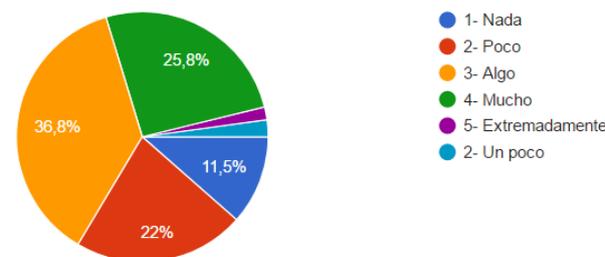
#### 2. Confío en mis habilidades

182 respuestas



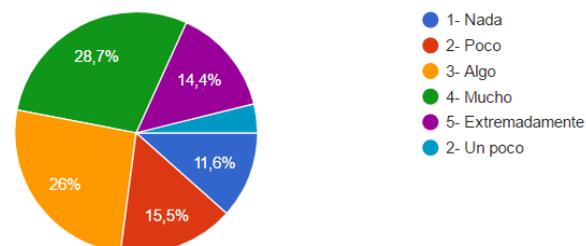
### 4. Estoy satisfecha con mi cuerpo

182 respuestas



### 5. Me preocupa lo que opinan los demás de cómo soy en público

181 respuestas

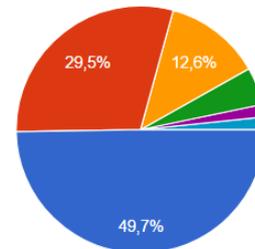


extremos obtenemos el 14'4% (26 entrevistadas), que han respondido que les preocupa extremadamente esta cuestión y un 11'6% (21 mujeres) responden que no les supone ninguna preocupación.

Casi un 50% de las encuestadas (49'7%, 91 chicas), responden que no tienen dificultades para entender lo que leen ("nada"). Un 29'5% (54 entrevistadas), responden que tienen pocas dificultades ("poco"); un 12'6% (23 chicas), "algo"; 4'9% (9 mujeres), "mucho" y un 1'6% (3 sujetos) responden "extremadamente". Esto indica que las chicas, en su mayoría, tienen confianza a la hora de entender lo que leen. Sin embargo, existe un porcentaje (si sumamos las respuestas de "poco", "algo" y "mucho", obtenemos un porcentaje que no se sienten seguras o preparadas para entender lo que leen.

### 6. Siento que tengo dificultades para entender cosas que leo.

183 respuestas

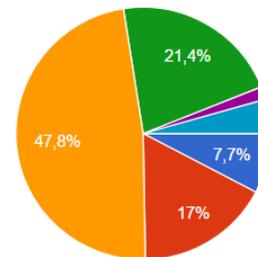


- 1- Nada
- 2- Poco
- 3- Algo
- 4- Mucho
- 5- Extremadamente
- 2- Un poco

En cuando al respeto y admiración que reciben de los demás, los resultados obtenidos demuestran que, en su mayoría, las chicas están satisfechas con la admiración y respeto que reciben de los demás, exceptuando un 7'7%, 14 sujetos, que opinan que no lo reciben. Entendemos, tras ver estas respuestas, que el respeto y admiración por parte de los demás que reciben las chicas responde a un nivel medio.

### 7. Siento que los demás me respetan y admiran

182 respuestas

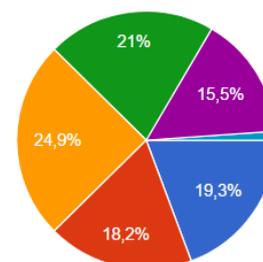


- 1- Nada
- 2- Poco
- 3- Algo
- 4- Mucho
- 5- Extremadamente
- 2- Un poco

Este enunciado reporta respuestas muy variadas, pero de las que obtenemos que, aunque no todas, muchas de las chicas entrevistadas se sienten insatisfechas con su peso a algún nivel. A pesar de que el porcentaje de mujeres que han votado "nada" (no están insatisfechas en absoluto) es mayor que el que ha

### 8. Estoy insatisfecha con mi peso.

181 respuestas



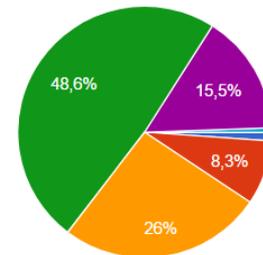
- 1- Nada
- 2- Poco
- 3- Algo
- 4- Mucho
- 5- Extremadamente
- 2- Un poco

votado “extremadamente”, y esto indica que hay más chicas totalmente a gusto con su peso que chicas que no lo están, no podemos pasar por alto que hay 28 chicas a las que se ha entrevistado que están MUY insatisfechas con su peso.

Casi la mitad de las chicas entrevistadas, un 48’6%, están **muy** preocupadas por su imagen. El resto de los porcentajes recogidos muestran menor preocupación, aunque tan sólo 2 chicas (1’1%) responden que no están preocupadas por su imagen. Esto significa que, lo común en estos segmentos de edad es tener algún tipo de preocupación por la imagen, en diferentes medidas.

### 9. Me preocupa mi imagen (self-consciousness).

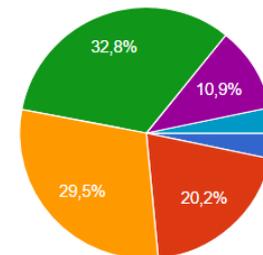
181 respuestas



La preocupación por parecer igual de inteligentes que los demás, denota que la mayoría de las entrevistadas sienten confianza en sí mismas en cuanto a su nivel intelectual. El resultado que más respuestas obtiene es “mucho”, con un 32’8% de sujetos a favor. Sólo un 3’3% de las chicas se sienten muy por debajo del nivel intelectual de las personas que les rodean.

### 10. Me siento igual de inteligente que los demás

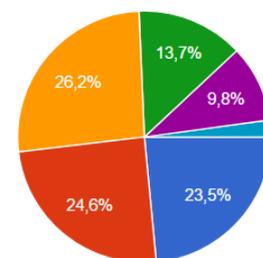
183 respuestas



A la pregunta “no me siento a gusto conmigo misma”, se obtienen porcentajes muy similares para las respuestas que indican más satisfacción (al tratarse de una oración negativa, una respuesta negativa implica afirmación), que son nada, poco, algo. Estas respuestas nos permiten afirmar que la mayoría de las chicas entrevistadas se siente a gusto, encontrando, como en todas las respuestas anteriores y venideras, diferentes percepciones.

### 11. No me siento a gusto conmigo misma

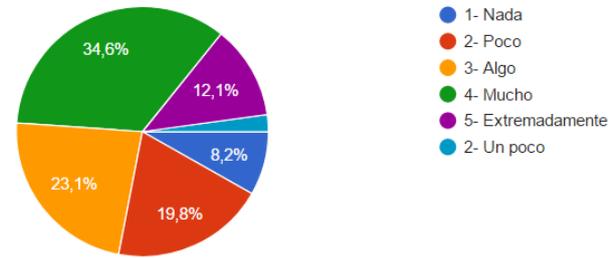
183 respuestas



La sensación de bienestar con una misma describe resultados favorables, mayoritariamente de mucho bienestar consigo mismas. Cabe destacar un 8'2% (15 mujeres) indican que no se sienten nada a gusto.

### 12. Me siento bien conmigo misma

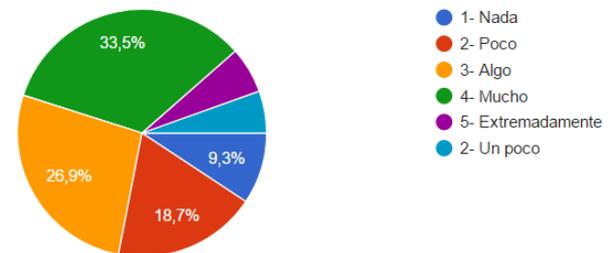
182 respuestas



La mayoría de respuestas al enunciado “Me siento a gusto conmigo misma” refleja que 61 de las chicas entrevistadas (33'5%) se sienten muy a gusto. El siguiente resultado más llamativo es el 9'3% (17 sujetos) que reporta que no se sienten nada a gusto. La mayoría de las chicas encuestadas, en esta pregunta respondieron afirmativamente, representando diferentes escalas. Esto indica que, aunque no se sientan extremadamente a gusto (que sólo respondieron 11 chicas), el grado de satisfacción con consigo mismas es, en general, elevado.

### 13. Me siento a gusto con mi apariencia ahora mismo

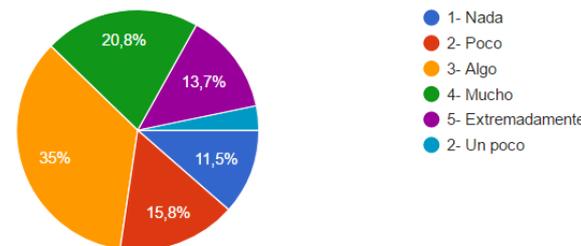
182 respuestas



En cuanto a la preocupación sobre la opinión de los demás, la respuesta que más se repite es “algo”, con un 35% (64 sujetos), seguido de “mucho” con un 20'8%, “poco”, con un 15'8%, “extremadamente” con un 13'7%; y “nada” con un 11'5%. Las opciones cuyos porcentajes son más elevados, indican que a las entrevistadas les preocupa la opinión de las demás, exceptuando el 11'5%, 25 chicas, que responden que no les supone ninguna preocupación.

### 14. Me preocupa lo que otros piensen de mí

183 respuestas

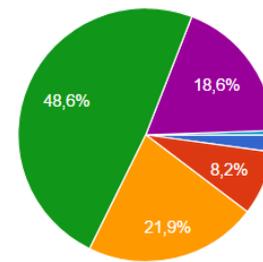


a las entrevistadas les preocupa la opinión de las demás, exceptuando el 11'5%, 25 chicas, que responden que no les supone ninguna preocupación.

Casi la mitad de las entrevistadas, (48'6%, 89 chicas) confían mucho en sí mismas a la hora de entender lo que leen. Las respuestas son claras: la gran mayoría de las chicas sienten confianza en sí mismas a la hora de llevar a cabo una comprensión lectora, exceptuando un 11'5%.

### 15. Siento confianza de entender las cosas que leo

183 respuestas

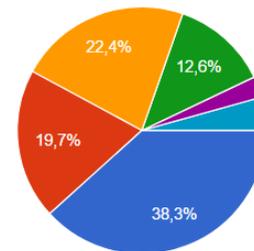


- 1- Nada
- 2- Poco
- 3- Algo
- 4- Mucho
- 5- Extremadamente
- 2- Un poco

El sentimiento de inferioridad con respecto a los demás está puntuado, principalmente con el valor “nada” con un 38'3% (70). Aunque no todas se sienten muy respetadas y admiradas, la mayoría se siente a gusto con la admiración y respeto que reciben de los demás. Tan sólo un 2'7% (5 chicas) de las entrevistadas se sienten inferiores.

### 16. Me siento inferior a los demás

183 respuestas

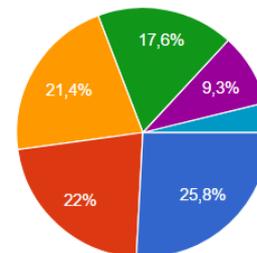


- 1- Nada
- 2- Poco
- 3- Algo
- 4- Mucho
- 5- Extremadamente
- 2- Un poco

El siguiente enunciado cuestiona la falta de atractivo que las entrevistadas consideran en sí mismas. Un 25'8% (47) de las chicas responde que no se sienten nada atractivas, es decir, que se sienten muy atractivas. Los resultados siguientes a este indican que la mayoría no se siente del todo atractivas. La suma de porcentajes de las respuestas que indican que no se sienten atractivas supera al que denota que sí se consideran como tal.

### 17. No me siento atractiva

182 respuestas

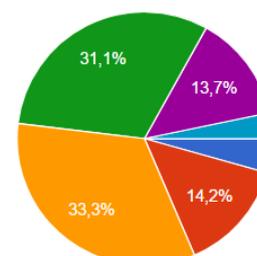


- 1- Nada
- 2- Poco
- 3- Algo
- 4- Mucho
- 5- Extremadamente
- 2- Un poco

En cuanto a la impresión que causan en los demás, el resultado que más se repite es “algo” con un 33'3% (61 chicas), guardando muy poca distancia con “mucho” (31'1%, 57 chicas). En los extremos encontramos que un 13'7% (25) se preocupa “extremadamente” y un

### 18. Me preocupa la impresión que causo

183 respuestas



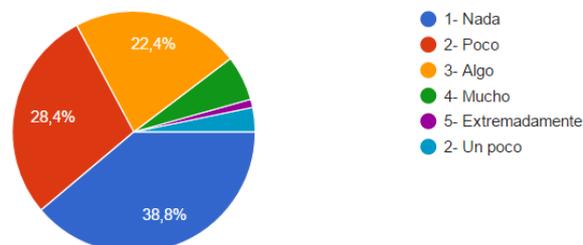
- 1- Nada
- 2- Poco
- 3- Algo
- 4- Mucho
- 5- Extremadamente
- 2- Un poco

14'2% se preocupa “poco” (24). Podemos entender que, en mayor o menor medida, la mayoría de las chicas otorga importancia a la impresión que causan en los demás.

La sensación de inferioridad referente al nivel cultural respecto a los demás obtiene un resultado mayoritario de “nada”, con un 38'8% de respuestas favorables (71 chicas). Los dos siguientes resultados más votado son “poco” con un 28'4% (52 votos) y “algo” con un 22'4% (41 chicas). Tan sólo 2 chicas (1'1%) se sienten “extremadamente” inferiores a los demás en el plano cultural.

### 19. Siento que tengo menos nivel cultural que otros

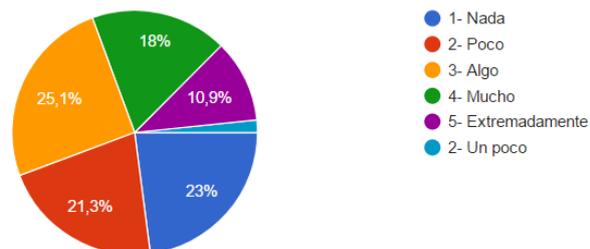
183 respuestas



Las respuestas a este apartado están bastante equilibradas en comparación con algunas de las anteriores. El resultado más votado ha sido “algo” (25'1%, 46 chicas), es decir, la mayoría de las chicas opina que las cosas no le van “todo lo bien que podrían”, pues han elegido el resultado medio de la encuesta. Un 23% (42) ha votado “nada” (al tratarse de una respuesta inversa, implica que estas chicas opinan que las cosas les van bien). Un 21'3% ha elegido poco (39). Los resultados de “mucho” y “extremadamente” (que representarían que piensan que las cosas no les van bien en absoluto), aunque menor a las demás opciones, tiene una puntuación bastante alta, 18% (33 chicas) y 10'9% (20).

### 20. Siento que las cosas no me van bien.

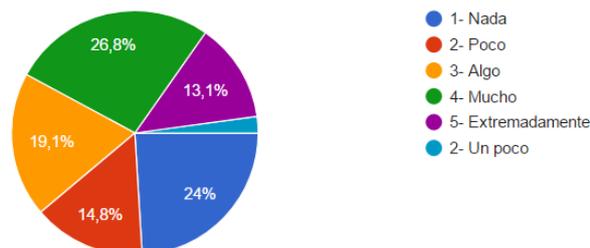
183 respuestas



La preocupación que supone parecer poco inteligente indica que un 26'8% de las chicas (49 entrevistadas) le otorgan “mucho” importancia y un 24%, “nada”. La opinión general de estas chicas se divide entre mucha preocupación y ninguna, aunque cabe destacar que la opción “extremadamente”, que donotaría la preocupación máxima, obtiene 24 votos

### 21. Me preocupa parecer poco inteligente

183 respuestas



(13'1%). Las opciones “algo” y “poco” obtienen, respectivamente, el 19'1% y el 14'8% de los votos.

## **CONCLUSIONES, CONSECUENCIAS E IMPLICACIONES**

A partir de las encuestas realizadas, se han podido verificar varias afirmaciones que se reflejan en los estudios comentados en el marco teórico.

Las chicas entrevistadas, de entre 15 y 23 años (en su mayoría, de entre 21 y 23), poseen, en general, una autoestima de la actuación en grupo (*performance self-esteem*) elevada, ya que sienten que sus capacidades y habilidades, así como su capacidad entendimiento e intelecto es equiparable a la del resto del grupo.

No podemos olvidar que, aunque los porcentajes más elevados se corresponden con las respuestas más favorables, existe un porcentaje de chicas que siente inseguridad ante estos aspectos, hallándose inferiores a sus compañeros, amigos e incluso familiares. Este comportamiento es más característico del segmento de 15-17 años, pues son jóvenes y mucho más exigentes cuando se trata de compararse con los demás.

En cuanto a la autoestima social (*social self-esteem*), la gran mayoría de las chicas, en rasgos generales y en mayor o menor medida, reportan que les preocupa cómo los demás las perciben.

La encuesta, en esta parte (*Social self-esteem*), cuestiona por un lado la preocupación de las chicas por si las personas de su entorno las ven como exitosas o fracasadas. La respuesta mayoritaria a esta pregunta oscila en torno a una preocupación “media”, aunque no extrema. Por lo tanto, podemos confirmar, como hemos visto en estudios como el de Bazán y Miño (2015), que la opinión de los demás en estos aspectos es importante para las entrevistadas.

Por otro lado, también se cuestiona la preocupación de las chicas por su imagen, por cómo los demás las perciben. Las respuestas obtenidas coinciden con la información recabada en los estudios analizados anteriormente. La valoración que las chicas hacen sobre su propia imagen, aunque sin llegar al extremo, constituye una preocupación.

Los resultados recabados en respuesta a la autoestima social denotan que las chicas otorgan una gran importancia a cómo su imagen, tanto intelectual como física, es

percibida por los que las rodean. Sin embargo, cabe destacar que la preocupación sobre la propia imagen (*self-consciousness*) conlleva más importancia y preocupación.

Por último, en cuanto a *appearance self-esteem* (autoestima de la apariencia), los resultados son bastante variados. Muchos de los casos recogidos denotan que las chicas poseen una autoestima alta, pues se sienten atractivas y satisfechas con su peso; aunque otras se sienten inseguras e insatisfechas.

Esto nos ayuda a entender que, aunque existan chicas (por lo general, las más mayores pues ya poseen una personalidad más formada y no otorgan tanta importancia a tales cuestiones, como una adolescente (Bazán y Miño, 2015) que tienen una imagen favorable de ellas mismas, se aceptan y están satisfechas con cómo se ven, hay otras que demuestran que, aun existiendo movimientos a favor de la aceptación de todos los tipos de belleza, poseer un peso y una imagen adecuados es bastante importante.

Como conclusión general, se corrobora que la sociedad se encuentra en movimiento, hacia una más tolerante en cuanto a “tipos de belleza”. Poco a poco, el canon estético basado en la delgadez está evolucionando hacia la aceptación de, no sólo todo tipo de cuerpos (diferentes pesos, alturas...), sino también la belleza en mujeres que sufren alguna enfermedad como vitíligo, intervenciones quirúrgicas como la mastectomía, amputaciones por accidentes, la no depilación...

Las mujeres en particular y la sociedad en general, ahora apuestan por el apoyo mutuo, por la aceptación de todas y cada una de las mujeres sin importar su físico. Y, gracias a este cambio en la mentalidad de las mujeres, es posible un cambio en la publicidad pues, como hemos visto, es una herramienta para extender un mensaje a la sociedad, y está altamente influido por esta. Cada vez más, las mujeres se sienten más representadas en la publicidad, gracias a la aparición de modelos de tallas más grandes, pequeñas, de diferentes razas...

En el desarrollo de la encuesta, los sujetos han reportado resultados favorables para poder hacer esta afirmación, pues los niveles de autoestima recogidos son, en su mayoría, elevados, lo que denota que, gracias a este movimiento, las mujeres son más capaces de aceptarse, tanto física como socialmente, denotando seguridad en sí mismas.

Esto significa que el ideal de belleza está comenzando, poco a poco, a ampliarse.

Sin embargo, queda mucho por hacer pues, la imagen como parte indispensable para el éxito tanto en las relaciones sociales como laborales o sentimentales mantiene su importancia llegando, en muchos casos, y como hemos podido comprobar, a desencadenar problemas graves y que exigen ser tratados con seriedad, como los TCA.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrew, R., Tiggemann, M., & Clark, L. (2016). Predicting body appreciation in young women: An integrated model of positive body image. *Body Image*, 18, 34-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.00>
- Bancalero Romero, M. (2015). *Alternativas de clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria: estudio de una muestra clínica procedente de una unidad específica ambulatoria* (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=46206>
- Bazán, C., y Miño, R. (2015). *La imagen corporal en los medios de comunicación masiva*. *Psicodebate*, 15(1), 23-42. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v15i1.482>
- Bernad Monferrer, E. (2010). Ilícitud de las representaciones degradantes y humillantes del cuerpo femenino en la publicidad. Especial referencia a la anorexia. *Revista ICONO14. Revista Científica De Comunicación Y Tecnologías Emergentes*, 8(3), 186-207. <http://dx.doi.org/10.7195/ri14.v8i3.234>
- Buñuel Álvarez, J., y Cuestas, E. (2008). La menstruación irregular podría ser un signo de alerta de un trastorno de la conducta alimentaria no diagnosticado. *Evidencias En Pediatría*, 4(3), 51. [https://dx.doi.org/vol4/2008\\_numero\\_3/2008\\_vol4\\_numero3.10.htm](https://dx.doi.org/vol4/2008_numero_3/2008_vol4_numero3.10.htm)
- Cabrera García-Ochoa, Y. (2010). El cuerpo femenino en la publicidad. Modelos publicitarios: entre la belleza real, la esbeltez o la anorexia. *Revista ICONO14. Revista Científica De Comunicación Y Tecnologías Emergentes*, 8(3), 223-247. <http://dx.doi.org/10.7195/ri14.v8i3.236>
- Carrillo Durán, M. (2001). *La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa* (Tesis doctoral). UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. Recuperado de 1 de Marzo de 2017 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=16547>
- Carrillo Durán, M. (2003). ANOREXIA Y BULIMIA ¿LA PUBLICIDAD VÍCTIMA O CULPABLE?. *Revista Latinoamericana De Comunicación CHASQUI Centro*

*Internacional De Estudios Superiores De Comunicación Para América Latina*, 83, 30-33. <http://dx.doi.org/10.16921/chasqui.v0i83.1486>

Carrillo Durán, M. (2005). *Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad* (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1382753>

Carrillo Durán, M., Jiménez Morales, M., & Sánchez Hernández, M. (2010). La publicidad de televisión entre otros factores socioculturales influyentes en los trastornos de la conducta alimentaria. Málaga: Asociación Española de Investigación de la Comunicación. Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Málaga, Comunicación y Desarrollo en la Era Digital, AE-IC Málaga 2010, Málaga. Recuperado 2 de Marzo de 2017 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5393730>

Castejón Martínez, M., Berengüí Gil, R., y Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2016). Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutrición Clínica Y Dieta Hospitalaria*, 36(1), 54-63. <https://www.dx.doi.org/10.12873/361castejon>

Castillo, M., & Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems In Pediatric And Adolescent Health Care*, 1, 1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>

Cruz Bojórquez, R., Velázquez López, H., Ávila Escalante, M., y Estrella Castillo, D. (2013). Evaluación de factores de riesgo de TCA en estudiantes de nutrición. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 4(1), 37-44. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4406509>

Díaz Soloaga, P., Quintas Froufe, N., y Muñiz, C. (2012). Cuerpos mediáticos versus cuerpos reales. Un estudio de la representación del cuerpo femenino en la publicidad de marcas de moda en España. *Revista ICONO14. Revista Científica De Comunicación Y Tecnologías Emergentes*, 8(3), 244-256. <http://dx.doi.org/10.7195/ri14.v8i3.237>

- Fernández Hernández, A. (2015). Historia de la anorexia nerviosa. *Revista De Ciencias De La Pablo De Olavide*, 20, 1-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5297782>
- Forney, K., Buchman-Schmitt, J., Keel, P., & Frank, G. (2016). The medical complications associated with purging. *International Journal Of Eating Disorders*, 49(3), 249-259. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22504>
- Franco, K., Díaz, F., López-Espinoza, A., Escoto, M., y Camacho, E. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia Psicológica*, 31(2), 219-225. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082013000200008>
- G. Bermejo, B., Saúl, L., y Jenaro, C. (2011). La anorexia y la bulimia en la red. Ana y Mia dos «malas compañías para las jóvenes» de hoy = The anorexia and bulimia on the web: Ana and Mia two “bad company” for youth today. *Acción Psicológica*, 8(1), 71-84. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.8.1.197>
- Gracia-Arnaiz, M. (2014). Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios. *Política Y Sociedad*, 51(1), 73-94. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_poso.2014.v51.n1.42486](http://dx.doi.org/10.5209/rev_poso.2014.v51.n1.42486)
- Guardiola Wanden-Berghe, R. (2014). *Las Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante. Recuperado 9 de Marzo de 2017 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=63653>
- Guzmán do Nascimento, B., y Rodríguez Díaz, R. (2016). Comunicación y salud: la anorexia a través de la prensa. *Estudios Sobre El Mensaje Periodístico*, 22(2), 748-749. <http://dx.doi.org/10.5209/esmp.54233>
- Ibáñez-Aguirre, C. (2017). Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. *Revista De Psicología Clínica Con Niños Y Adolescentes*, 4(1), 65-70. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5789321>
- Junne, F., Zipfel, S., Wild, B., Martus, P., Giel, K., & Resmark, G., Friedrich, H., ... Löwe, B. (2016). The relationship of body image with symptoms of depression

- and anxiety in patients with anorexia nervosa during outpatient psychotherapy: Results of the ANTOP study. *Psychotherapy*, 53(2), 141-151. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000064>
- K. Witte, T., L. Zuromskia, K., M. Gauthiera, J., R. Smithb, A., Bartlett, M., & Siegfried, N. et al. (2016). Restrictive eating: Associated with suicide attempts, but not acquired capability in residential patients with eating disorders. *Psychiatric Research*, 235(1), 90-96. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.043>
- Kimmel, M., Ferguson, E., Zerwas, S., Bulik, C., & Meltzer-Brody, S. (2015). Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *International Journal Of Eating Disorders*, 49(3), 260-275. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22483>
- Linton, K., & Richard, G. (1996). Self-esteem in adolescents: Validation of the state self-esteem scale. *Personality And Individual Differences*, 21(1), 85-90. [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(96\)83741-x](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(96)83741-x)
- Lulé, D., Schulze, U., Bauer, K., Schöll, F., Müller, S., Fladung, A., & Uttner, I. (2014). Anorexia nervosa and its relation to depression, anxiety, alexithymia and emotional processing deficits. *Eating And Weight Disorders - Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity*, 19(2), 209-216. <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-014-0101-z>
- Mancilla-Díaz, J., Lameiras-Fernández, M., Vázquez-Arévalo, R., Alvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X., y Ocampo Téllez-Girón, M. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 1, 36-47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3652287>
- Mannarini, S., & Boffo, M. (2014). Anxiety, bulimia, drug and alcohol addiction, depression, and schizophrenia: what do you think about their aetiology, dangerousness, social distance, and treatment? A latent class analysis approach. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 27-37. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-014-0925-x>

- Martín Llaguno, M. (2010). Historia mediática de la anorexia. La construcción inicial del problema a finales de los 90. *Revista ICONO14. Revista Científica De Comunicación Y Tecnologías Emergentes*, 8(3), 45-61.  
<http://dx.doi.org/10.7195/ri14.v8i3.228>
- Mollà, L., Batlle Vila, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., y Martín, L. et al. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 1(1), 51-61.  
<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14408>
- Munro, C., Randell, L., & Lawrie, S. (2016). An Integrative Bio-Psycho-Social Theory of Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 1-21.  
<http://dx.doi.org/10.1002/cpp.2047>
- Muñoz Calvo, M. (2011). TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. *Protocolos Actualizados Asociación Española de Pediatría*. 255-267. Recuperado el 9 de Febrero de 2017 de <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-endocrinologia>
- Norris, M., Harrison, M., Isserlin, L., Robinson, A., Feder, S., & Sampson, M. (2015). Gastrointestinal complications associated with anorexia nervosa: A systematic review. *International Journal Of Eating Disorders*, 49(3), 216-237.  
<http://dx.doi.org/10.1002/eat.22462>
- Ortiz Fernández, C. (2015). *Hacia un diagnóstico fiable y eficiente del trastorno límite de la personalidad* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=76151>
- Ramos, P., Rivera, F., Pérez, R., Lara, L., y Moreno, C. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos De Psicología / Psychological Writings*, 9(1), 42-50.  
<http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1409>
- Ruiz lázaro, P., Peláez-Fernández, M., Calvo Medel, D., Pérez Hornero, J., Gómez del Barrio, A., y Calado Otero, M. (2016). Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles. *Aequalitas*, 39(1), 29-36.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5798979>

- Sepúlveda, A., Botella, J., y León, J. (2002). BODY-IMAGE DISTURBANCE IN EATING DISORDERS: A META-ANALYSIS. *Psicothema*, 6(1), 83-95. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=297584>
- Soler, J., Aparicio, L., Díaz, O., Escolano, E.y & Rodríguez, A. (2016). *INTELIGENCIA EMOCIONAL Y BIENESTAR II*. Zaragoza: Ediciones Universidad San Jorge. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=655308>
- Stankovska, G., Osmani, F., Pandilovska, S., & Dimitrovski, D. (2015). Association between Puberty, Bulimia Nervosa and Depression. *Bangladesh Journal Of Medical Science*, 14(4), 327-330. <http://dx.doi.org/10.3329/bjms.v14i4.19308>
- Vaz-Leal, F., Rodríguez-Santos, L., García-Herráiz, M., Chimpén-López, C., Rojo-Moreno, L., Beato-Fernández, L., & Ramos-Fuentes, M. (2014). Papel de la depresión y la impulsividad en la psicopatología de la bulimia nerviosa. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental*, 7(1), 25-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.06.003>
- Westmoreland, P., Krantz, M., & Mehler, P. (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal Of Medicine*, 129(1), 30-37. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>
- Wyka, J., Malczyk, E., Misiarz, M., Zołoteńka-Synowiec, M., Całyniuk, B., & Baczyńska, S. (2015). ASSESSMENT OF FOOD INTAKES FOR WOMEN ADOPTING THE HIGH PROTEIN DUKAN DIET. Institute Of Dietetics, *University Of Applied Sciences In Nysa*, 12(1), 137-142. Recuperado 17 de Abril de 2017 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26024402>

### **Recursos Gráficos:**

- Beccafumi, D. (1514-1517). La estigmatización de santa Catalina. Retrieved from [http://www.biografiasyvidas.com/biografia/c/catalina\\_siena.htm](http://www.biografiasyvidas.com/biografia/c/catalina_siena.htm)
- de Ribera, J. (1640-1645). Santa Teresa de Jesús. Retrieved from [http://www.corazones.org/santos/teresa\\_avila.htm](http://www.corazones.org/santos/teresa_avila.htm)

- ♡ *Consejos & Trucos* ♡ ∞ *Pro-Ana & Pro-Mía* ∞. Retrieved 28 April 2017, from <https://otraprincesaproanaymiamas.wordpress.com/acerca-de/>
- Princesas Ana y Mia :: Indice. Anaymia.esforos.com.* Retrieved 28 April 2017, from <http://anaymia.esforos.com/>
- Me.... Amigasanaymia.blogspot.com.es.* Retrieved 28 April 2017, from <http://amigasanaymia.blogspot.com.es/2007/06/me.html>
- Tabla de pesos. Ana y mia.. (2015). *Ana y Mia, sin dolor no hay perfección.* Retrieved 26 May 2017, from <http://unperfectprincess.weebly.com/blog/tabla-de-pesos-ana-y-mia>
- Google. (2017). *Google.es.* Retrieved 26 May 2017, from <https://www.google.es/>
- Instagram post by Weloversize • Feb 24, 2017 at 8:15am UTC.* (2017). *Instagram.* Retrieved 28 April 2017, from <https://www.instagram.com/p/BQ4yQe8FtuU/>
- Ana, E. *Thinspiration. Princessanamiaperfect.blogspot.com.es.* Retrieved 28 April 2017, from <http://princessanamiaperfect.blogspot.com.es/p/thinspiration.html>
- Revista Hogar - ECUADOR. (2016). Revistahogar.com.* Retrieved 23 May 2017, from [http://www.revistahogar.com/ediciones\\_anteriores.php](http://www.revistahogar.com/ediciones_anteriores.php)
- Abril 2013. (2017). Vogue. Retrieved 23 May 2017, from* <http://www.vogue.es/moda/news/articulos/candice-swanepoel-en-la-portada-del-numero-de-abril-2013-de-vogue/17613>
- Vicente, A. (2017). Jennifer López, protagonista de la portada de Glamour - Un 10 en belleza. Un 10 en belleza. Retrieved 29 May 2017, from* <http://un10enbelleza.com/2010/08/jennifer-lopez-protagonista-de-la-portada-de-glamour.html>
- Globus Comunicación. (2017). Retrieved 23 May 2017, from* [http://www.globuscom.es/CUERPO DE MUJER\\_523836a525972.htm](http://www.globuscom.es/CUERPO DE MUJER_523836a525972.htm)
- Creativo, D. (2017). Una doctora cartagenera portada de la revista Mía. 7nova.es. Retrieved 23 May 2017, from*

[http://www.7nova.es/articulos/una\\_doctora\\_cartagenera\\_portada\\_la\\_revista\\_mia.html](http://www.7nova.es/articulos/una_doctora_cartagenera_portada_la_revista_mia.html)

*Jessica Alba, Cosmopolitan Magazine March 2016 Cover Photo - Spain. (2017). FamousFix.com. Retrieved 29 May 2017, from <http://www.famousfix.com/topic/cosmopolitan-magazine-spain-march-2016>*

*Fashion Covers. (2017). Pinterest. Retrieved 29 May 2017, from <https://es.pinterest.com/pin/56506170307492932/>*

*Jennifer Lawrence, Marie Claire Magazine February 2017 Cover Photo - Spain. (2017). FamousFix.com. Retrieved 29 May 2017, from <http://www.famousfix.com/topic/marie-claire-magazine-spain-february-2017>*

*MUJERHOY (2017). El poder de las curvas en la portada de Mujerhoy. MujerHoy. Retrieved 29 May 2017, from <http://www.mujerhoy.com/revista/201705/05/poder-curvas-portada-mujerhoy-20170505114453.html>*

*Pantalones cortos | H&M ES. (2017). H&M. Retrieved 23 May 2017, from [http://www2.hm.com/es\\_es/mujer/compra-por-producto/pantalones-cortos.html](http://www2.hm.com/es_es/mujer/compra-por-producto/pantalones-cortos.html)*

*Shorts y bermudas | MUJER | ZARA España. (2017). Zara.com. Retrieved 23 May 2017, from <https://www.zara.com/es/es/mujer/shorts-c404505.html>*

*Inspirational stuff!. (2017). Pinterest. Retrieved 23 May 2017, from <https://es.pinterest.com/pin/403635185330266830/>*

*Google. (2017). Google.es. Retrieved 26 May 2017, from <https://www.google.es/>*

*Ashley Graham Collection Swimwear. (2017). Swimsuitsforall.com. Retrieved 23 May 2017, from <http://www.swimsuitsforall.com/Ashley-Graham-Swimwear-Shop-All-L>*

*Devesa, E., & Gómez, R. (2017). Weloversize (@weloversize) • Instagram photos and videos. (2017). Instagram.com. Retrieved 23 May 2017, from <https://www.instagram.com/weloversize/>*

Devesa, E., & Gómez, R. (2017). Instagram post by Weloversize • May 12, 2017 at 5:01pm UTC. (2017). Instagram. Retrieved 23 May 2017, from [https://www.instagram.com/p/BT\\_vO9lmEt/?taken-by=weloversize](https://www.instagram.com/p/BT_vO9lmEt/?taken-by=weloversize)

Devesa, E., & Gómez, R. (2017). Cosas de gordas - WeLoverSize.com. WeLoversize. Retrieved 23 May 2017, from <http://weloversize.com/queridodiario/cosasdegordas/>

Devesa, E., & Gómez, R. (2017). LoverSize. Facebook.com. Retrieved 23 May 2017, from <https://www.facebook.com/Loversize-519063364812554/>

Connie   Positive.beats.perfect (@my\_life\_without\_ana) • Instagram photos and videos. (2017). Instagram.com. Retrieved 23 May 2017, from [https://www.instagram.com/my\\_life\\_without\\_ana/](https://www.instagram.com/my_life_without_ana/)

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>DOCUMENTOS ANEXADOS</b>
ANEXO I: ANÁLISIS DE BLOGS PRO-ANOREXIA Y BULIMIA
ANEXO II: DIETAS
ANEXO III: ANÁLISIS DE PORTADAS DE REVISTA
ANEXO VI: STATE SELF-ESTEEM SCALE