



**Universidad Nacional de Lomas de Zamora**  
INVESTIGACIONES

**FORTALECIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE PROYECTOS  
DE INVESTIGACIÓN**

**INFORME FINAL**

**Denominación del proyecto:**

*Recepción de Información Televisiva sobre Bulimia y Anorexia”  
(P S 24)*

**Director del Proyecto:**

*Lic. Daniel Hugo López*

**Equipo de investigación:**

*Lic. María Fernanda Martínez y Lic. Silvia Mabel Rivas*

**Facultad:**

*Ciencia Sociales*



# CAPITULO I

## Resumen

---

Las modas como fenómeno social han existido en todas las culturas a lo largo de la historia del hombre. Las sociedades se han vuelto más homogéneas y los medios de comunicación han alcanzado una potencia desconocida contribuyendo a la similitud de las costumbres. Los adolescentes se transforman en el modelo de identificación para la sociedad, ya que su cuerpo, su belleza, su vestimenta y su juventud son reclamos permanentes.

Hasta hace apenas veinte años, las consultas médicas por trastornos alimentarios se limitaban a problemas de sobrepeso y obesidad. Actualmente la Bulimia y la Anorexia se han convertido en protagonistas. La mayoría de los especialistas consultados vinculan a los medios de comunicación, especialmente a la televisión, con la gestación de una “personalidad de base” que conduciría hacia la Bulimia y Anorexia a determinados adolescentes. Ellos constituyen un grupo de alto riesgo que no incorpora conocimientos acerca de la prevención de la Bulimia y Anorexia cuando recibe mensajes televisivos referentes a la sintomatología de estas enfermedades, por el contrario, adquiere ideas que podrían ser perjudiciales para su salud. Para profundizar en la relación entre los adolescentes y la televisión es que se plantea indagar qué posturas adoptan estos ante la información recibida sobre Bulimia y Anorexia, si incorporan conocimientos sobre la prevención y la sintomatología de estas enfermedades y cómo pueden influir en la decodificación de los mensajes televisivos sobre Bulimia y Anorexia las distintas actividades extraescolares de los jóvenes y sus consecuentes grupos de pertenencia.

Esto se concreta abordando al objeto de estudio cualitativamente y con un diseño de tipo exploratorio, que se centraliza en el análisis de las variables: posición frente a la información recibida, actividad extraescolar, sexo, edad y nivel socioeconómico. El universo de estudio está constituido por un colegio privado y otro estatal de la zona sur del gran Bs. As., y la unidad de análisis son los jóvenes, hombres y mujeres, entre 15 y 18 años.

Al analizar los datos referentes a las unidades investigadas con relación a la posición frente a la información recibida se observa que quienes ejercen una actitud activa son mayoritariamente las mujeres de 15 y 17 años que en su posición de informarse buscan datos, referencias y profundizan sus conocimientos y/o buscan asesoramiento. Los adolescentes no incorporan, o lo hacen erróneamente, información acerca de la prevención de la Bulimia y la Anorexia. a través de los mensajes televisivos; sin embargo, aumentan sus conocimientos sobre sintomatología y generalidades de estas patologías. De acuerdo a la variable actividad extraescolar, las distintas actividades que los adolescentes practican en su tiempo libre no incluyen mirar



televisión como una de las más importantes, y cuando se la realiza, la incidencia del grupo de pertenencia en la decodificación de los mensajes sobre Bulimia y Anorexia no influye mayormente porque los adolescentes miran televisión con sus padres y hermanos en un gran porcentaje.

Se concibe a los adolescentes como receptores activos que se informan y pueden reelaborar, desviar o invertir los mensajes, más allá de la clase social a la que pertenecen y de las actividades extraescolares que realicen.

Al considerar los resultados alcanzados, y su posterior discusión, se entiende que para lograr una verdadera acción preventiva, que aborde la problemática de la Bulimia y la Anorexia, los profesionales médicos deben elaborar criterios consensuados de prevención y tratamiento sobre todo cuando estos se difunden por los medios masivos de comunicación. Así mismo, al ser enfermedades que requieren un tratamiento interdisciplinario, es necesario que los comunicadores y educadores sean incorporados al equipo de salud a fin de brindar asesoramiento sobre la comunicación, concebida como un fenómeno netamente humano y social que se da en la cultura, y dista mucho de ser un proceso causa-efecto.



## CAPITULO II

### Introducción

---

Las modas como fenómeno social han existido en todas las culturas a lo largo de la historia del hombre. Las sociedades se han vuelto más homogéneas, y los medios de comunicación han alcanzado una potencia desconocida, contribuyendo a la similitud de costumbres.

La sociedad de consumo es una realidad. El sujeto construye parte de su identidad en el deseo de adquirir. Los adolescentes se transforman en el modelo de identificación para la sociedad, ya que su cuerpo, su belleza, su vestimenta, su juventud, son reclamos permanentes, y al mismo tiempo, configuran un mercado numeroso con un poder adquisitivo nada desdeñable. Las nuevas tendencias añaden progresivamente a la delgadez valores como éxito social, salud y equilibrio.

Hasta hace apenas veinte años, las consultas médicas por trastornos alimentarios se limitaban a problemas de sobrepeso y obesidad.

Actualmente la Bulimia y la Anorexia se han convertido en protagonistas. Son la expresión de una época en la que todo responde a la lógica del mercado: en estas patologías son los individuos quienes se autoconsumen.

Sin embargo, se puede hablar de tres etapas en la historia de la Anorexia nerviosa. La primera data de los Siglos V al XVI, donde se encuentra la patología en jóvenes que ayunaban en forma extensa y total, estando el motivo de los ayunos relacionado a la religión. La segunda etapa abarca del Siglo XVI al XVIII, donde las causas religiosas sobrenaturales siguen siendo la explicación más común a estos ayunadores, pero los médicos de la época comienzan a dedicarle atención. La tercera etapa comienza a mediados del Siglo XIX, nace el concepto de Anorexia nerviosa.

La Bulimia, en cambio, es un síndrome relativamente moderno, data de no más de dos décadas.

En la Argentina, los hospitales públicos y entidades privadas han visto aumentada la demanda de tratamiento para la Bulimia y la Anorexia, determinando la necesidad de conformar equipos interdisciplinarios para su atención, y los medios de comunicación masiva dedican día a día importantes espacios a estos temas.

Llamativamente, la mayoría de los especialistas consultados vinculan a los medios de comunicación masiva, y especialmente a la T.V., con la gestación de una “personalidad de base” que conduciría hacia la Bulimia o la Anorexia a determinados adolescentes. Estas afirmaciones, basadas en la intuición y la práctica profesional, mas que en investigaciones científicas, constituyen la motivación de profundizar en la relación entre los adolescentes y la T.V., en la recepción que ellos hacen de estos



mensajes y en su vinculación con los estados premóvidos a estas enfermedades.

Varios autores, entre ellos Enrique Valiente (1996), afirman que Bulimia y Anorexia son patologías de la alimentación que se pueden considerar como paradigmáticas de una sociedad y una época que propicia un discurso contradictorio entre el consumismo ilimitado y la privación, acorde con las exigencias de un esquema corporal en el que prima la delgadez absoluta. Con este criterio, la preocupación por el cuerpo se eleva a una categoría de aflicción obsesiva.

Gran parte de los médicos entrevistados coinciden en determinar que son enfermedades de etiología múltiple, en las cuales inciden básicamente cuatro factores: el contexto familiar, el contexto sociocultural, determinada personalidad de base y, por último, algo orgánico o biológico que todavía está en estudio.

Se define a la Anorexia nerviosa como un síndrome caracterizado por una extrema delgadez, distorsión de la imagen corporal e intenso temor por la obesidad, acompañada de amenorrea (en las mujeres), con un férreo rechazo a alimentarse, sin ninguna enfermedad física o psíquica que justifique el adelgazamiento. Una vez instalado, el cuadro puede continuar con una restricción permanente del ingreso calórico, anorexia nerviosa restrictiva (ANR) o bien, con la interacción de episodios bulímicos de ataques de comidas que terminan con vómitos autoinducidos. En este caso se estaría en presencia de una Anorexia nerviosa buliforme (ANB).

Otras características que manifiestan los pacientes anoréxicos, son la falta de conciencia de la enfermedad, la noradrenalina y la dopamina se encuentran disminuidas<sup>1</sup>, el comer lentamente y cortar los alimentos en trozos pequeños y masticar largo rato antes de tragar. Prefieren porciones pequeñas y tiran, escupen o esconden la comida.

También pueden consumir anorexígenos, cuentan las calorías, tienen rituales con las comidas, realizan hiperactividad para bajar de peso y se aíslan socialmente. Tienen conductas obsesivas, usan ropa suelta (para ocultar el cuerpo) y su carácter se vuelve irritable. En el 40/45 % de los casos existe depresión, hay rechazo a la sexualidad, hipotensión, hipotermia, tienen la piel seca y se les cae el cabello.

Se define a la Bulimia nerviosa como un síndrome caracterizado por episodios de ataques de comida o binge eating, mantenidos en secreto, seguidos por vómitos autoinducidos, con o sin el uso de laxantes o diuréticos, o el ayuno reparatorio.

El paciente bulímico presenta una baja de serotonina (1), oscilaciones significativas de peso, deterioro o pérdida de piezas dentales en los vomitadores, son conscientes de que el patrón alimentario es anormal, comen rápidamente, apenas mastican o tragan sin masticar y cortan los alimentos en trozos grandes, prefiriendo las

---

<sup>1</sup> La alimentación tiene tres procesos, una iniciación, ésta está producida por la noradrenalina que es la que nos da la sensación de hambre. En los pacientes con Anorexia se encuentra disminuida. La segunda etapa es el mantenimiento; éste es mediado por la dopamina, que también se encuentra disminuida en la Anorexia. Y la finalización que es el dejar de comer, es el tercer proceso mediado por la serotonina, que se encuentra disminuida principalmente en los bulímicos. De ahí la génesis de los atracones.

De todos modos, desde el punto de vista psiquiátrico, no podemos hablar de una sola causa biológica. Esto es estadística significativa pero no es ley.



porciones importantes. Realizan hiperactividad, su carácter se vuelve irritable, se sienten culpables, comen a escondidas y hasta llegan a robar para comprar comida. Tienen una obsesión por la silueta y el peso, oscilan entre la autoexigencia y el abandono, y entre la euforia y la depresión. En los vomitadores hay un engrosamiento glandular (parótida) y suelen abandonar todo lo que emprenden.

Según la Dra. Diana Kirszman, del congreso de estudios humanos (AIGLE), “la edad pico para la aparición de estos trastornos es de los 14 a los 18 años, sobre todo en niveles socioeconómicos altos, aunque este espectro se está ampliando por la creciente masificación de los medios”.

Las estadísticas muestran un aumento constante en todo el mundo occidental, donde es más probable que sean las mujeres jóvenes las que desarrollen estas patologías. Sin embargo, la aparición de sus síntomas está creciendo entre los varones, ya que estos, mediante el énfasis en la aptitud física y los deportes, pueden conseguir configuraciones de peso que favorezcan su capacidad atlética, por lo que su conducta obsesiva sería similar a la de las mujeres con estos desórdenes psicósomáticos. De hecho, en los últimos años la cantidad de varones con Bulimia y Anorexia creció entre un 10% y un 15%.

Según indica un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Anorexia está llegando a niveles epidémicos en algunos países del mundo occidental. En los EE.UU. hay cerca de un millón de personas que la padecen.

El patrón sociodemográfico más observado, entonces, es el siguiente: mujeres adolescentes y jóvenes, occidentales, pertenecientes a niveles socioeconómicos medios y medios altos. Es ésta la población de riesgo que recibe el mayor efecto de los mensajes de búsqueda de perfección corporal. (Enrique Valiente. Anorexia y Bulimia: el corsé de la autodisciplina).

A pesar de la importancia y difusión de estas enfermedades, en la Argentina no existen evaluaciones oficiales suficientes pero los especialistas aseguran que los casos aumentan.

La Argentina es el segundo país después de los EE.UU. en índice de patologías alimenticias. Una de cada tres chicas que cursan el secundario tienen graves desórdenes alimentarios. El 8% de los chicos en edad escolar que cursan el secundario padecen Bulimia o Anorexia.

En investigaciones realizadas en Bs.As. sobre prevalencia se detectó este cuadro en el 30% de los “buscadores de dietas” y en el 15% de los “buscadores de actividad física en gimnasios”.

La Dra. Susana Guth, jefa del equipo de trastornos de la alimentación del servicio de nutrición del Hospital Italiano, afirma que “la Bulimia y Anorexia figuran dentro del nomenclador de las enfermedades psiquiátricas descritas en el DSM (libro de clasificación de enfermedades psiquiátricas) de lo cual ya salieron varias series. Aparecen dentro de la clasificación de trastornos de la conducta alimentaria pero no como algunos de los grandes síndromes de la psiquiatría. Para decir que un paciente tiene Anorexia nerviosa, o a partir de 1980, una Bulimia nerviosa, el DSM da criterios y dice que si una persona cumple más de tres o cuatro de los mismos tiene diagnóstico de



Anorexia”. Estos criterios fueron descriptos en el DSM III, el DSM III R y el DSM IV.

Actualmente se usa el DSM IV y el CIE X (según lo manifestado por la Dra. Mariela Días, médica especialista en psiquiatría). En función de las clasificaciones descriptas, se estima que, entre el 90/95 % de quienes padecen estos desórdenes son mujeres y que 1 de cada 100 adolescentes son anoréxicas.

Los profesionales de los organismos públicos y privados visitados coinciden en que se está realizando bajo el nombre de “prevención” de la enfermedad una divulgación de la sintomatología que puede provocar efectos contrarios. De acuerdo a lo que explica el Licenciado Marcelo Hekier<sup>2</sup>, jefe del equipo de Bulimia y Anorexia del Instituto de Enfermedades Mentales Florentino Ameghino, “los criterios que fueron escritos y tipificados en el DSM III y el DSM IV son para manejo de profesionales, no para su divulgación.”

Para el profesional especializado en el tema de los trastornos de la ingesta, la Bulimia y la Anorexia son enfermedades de la comunicación, del mirar y ser mirado. Los pacientes viven comunicándose con sus cuerpos a través de los mandatos de la “caja boba” y comparándose con los modelos que ésta refleja y teniendo como única meta ser iguales a no más de 100 mujeres del mundo que viven frente a las cámaras. Los medios de comunicación amplían, exageran y minimizan los otros aspectos de las patologías.

Las causas más comunes de muerte son: el suicidio, la inanición por el desbalance del volumen plasmático y electrolítico, las infecciones y la insuficiencia cardíaca. Respecto al tratamiento de estos desórdenes psicossomáticos policausales y de su prevención, se establece que los enfermos de Bulimia y Anorexia son tratados, en general, por un equipo médico en el cual se compatibilizan la Psicología, la Psiquiatría, la Medicina Clínica y la Nutrición.

Se entiende por prevención los procedimientos por los cuales se impide la producción o se detiene el avance de la enfermedad en cualquiera de las etapas de la historia natural. Todo aquel que aplica los conocimientos científicos de la atención médica para promover la salud, prevenir la enfermedad, sus secuelas y prolongar la vida, está realizando prevención. Son todas las actitudes llevadas a cabo para evitar el desarrollo de patologías.

Específicamente para prevenir Bulimia y Anorexia también es necesario mantener una dieta equilibrada que aporte la cantidad de calorías y energías adecuadas para cada organismo, y entienda que el cuerpo de cada persona es único y diferente a los demás, y que el peso debe ser acorde a la estatura y contextura física.

Sin embargo, existen diferencias según los profesionales con respecto a la prevención. La Doctora Mariela Días afirma que en el caso de estas enfermedades la prevención tiene que estar encarada desde lo social (modelos, publicidad, sensación de que no se es exitoso si no se es lindo y flaco). Desde su punto de vista es difícil hablar de prevención sin relacionarla con la sintomatología de estas patologías.

---

<sup>2</sup> Por ejemplo si el DSM III dice: “episodios recurrentes de voracidad en cortos períodos de tiempo, en donde se insume una gran cantidad calórica, o alternancias de ayunos y actos compulsivos en la alimentación, no son para transmitirlos por radio o T.V. ni para ser escritos en diarios y revistas”.



Se entiende por sintomatología la manifestación de las enfermedades. El paciente expresa lo que transcurre en él, se estudia a través de la semiología (estudio de los signos, síntomas o señales en general).

“Estadísticamente el 33 % de los pacientes con Bulimia y Anorexia mejoran, el 33 % permanece estable y el 33 % empeora. No se puede hablar de curación porque el riesgo, en estos pacientes, va a seguir de por vida. Puede remitir el síntoma, pero la personalidad de base favorece el riesgo potencial de por vida.”(Dra. Mariela Días, 1999)

Para otros médicos estas enfermedades si se curan.

La adolescencia ofrece un terreno particularmente propicio para desarrollar conductas de riesgo de cualquier tipo (Peyrú, G. 1994). Es un período de grandes transformaciones conductuales, emocionales, cognitivas y fisiológicas, donde la imagen corporal se encuentra en pleno cambio. El joven es portador de un cuerpo en constante evolución, y la propia aceptabilidad dependerá, en gran medida, de los criterios legitimados por el grupo de pertenencia.

La ansiedad y la incomodidad física que caracterizan a esta edad, la presión social en los grupos de adolescentes, los medios de comunicación y la búsqueda de una identidad, son algunos de los factores que contribuyen a convertirlos en seres vulnerables. (Brusca, J. 1993).

Las dificultades de los adolescentes suelen ser tanto internas: que se traducen en inestabilidad, incertidumbre y odio hacia ellos mismos, como externas: manifestación por el constante conflicto en relación a la búsqueda de una identidad propia que les hace revelarse ante las personas adultas que, a su entender, pretenden mantenerlos en el ostracismo o bajo la dependencia.

Esta situación se acrecienta “si su confianza básica, según Juan Carlos Kusnetzoff, que es la que provee lo necesario para que el individuo gane en acción adecuada a sus propósitos, constancia emocional y estabilidad en la autoestima es escasa, y no encuentra la forma de insertarse en el mundo adulto”.

La superficie del cuerpo constituye la frontera entre el “yo individual” y el “yo social”. Cada sociedad propone normas para la construcción de los cuerpos. Cada cultura propone modelos corporales y una pedagogía particular para adquirirlos. Cada individuo “gestiona” su propio cuerpo para tener un cuerpo social. Los hombres viven y se representan como una sociedad, donde, como afirma Liuva Kogan (1996), el autocontrol corporal ha sido instaurado. “Se impone el edificar el cuerpo a imagen de las normalidades para constreñirlo a la circulación social” (Vilchanski, 1993).

Es durante la adolescencia cuando esta situación adquiere mayor relevancia y es capaz de alcanzar manifestaciones extremas. El adolescente va a descubrir que puede disimular lo que siente o lo que piensa, pero lo único que no podrá ocultar es su cuerpo (Guido, 1996).

Sumado a esto, en la cultura posmoderna, se propone a los adolescentes como modelo social y a partir de eso se “adolescentiza” a la sociedad misma (Obiols, 1995). Este fenómeno intensifica los desequilibrios y la inestabilidad de la “edad difícil”.

Los adolescentes constituyen un grupo de riesgo propenso a desarrollar Anorexia



y Bulimia nerviosa<sup>3</sup>, con manifestación de personalidad promóvida.

Son los medios de comunicación los que en los '90 ponen la mirada en la juventud para construir y confeccionar el parámetro al que asemejarse (Silvina Chmiel, 1996). En las últimas décadas, ellos han ido penetrando y fortaleciendo su presencia en la sociedad. Crecientemente fueron trastocando las modalidades de la comunicación social, hasta ocupar el lugar donde, en otros tiempos, se situaban los vínculos interpersonales. Así, los medios reforzaron su rol en tanto transmisores de aquello que resulta más o menos deseable, perfecto, preferible, emulable y aceptable. Se han convertido, en buena medida, en los encargados de difundir modelos ideales de individuos que aparecen como legítimos para vastos sectores de la sociedad. Y entre los medios, es la televisión la que ha tomado el liderazgo.

La T.V. ha cambiado en sus formas de hacer y generar programas y también se ha ido modificando la relación de las personas con ella. Son precisamente los adolescentes quienes más han incorporado este cambio. Ellos han sido socializados junto a la televisión; han tenido sus experiencias con los objetos a través de la “caja boba”.

Al respecto, Ana Wortman (1996) afirma que la T.V. forma parte de las “gramáticas de desciframiento cotidiano” de los jóvenes y adolescentes, ya que en los códigos juveniles ella aparece, con reiterada frecuencia, como si hubiera generado un endogrupo “los hijos de la televisión”, una nueva identidad común a partir de la cual los jóvenes se comunican.

Así, la T.V. se convierte en un medio que ejerce considerable poder en la vida de todos los días, adquiriendo gran significación en y para ella. Se la considera un miembro más de la familia (Morley, 1996), y llega a ser pensada no sólo como una forma económica y política sino también cultural, social y psicológica inserta en los múltiples discursos de la vida cotidiana, como la ha concebido Roger Silverstone (1994).

Continuando con esta línea de pensamiento, Dominique Wolton (1990) presenta a la T.V. como el principal instrumento para percibir el mundo que tiene la mayoría de la población. Contribuye a dar forma y modificar las representaciones del mundo sin que sea fácil determinar en que sentido. De esta forma, la relación televisión–audiencia se hace cada vez más estrecha, y se puede hablar, como lo hace Orozco Gomez (1996), de “televidencia” como el proceso que conlleva a múltiples interacciones y que es objeto de la más compleja gama de mediaciones.

La mediación ha sido conceptualizada por Jesús Martín Barbero (1986), como la articulación de las prácticas de comunicación y los movimientos sociales. Posteriormente, él mismo (1987) la redefinió como la instancia cultural desde donde el público de los medios produce y se apropia del significado y del sentido del proceso comunicativo.

Rescatando la mediación para el terreno de la “televidencia”, Orozco (1996) la propone como un “proceso estructurante que configura y reconfigura” tanto la interacción de los miembros de la audiencia con la T.V. como la creación, por ellos, del

---

<sup>3</sup> Junto a los adolescentes, las bailarinas, los modelos, las azafatas y los buscadores de dieta y actividad física son otros grupos de riesgo (afirmaciones de la Doctora Marcela Pedrozo).



sentido de esa interacción.

La mediación se origina en varias fuentes: en la cultura, en la política, en la clase social, en la edad, en el género, en la etnicidad, en condiciones situacionales y contextuales, en la economía, en los movimientos sociales, en los medios de información y en las instituciones.

También, en la mente del sujeto, en sus emociones y experiencias. Una de las mediaciones más importantes tiene que ver con lo que sucede en la mente de cada sujeto receptor<sup>4</sup>.

Según la postura de muchos profesionales médicos, la T.V. aparece como vidriera donde se exhiben los modelos a seguir por gran parte de los adolescentes y como medio que vehiculiza la difusión de métodos purgativos causantes de Bulimia y Anorexia. La sospecha radica en que la T.V. es uno de los principales soportes a través de los cuales los adolescentes obtienen información y copian dichos métodos para plasmar en su propio físico los ideales sociales de belleza corporal.

Desde este punto de vista, los médicos parecen entender a la recepción desde una visión lineal, de causa-efecto.

Sin embargo, como puede verse según lo planteado en los párrafos anteriores, la postura teórica que sostienen quienes realizan esta investigación concibe a la recepción como un complejo proceso, multidimensional y multidireccional, mediante el cual los sujetos interpretan los mensajes provenientes de otros sujetos y/o medios; generando sentido y creando interrelaciones en su cotidianidad.

Se logra así rebasar la concepción de la recepción como proceso condicionado a una causalidad lineal, donde el sujeto receptor es el polo más frágil y pasivo dentro del ciclo de la comunicación.

El interés de explorar este tema radica en la suma de diversos factores: entre ellos, el aumento de casos de Bulimia y Anorexia en adolescentes de Capital Federal y Gran Buenos Aires, las afirmaciones de los médicos sobre la vinculación directa entre la televisión, adolescentes y Bulimia y Anorexia, su concepción de la recepción y la falta de propuestas de estudio de la recepción de la T.V. que los adolescentes hacen con respecto a temas como Bulimia y Anorexia.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

Abordar a la población de estudio e indagar que posturas adoptan los adolescentes ante la información recibida sobre Bulimia y Anorexia.

Indagar si en la recepción de mensajes televisivos sobre Bulimia y Anorexia los adolescentes incorporan información y/o conocimientos sobre la prevención de estas enfermedades.

---

<sup>4</sup> Estas mediaciones cognitivas tendrían su equivalente en los "repertorios" dentro de los Estudios Culturales (Morley, 1996) y podrían ser considerados también bajo la noción de guión (scrip) (Durkein, 1985).



Indagar si existen diferencias en la recepción de los mensajes sobre Bulimia y Anorexia entre hombres y mujeres.

Conocer si varía la recepción televisiva sobre Bulimia y Anorexia de los adolescentes de 15, 16, 17 y 18 años.

Conocer si existe variación en la recepción televisiva sobre Bulimia y Anorexia en adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos.

Indagar si los adolescentes adquieren conocimientos acerca de la sintomatología de la Bulimia y la Anorexia transmitidos por televisión, que deberían ser de uso exclusivo de los profesionales médicos.

Indagar si las diferentes actividades extraescolares que los adolescentes practican y, sus consecuentes grupos de pertenencia, pudieran influir en la decodificación de los mensajes televisivos sobre Bulimia y Anorexia.

Comparar si existen diferencias significativas entre las poblaciones de ambos colegios.

Se plantea como hipótesis que: “El grupo de alto riesgo de adolescentes no incorpora conocimientos acerca de la prevención de la Bulimia y la Anorexia cuando recibe mensajes televisivos referentes a la sintomatología de estas enfermedades, por el contrario, adquieren ideas que podrían ser perjudiciales para la salud”.

Se tratará de comprobar si los adolescentes se informan, copian, rechazan o son “pasivos” ante los mensajes televisivos sobre bulimia y Anorexia.



## CAPITULO III

# Materiales y Métodos

La unidad de análisis de este estudio es cada uno de los jóvenes adolescentes entre 15 y 18 años, que cursan en las divisiones de primero polimodal, cuarto y quinto año (del anterior secundario), que concurren a dos escuelas instaladas físicamente en lugares a los que tienen acceso personas de diferentes niveles sociales. Estos establecimientos son: la Escuela de Educación Media N° 11 Colegio Nacional Almirante Guillermo Brown (estatal); y el Lomas High School (privado).

Esta característica se desprende de un relevamiento previo realizado en ambas instituciones, recurriendo a entrevistas con directivos, profesores y preceptores a los cuales se les solicitó información y características generales del alumnado.

La muestra por extensión es de 120 alumnos, conformada por 20 alumnos de primero polimodal (10 hombres y 10 mujeres), 20 alumnos de cuarto año (10 hombres y 10 mujeres) y 20 alumnos de quinto año (10 hombres y 10 mujeres) por escuela.

Se trata de una muestra finalista o intencional. La extensión propuesta permite dedicarle más recursos a cada individuo analizado y de esta forma maximizar el potencial de los instrumentos.

El diseño se enmarca dentro de las características exploratorio-cualitativo.

### **PLAN DE ANÁLISIS**

El plan de análisis abordó de manera cualitativa los datos referidos a las variables: Sexo – Edad – Nivel socioeconómico – Actividad extraescolar – Información recibida.

Los instrumentos utilizados fueron: entrevista profunda, encuesta y taller.

### **ENTREVISTA PROFUNDA**

Se utilizó para descubrir conocimientos previos, prejuicios, dudas, desinformación y sobre información que los adolescentes tenían sobre Bulimia y Anorexia. Además, la entrevista profunda proporcionó datos claves para la elaboración y/ o reformulación de los demás instrumentos. Ayudó a detectar grupos de pertenencia de la muestra, datos sobre el vocabulario, la escala de valores, las preferencias y el consumo televisivo.

Los adolescentes que fueron entrevistados en profundidad no se incluyeron dentro de la muestra por considerar que no estarían en igualdad de condiciones con el resto.

En el desarrollo de la prueba piloto de la entrevista profunda se detectó que las preguntas “¿Cómo se manifiesta la Bulimia y la Anorexia?” y “¿Quisieras parecerte a



alguien intelectual y físicamente?”, presentaban cierta ambigüedad en su interpretación por parte de los adolescentes. Los mismos sugirieron que se modificara el verbo parecer, por lo tanto la pregunta fue reformulada de la siguiente forma: “¿A quién admirás y por qué?”.

La pregunta “¿Cómo se manifiestan las enfermedades?” Fue incluida a modo de control para chequear la información de los adolescentes y sus posibles contradicciones.

## **ENCUESTA**

Se utilizó para proporcionar información sobre datos personales, datos referentes a la T.V. (tipos de programas, cantidad de horas que mira T.V., etc.), datos sobre la Bulimia y la Anorexia que se refieren a que es lo que saben en general, que saben de la prevención, sintomatología, consecuencias de estas patologías, si son enfermedades o no y cómo obtuvieron información.

Datos sobre el nivel socioeconómico, sobre las actividades extraescolares, sobre modelos y valoraciones personales (estética, salud, delgadez, gordura, etc.).

Las encuestas se llevaron a cabo en los colegios respectivos en horarios de clase, las mismas fueron autoadministradas, pero contando con la presencia del equipo de investigación, para evacuar dudas de los alumnos con respecto a la información solicitada.

El tipo de encuesta utilizado se ha formalizado con preguntas abiertas y cerradas, siendo la mayoría de ellas abiertas. Esto obligó a elaborar una categorización para cada una de las mismas. Se agruparon las preguntas teniendo en cuenta los siguientes ejes: Televisión, Bulimia y Anorexia, nivel socioeconómico, actividad extraescolar y valoraciones generales.

## **COMPACTO AUDIO-VISUAL: “¿ QUÉ VES CUANDO T.V. ES?”**

El compacto audiovisual tiene una duración de 36 minutos divididos en cinco etapas denominadas: Introducción, I La ley del deseo, II La balanza del bien y del mal, III Verdad – consecuencia, IV Secretos y mentiras (modelos para armar), V Darse cuenta.

En cada una de ellas se sintetizaron diversos programas de T.V. abierta y por cable pertenecientes a diferentes géneros y de acuerdo a los siguientes ejes temáticos:

- Sintomatología de la Bulimia y Anorexia
- Prevención de estas enfermedades
- Situaciones y contexto en que se desarrollan estas enfermedades
- Valorizaciones acerca de la alimentación, la belleza física y el cuerpo

Los géneros seleccionados son:



**DOCUMENTAL PERIODÍSTICO:** Consiste en casos reales de personas que cuentan sus historias, especialistas en el tema, datos adicionales como estadísticas y, la presentación de un periodista que también emite opinión.

**TEATRALIZACIÓN O DRAMATIZACIÓN:** Consiste en una actuación, que puede estar basada en un caso real o según la visión de un autor se representa a un enfermo dentro de su contexto familiar, laboral, etc. mostrando la sintomatología y las conductas que manifiestan al padecer la enfermedad.

**DEBATE:** Consiste en que un grupo de personas emitan su opinión sobre un tema dado coordinados por un moderador o un conductor. En este caso los que opinan son enfermos recuperados. Se incluye en el debate llamados telefónicos y spots de personas encuestadas que aportan sus comentarios con relación al tema.

**TALLER:** Exposición del video ¿ Qué ves cuando TV ves?

Los objetivos del mismo fueron la decodificación del material televisivo expuesto en el compacto, determinar apropiaciones, desinterés o rechazo de los adolescentes con respecto a la información recibida, detectar contradicciones o coincidencias evidentes u ocultas con la encuesta inicial, y conocer si se adquirieron conocimientos nuevos relacionados con la prevención.

Para efectuarlo se elaboró una hoja de registro que se distribuyó y explicó a los alumnos, antes de la proyección del video. Mientras los adolescentes completaban la planilla se realizó una observación del grupo, tomando notas de sus actitudes, comentarios, gestos, etc. Al finalizar se les pregunto cuáles fueron las escenas que más los impactaron, cuáles las que más rechazos le provocaron, y que aspectos positivos rescataron. ( ver anexos hoja de observación).

### **Codificación:**

Se realizó la codificación (se adjunta en anexos) de las preguntas y su correspondiente categorización a fin de facilitar la agrupación de datos para proceder a su tabulación.

### **Tabulación**

Se elaboraron bases de datos para su tratamiento de acuerdo a las variables planteadas y para permitir su cruzamiento, la elaboración de cuadros estadísticos y su posterior análisis.

Se analizaron los diversos indicadores de variables cualitativas referidas a: la posición frente a la información recibida, las actividades extraescolares y el nivel socioeconómico.

Se confeccionaron las matrices para estudiar no sólo su comportamiento sino también para poder detectar los posibles cruzamientos de las variables y observar las modificaciones que los mismos pudiesen presentar.



### **Posición frente a la información recibida:**

Es la actitud que toma el adolescente frente a los mensajes que percibe/recibe sobre Bulimia y Anorexia. Al hablar de actitud se hace referencia a una opinión, una creencia o un juicio de valor que se basa en la experiencia o en el conocimiento compartido. Estas disposiciones se desarrollan por experiencia directa o se aprenden de otros por socialización.

Para el análisis de esta variable se utilizaron las preguntas N°: 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9: ¿Con quién mirás televisión?, ¿Conversás sobre lo que ves en la T.V.?, ¿Para qué sirve la T.V.?, ¿La T.V. propone modelos a seguir?, ¿Qué cosas hacés de las que te propone la T.V.?, ¿La T.V. educa?, y Aportes que te hizo la T.V.

Los indicadores que puede tomar la mencionada variable son: Activa y Pasiva.

**Activa:** definida como la capacidad del hombre para desviar, reelaborar o invertir lo que recibe en el proceso de recepción. Los valores que puede tomar este indicador son: Imita, rechaza, y se Informa

**Imita:** es una acción que puede adoptar el receptor en su vida cotidiana, que copia los modelos vistos en la T.V. o se identifica con ellos. Se considera que el receptor imita sí: de la pregunta N° 3 la respuesta es sólo, con amigos, otros; de la pregunta N° 7 la respuesta es consumir, comprar, incorporar lenguaje, contar chistes, gimnasia y deportes, manualidades, etc.; de la pregunta N° 4 cuya respuesta es No, de la pregunta N° 5 la respuesta en otros, de la pregunta N° 6 la respuesta es Sí; de la pregunta N° 9 la respuesta es entretener, actividades deportivas y recreativas.

**Rechaza:** es una actitud de alejamiento de las ideas sugeridas en el mensaje televisivo o de indiferencia hacia los mismos.

Se considera que el receptor rechaza si: de la pregunta N° 4 la respuesta es ocasionalmente; de la pregunta N° 5 la respuesta es para nada, mal educa, crear ficción, de la pregunta N° 6 la respuesta es a veces; de la pregunta N° 7 la respuesta es nada, de la pregunta N° 8 la respuesta es a veces; y de la pregunta N° 9 la respuesta es nada.

**Se informa:** significa buscar datos, referencias y profundizar sobre el tema o buscar asesoramiento. Se divide en información obtenida a través de la T.V. e información obtenida por otros medios (charlas, otros medios masivos, consulta a profesional, padres, etc.).

Se considera que el receptor se informa a través de la T.V. sí: de la pregunta N° 3 la respuesta es con padres y hermanos; de la pregunta N° 4 la respuesta es sí, de la pregunta N° 5 la respuesta es para informar, para educar, para comunicar, enseñar, y aprender; de la pregunta N° 8 la respuesta es sí; de la pregunta N° 9 la respuesta es prevenir, aprender, informar, y comunicación con el mundo.

**Pasivo:** definido como la incapacidad del hombre para desviar, reelaborar o invertir lo que recibe en el proceso de recepción, adoptando una actitud que denota falta de interés e indiferencia. Se considera que el receptor es pasivo si: de las preguntas N° 3, 4, 7 y 9 la respuesta es no contesta; de la pregunta N° 5 la respuesta es para evadirse, entretener, pasar el tiempo, divertirse; de la pregunta N° 6 la respuesta es no, y de la pregunta N° 8 la respuesta es no.



### **Actividad extraescolar:**

Es la actividad que realizan los adolescentes independientemente de las materias del curriculum escolar. Esta variable se divide en tres categorías: Físico–deportivas, Artísticos–intelectual, y Otras. Está contemplada en la pregunta N° 11 de la encuesta.

*Físico–deportivas:* se refieren a actividades que tienen que ver con el desarrollo físico del adolescente, por ejemplo, natación, gimnasia, aparatos, fútbol, rugby, etc., no se incluye danza en ninguna de sus manifestaciones.

*Artístico–intelectuales:* se refieren a actividades que tienen que ver con el desarrollo artístico – intelectual de los adolescentes, por ejemplo, teatro, ajedrez, cerámica, danza, computación, idiomas, etc.

*Otros:* se refiere a cualquier actividad que el adolescente realice que no esté incluida en las categorías descriptas anteriormente.

### **Socioeconómica:**

Esta variable se divide en las siguientes categorías: Alta, media y baja.

*Alta:* se considera al adolescente como perteneciente a esta clase cuando de la pregunta N° 17 la respuesta es casa o departamento propio, de la pregunta N° 18 la respuesta es sí y modelo '95 en adelante; de la pregunta N° 19 la respuesta es sí; de la pregunta N° 21 cualquier opción, de la pregunta N° 22 la respuesta es si, de la pregunta N° 24 cualquier opción; de la pregunta N° 25 marca de 5 a 7 opciones.

*Media:* se considera al adolescente como perteneciente a esta clase cuando de la pregunta N° 17 la respuesta es casa o departamento propio; de la pregunta N° 18 la respuesta es si y modelo del '80 al '94; de la pregunta N° 19 la respuesta es si; de la pregunta N° 21 la respuesta es interior y costa atlántica; de la pregunta N° 22 la respuesta es si, de la pregunta N° 24 es interior o costa atlántica; de la pregunta N° 25 marca 3 o 4 opciones.

*Baja:* se considera al adolescente como perteneciente a esta clase cuando de la pregunta N° 17 la respuesta es casa o departamento propio o alquilado; de la pregunta N° 18 la pregunta es no o modelo anterior al '80; de la pregunta N° 19 la respuesta es no; de la pregunta N° 22 la respuesta es no, y de la pregunta N° 25 marca menos de 3 opciones.

### **Video: Hoja de registro.**

Se elaboró una grilla para categorizar las escenas del video pertenecientes a la pregunta N° 1: Prevención, sintomatología, otras, y ninguna.

Dada la complejidad y la multiplicidad de alternativas que presentaba se optó por el siguiente criterio para su tabulación: asignar los valores muy bueno, bueno, regular o incorrecto en función de los errores cometidos al realizar la categorización.

*Muy bueno:* sin errores o con un solo error.

*Bueno:* dos errores.



*Regular:* tres o cuatro errores.

*Incorrecto:* con cinco o más errores.

En la escena 3 del video denominada Verdad – Consecuencia, dado que la respuesta debería incluir las opciones prevención y sintomatología, se considera que si el adolescente omite una de estas dos se cuenta como un error pero si omite las dos opciones se cuentan como dos errores.

Las categorizaciones no contestadas se consideran error.

Las preguntas N° 2, 3, 4 y 5 del registro (información nueva aportada por el video, medidas preventivas vistas en el video, síntomas referidos a la Anorexia y síntomas referidos a la Bulimia) se comparan con las preguntas N° 11, 12, 13, 14, y 15 de la encuesta (conocimientos de Bulimia, conocimientos de Anorexia, si se heredan, dónde y cómo te enteraste, cómo obtuviste información sobre las enfermedades).

La pregunta N° 6 del registro (la T.V. educa con respecto a estas enfermedades y por qué) se compara con las preguntas N° 8 y 9 de la encuesta (si la T.V. educa y aportes hechos por la T.V.). La pregunta N° 7 del registro (la T.V. propone modelos a seguir, por qué y cuáles) se compara con la pregunta N° 6 de la encuesta (sí la T.V. propone modelos a seguir).

Dicha comparación se lleva a cabo a fin de determinar variaciones, contradicciones, y/o similitudes en las respuestas que los adolescentes dan en los diferentes instrumentos.

En el orden metodológico el problema presentado se refiere a que en el Colegio Nacional Adroque al realizar la proyección del video y su correspondiente hoja de registro, se contó con mayor cantidad de adolescentes que los requeridos según la muestra. Esta variación es producto del pedido realizado por el vicedirector de la institución con motivo de la organización del dictado de clases. Cada curso debía estar afectado en su totalidad para realizar la actividad del taller, no pudiendo quedar alguno de ellos sin docente a cargo.

La muestra mantuvo la misma proporción de adolescentes (10 hombres y 10 mujeres) por curso pero probablemente cambio su composición.

Con respecto al video, si bien, en el diseño de la investigación se contemplaba la sola inclusión de programas de televisión abierta para su realización, se incorporaron escenas de televisión por cable. Dicha inclusión obedece a datos aportados por los adolescentes en la entrevista profunda y en la encuesta sobre su preferencia y consumo de programas emitidos por cable.

## CAPITULO IV

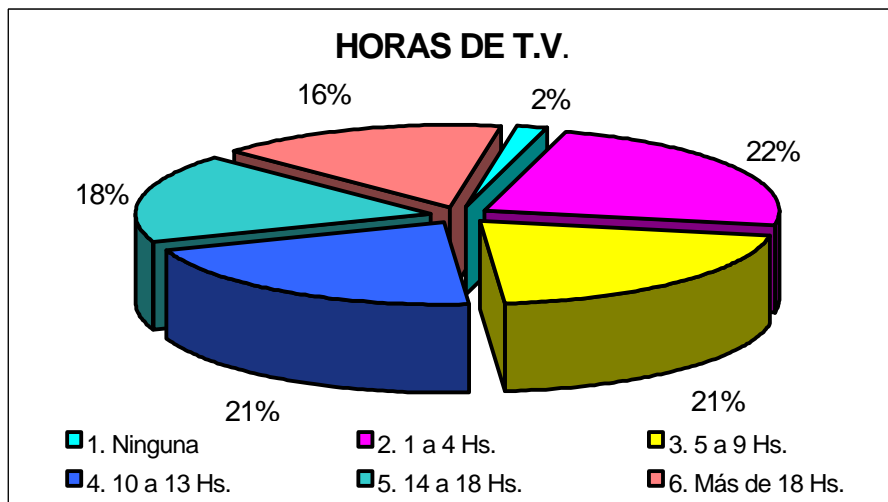
# Resultados

Del análisis de la información obtenida a partir de las 120 encuestas está representada por el 50 % de mujeres y el 50 % de hombres comprendidos entre 15 y 18 años.

La relación en cuanto a la cantidad de horas semanales que miran T.V. son las siguientes: el 22 % mira de 1 a 4 horas por semana, el 21 % de 5 a 9 horas, otro 21 % de 10 a 13 horas, el 18 % de 14 a 18 horas y el 16 % más de 18 horas.

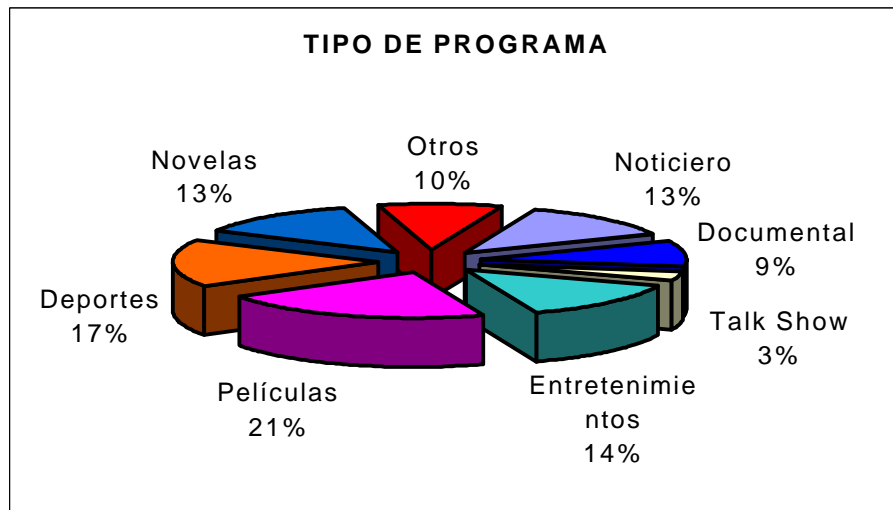
Haciendo un análisis pormenorizado de la cantidad de horas diarias en lugar de semanales que los jóvenes miran T.V., los porcentajes se distribuyen de la siguiente manera: el 22% mira media hora por día, el 21% una hora y media por día, otro 21% dos horas por día, el 18% dos horas y media por día y el 16% más de dos horas y media diarias. La suma de quienes ven entre una hora y media y dos es del 42%, este porcentaje es significativo y coincide con los programas mayormente elegidos que se encuentran en la franja horaria de 21:00 a 23:00 hs.

No se observan variaciones si tomamos en cuenta el sexo y las edades de la muestra.



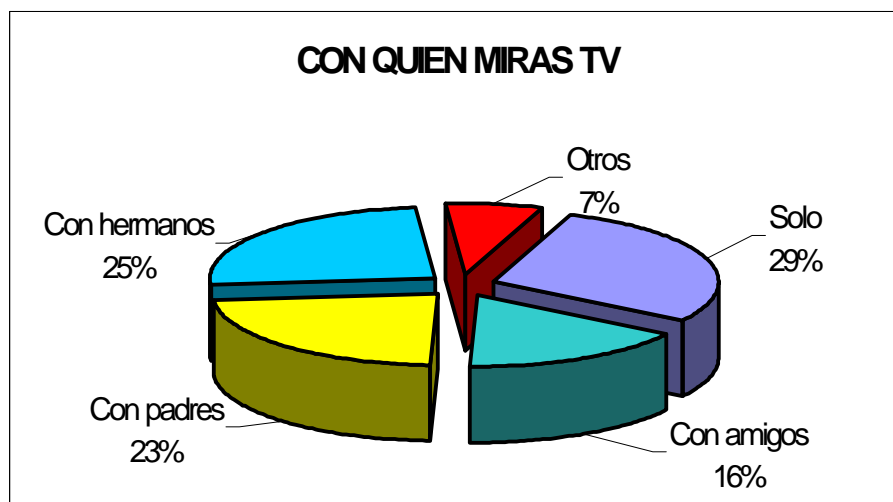
Cuadro N° 1

Con respecto al tipo de programas que los adolescentes miran, el 21% ve películas, el 17% deportes, el 14% entretenimientos, el 13% noticieros, otro 13% novelas, el 9% documentales, un 3% talk show, y el 10% otros tipos de programas.



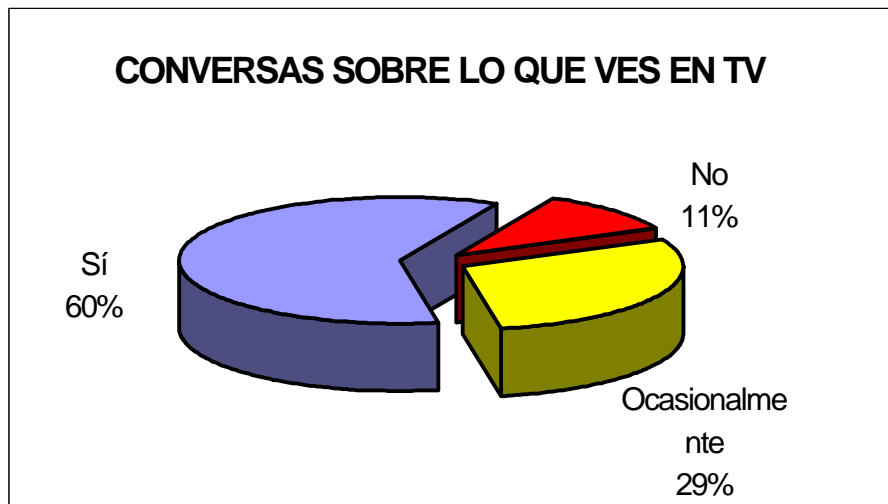
Cuadro N° 2

En cuanto al ítem, con quien miras T.V., el 29% lo hace sólo, el 25% con hermanos, el 23% con sus padres, el 16% con amigos y el 7% con otras personas.



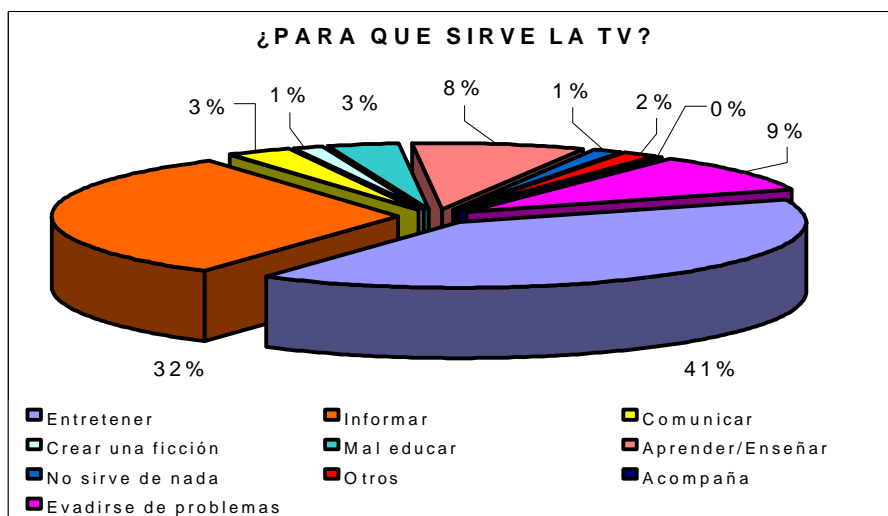
Cuadro N° 3

El 60 % de los adolescentes conversa sobre lo que ve en la T.V., el 29 % sólo lo hace ocasionalmente, y no conversan el 11 %. El porcentaje más alto de los que conversan son varones y mujeres de 17 años, seguidos por mujeres de 15 y 16 años. El resto de los datos no presentan diferencias importantes (ver anexo: variable edad – sexo-conversas).



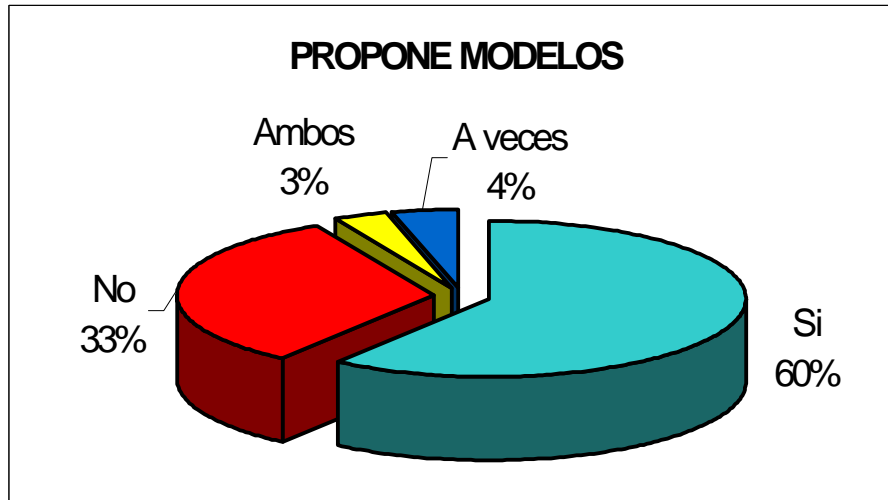
Cuadro N° 4.

Respecto de para qué sirve la T.V., se observa que entretener e informar son las funciones más relevantes, teniendo el 41 % y 32 % respectivamente. Los demás porcentajes no son representativos.



Cuadro N° 5

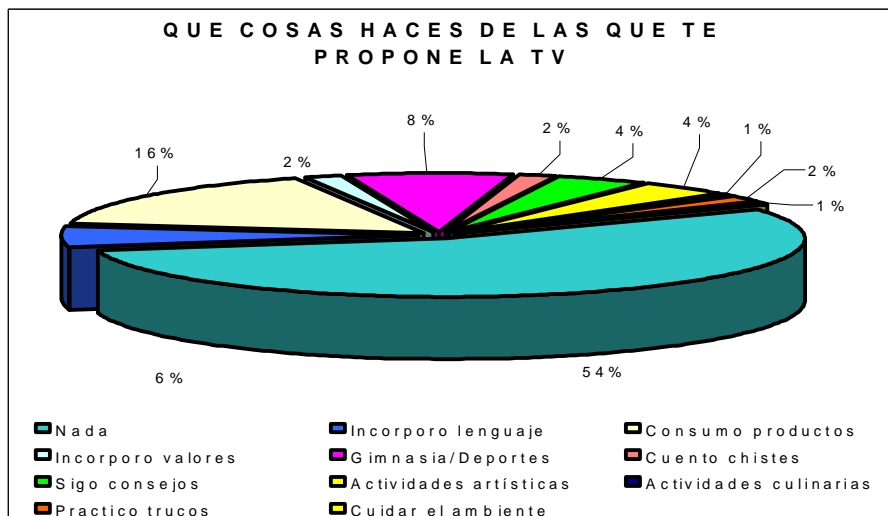
El 60 % de los encuestados afirma que la T.V. propone modelos, el 33 % lo niega, y el 7 % responde que la T.V. propone o no, según los casos.



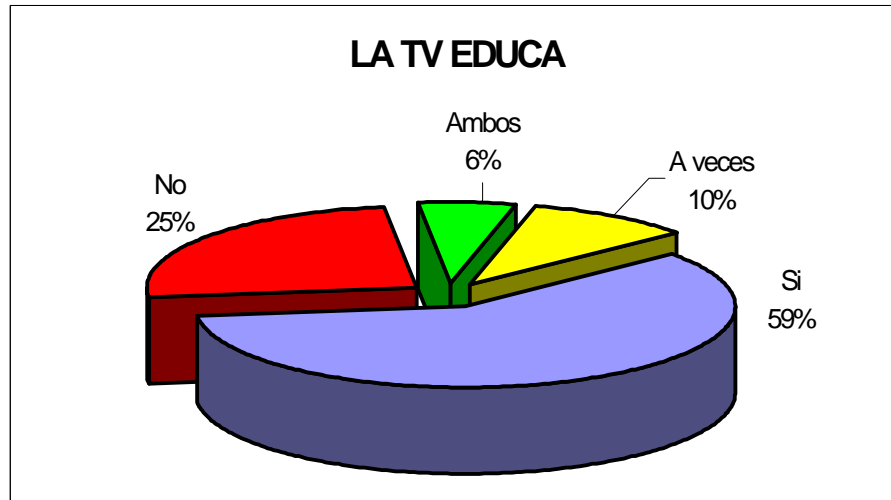
Cuadro N° 6

Con relación a que cosas hacen los jóvenes de lo que propone la T.V. resulta significativo que el 54 % responde que no hacen nada. Sin embargo las opiniones aparecen más repartidas cuando se trata de los aportes de la T.V., el 31 % la considera una fuente de información, para un 28 % aporta enseñanzas varias, el 15 % asocia los aportes con el entretenimiento, para el 13 % los aportes son con respecto a la prevención y para el 9 % no le aporta nada.

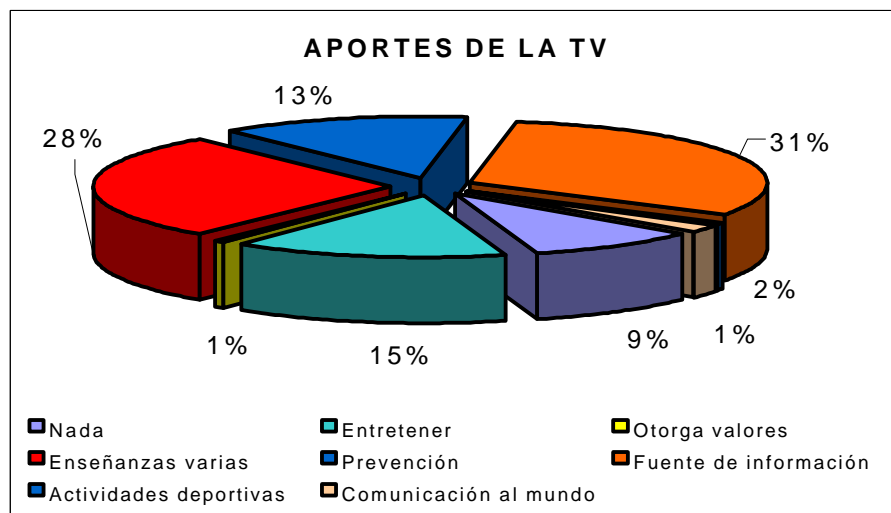
En otro orden de análisis para el 59 % de los alumnos la T.V. educa, para el 10 % sólo lo hace a veces, para el 25 % no educa, y para el 6 % educa o no según los temas.



Cuadro N° 7



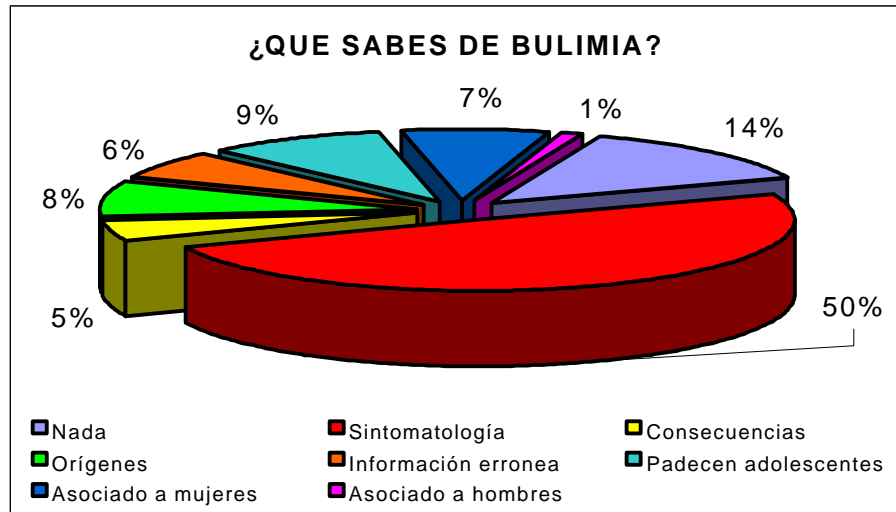
*Cuadro N° 8*



*Cuadro N° 9*

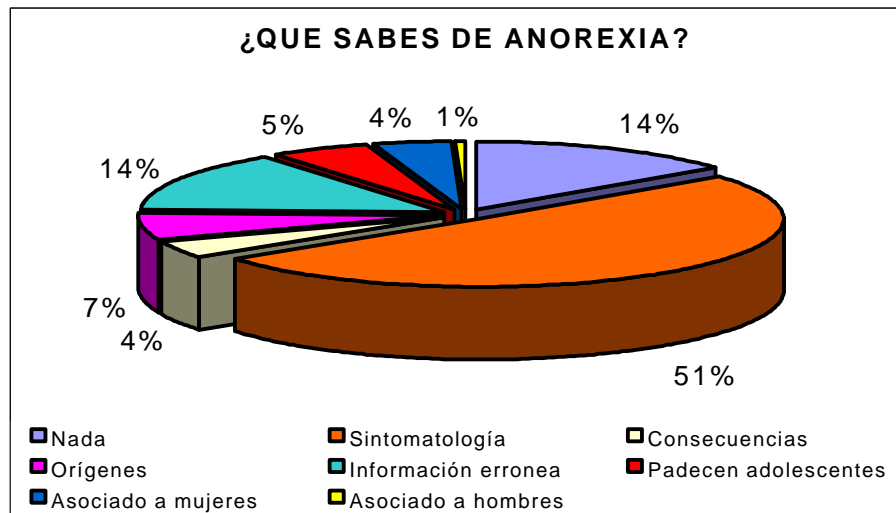
Se observan contradicciones entre las respuestas manifestadas en los gráficos 7, 8 y 9 en relación a que un alto porcentaje afirma no hacer nada de lo que le propone la T.V., pero sin embargo el porcentaje disminuye (9 %) notablemente, cuando mencionan que, la T.V. no aporta nada, el resto le asignan a la T.V. diversos aportes siendo, los más importantes ser fuente de información y dar enseñanzas varias.

Del análisis del conocimiento que los adolescentes tienen sobre Bulimia y Anorexia se desprenden los siguientes resultados: con respecto a la Bulimia, el 50 % conoce la sintomatología y un 14 % no sabe nada sobre esta patología.



Cuadro N° 10

En cuanto a la Anorexia se observan porcentajes similares, ya que el 51 % conoce su sintomatología y el 14 % no tiene ningún conocimiento.



Cuadro N° 11

Analizando las edades y el sexo, son los varones de 17 años los que constituyen la mayor cantidad de alumnos que no tienen conocimientos sobre estos trastornos. A pesar de que ambos sexos tienen conocimientos sobre la sintomatología tanto de la Bulimia como de la Anorexia, son las mujeres de 17 años las que más información poseen con



respecto a esta. De aquellos varones que sí manejan información sobre las enfermedades, la mayoría tiene conocimientos sólo de la sintomatología.

Con respecto a los orígenes, consecuencias, personas que las padecen, no son significativos los resultados obtenidos. Esto es coherente teniendo en cuenta que lo que saben se refiere sólo a los síntomas (ver anexo: Qué sabes de Bulimia – Anorexia- Sexo – Edad).

De la totalidad, el 95 % reconoce que son enfermedades y el 88 % que no se heredan, el 25 % afirma haberse enterado de estas patologías y sus características a través de la T.V., el 19 % en el colegio, el 18 % a través de los familiares y el 11 % por intermedio de revistas, libros y diarios.

Del análisis de las valorizaciones hechas por los adolescentes en relación a las características que tendrían que tener sus parejas, un alto porcentaje es la belleza física con el 22 % tanto en hombre como mujeres, si bien es levemente superior en los varones. El 11 % de los jóvenes prioriza la inteligencia, este valor es mucho más importante para los varones que para las mujeres. El 24 %, en cambio, le da importancia a los valores morales y éticos. Si se tiene en cuenta la edad y el sexo, son las mujeres las que observan un porcentaje mayor a estos valores específicamente las de 15 años, seguidas por las de 17 años. Los varones de 17 años tienen respuestas similares a las de las mujeres de 15 años.

En contraposición a lo anterior, las características que ellos no consideran relevantes como requisito para su pareja son: la personalidad, los valores materiales, la originalidad, la comprensión y el que sea o no trabajador.

Respecto a la interrelación de estos resultados con actores y cantantes favoritos, los adolescentes no dan importancia a su aspecto físico ni personalidad, sino que el 61 % prioriza el trabajo de su actor/actriz favorita, el 34 % elige a su cantante favorito por su música, el 26 %, por el contenido de las letras de las canciones, y el 17 % por su voz y por su estilo.

**De esto se infiere que la belleza física es un requisito importante a cumplir cuando los adolescentes eligen pareja, pero se deja de lado a la hora de optar por sus cantantes o actores favoritos** (por ejemplo los cantantes más elegidos fueron Andrés Calamaro, Charly García, Bob Marley, The Beatles; dentro de los actores se destacaron Al Pacino, Robert de Niro, Sean Connery, Bruce Willis y Mel Gibson, entre otros) (ver listado en anexo).

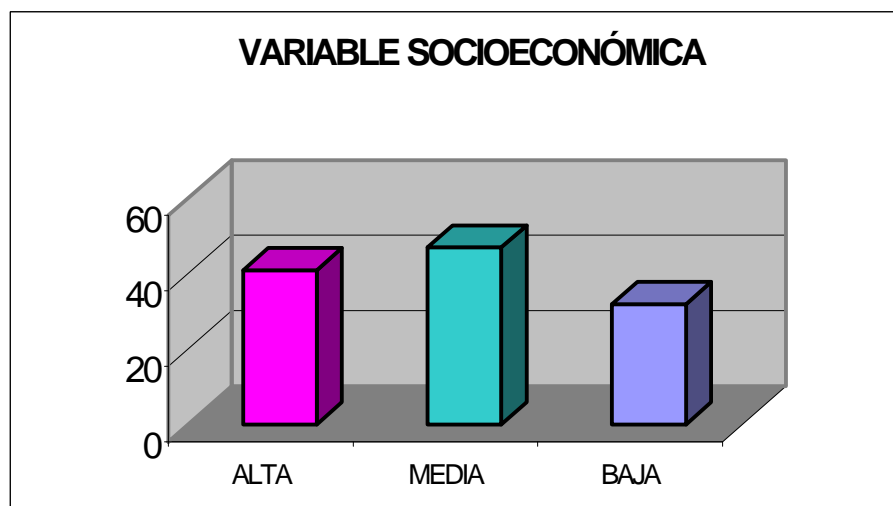
Ante la pregunta a qué personas admirás los padres con el 38 % son los que obtuvieron el mayor porcentaje, seguidos por la familia en general, las demás respuestas presentan un alto grado de dispersión no siendo significativo sus porcentajes (ver listado en anexos).

Al analizar por qué admiran a las personas el 36 % contestó por sus valores positivos, el 26 % por su personalidad, el 23 % por su actividad, y el 10 % por su aspecto físico. Se mantiene mayoritariamente la valorización hecha por los adolescentes

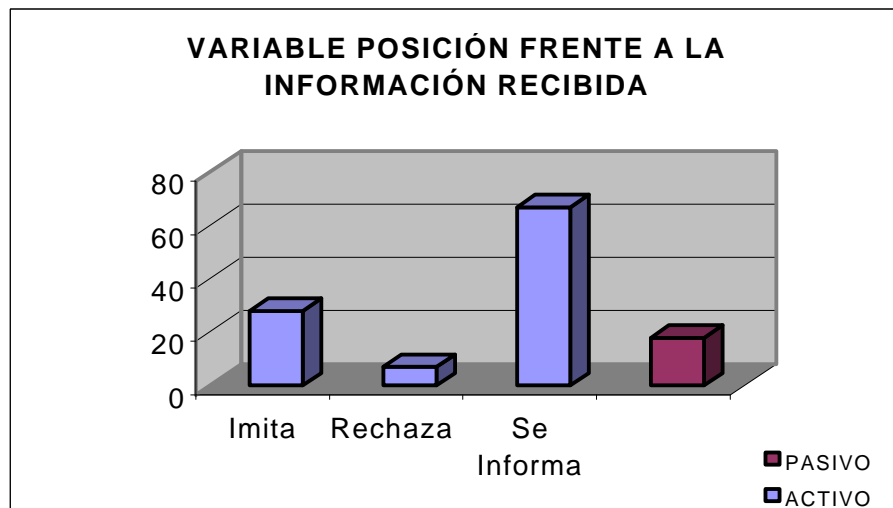
para los actores y cantantes favoritos.

**Se advierte que los adolescentes toman como modelo de admiración a sus padres u otros familiares por los valores que ellos transmiten, por su trabajo, por su personalidad, etc.** Los modelos mediáticos quedan relegados a segundo plano.

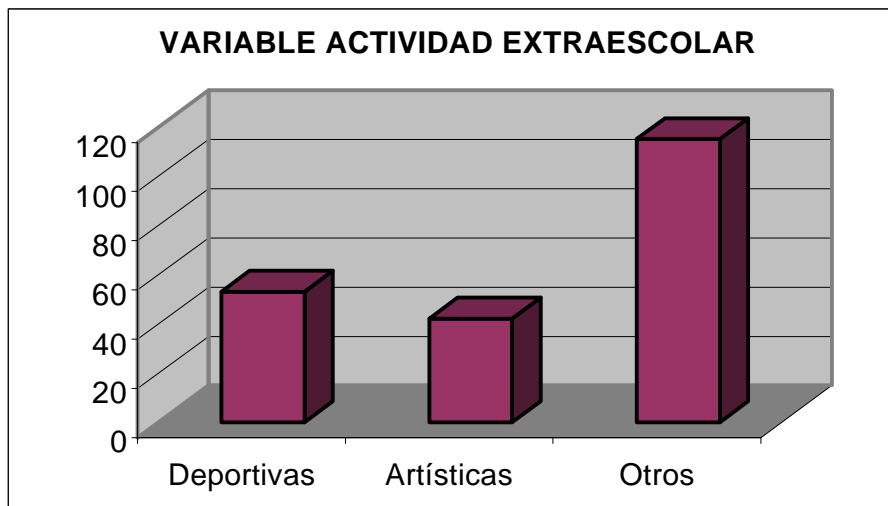
De la relación entre las variables sexo, edad, posición frente a la información recibida, actividad extraescolar, y la variable socioeconómica (ver anexo relación de variables) surge que al relacionar posición frente a la información recibida con sexo se observa que de la posición activa el 22 % de los hombres se informan, el 14 % imita y el 4 % rechaza, la posición pasiva está constituida por el 10 %.



Cuadro N° 12



Cuadro N° 13



Cuadro N° 14

De la posición activa el 34 % de las mujeres se informa, el 9 % imita, y el 2 % rechaza. La posición pasiva está constituida por el 5 %.

Se advierte que son las mujeres las que mayoritariamente se informan. Con respecto a imitar, son los varones los que observan un leve aumento con respecto a las mujeres al igual que en la posición pasiva (**ver anexo Posición frente a la información – edad**).

En lo que se refiere a la edad, los adolescentes de 17 años que se informan constituyen el 24 % seguidos por los de 15 años con el 18 %, y el 12 % los de 16 años.

Respecto a imitar y rechazar la información, los porcentajes entre las distintas edades son muy parejos. La posición pasiva tiene valores similares entre las distintas edades.

**Se deduce que los adolescentes de 15 y 17 años son los más informados. No hay variaciones importantes entre las edades con respecto a imitar, rechazar, o ser pasivo** (ver anexo).

En otro orden, al vincular la actividad extraescolar con la posición frente a la información recibida se obtiene que de la postura activa se informa el 12 % de quienes realizan actividades físico deportivas, el 12 % de los que realizan actividades artísticas intelectuales y el 31 % de los que realizan otras actividades. De los que imitan, el porcentaje más alto (12 %) realiza otras actividades. De quienes rechazan la información el 3 % realiza otras actividades y de los pasivos, el 8 % también realiza otras actividades (entre ellas, mirar T.V. escuchar música, dormir, ir a bailar, ir a la cancha, juegos diversos) (ver anexo: cruzamiento de variables).

De la asociación entre la posición frente a la información recibida y la variable socioeconómica, se desprende que de la posición activa el 14 % que se informa corresponde a la clase alta, el 28 % a la clase media y el 13 % a la clase baja. De

quienes imitan y rechazan la información recibida no se distinguen variaciones entre una y otra clase.

Tampoco son relevantes los porcentajes obtenidos con respecto a quienes son pasivos en función del nivel socioeconómico.

**De lo anterior se infiere que de los adolescentes que se informan el mayor porcentaje corresponde a la clase media constituyendo ésta el doble de los informados de clase alta y baja (ver anexo: cruzamiento de variables).**

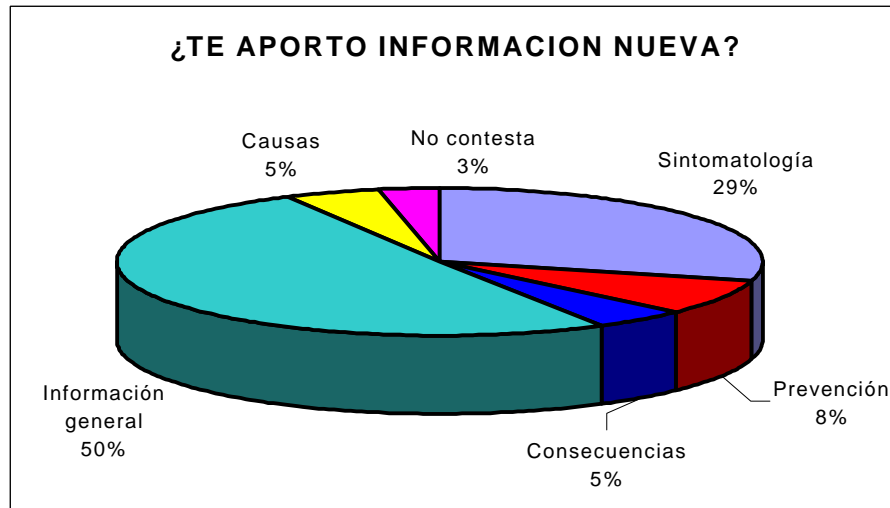
**De los adolescentes que imitan, el porcentaje más alto se encuentra en la clase alta al igual que en la posición pasiva. En ambos casos están seguidos muy de cerca por quienes pertenecen a la clase baja.**

Analizando los datos obtenidos en la hoja de registro del compacto audiovisual con respecto a la nueva información que el video aporta, el 54 % de los adolescentes contesta que si y el 44 % que no les aporta nada nuevo.



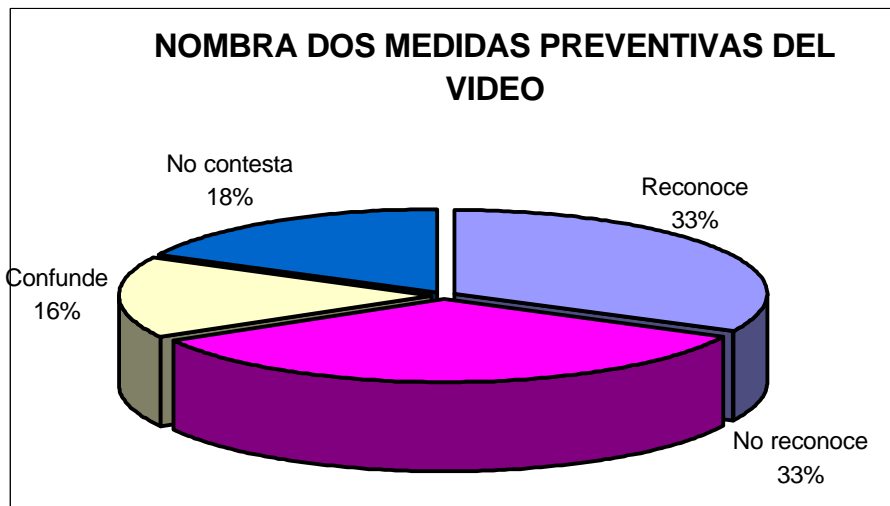
Cuadro N° 15

Para aquellos que contestan que si, la información nueva se refiere: el 50 % a datos generales, el 29 % a sintomatología y sólo el 8 % a prevención.



*Cuadro N° 16*

El 33 % de los jóvenes reconoce medidas preventivas sobre Bulimia y Anorexia en el video, el mismo porcentaje (33 %) no reconoce dichas medidas. Es significativo el 18 % de alumnos que no contestan estas preguntas.

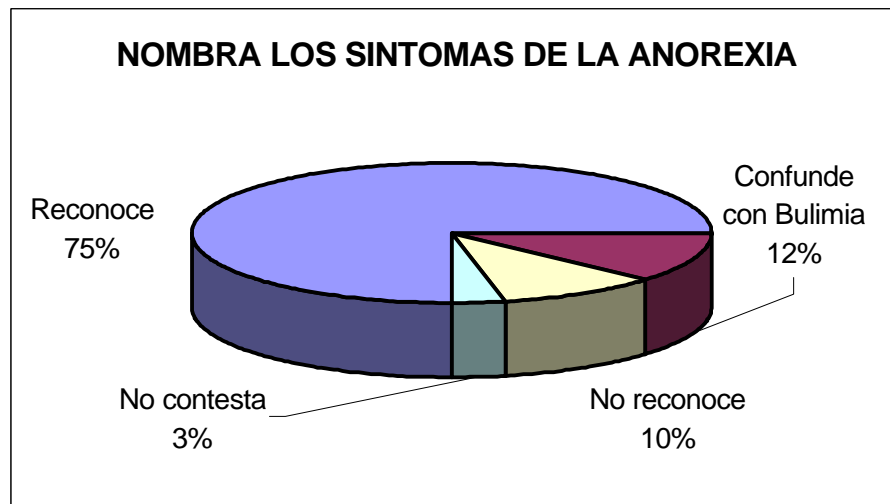


*Cuadro N° 17*

El porcentaje de adolescentes femeninos que reconoce medidas preventivas es levemente mayor al de los adolescentes masculinos. Las mujeres que menos reconocen estas medidas son las de 16 años.

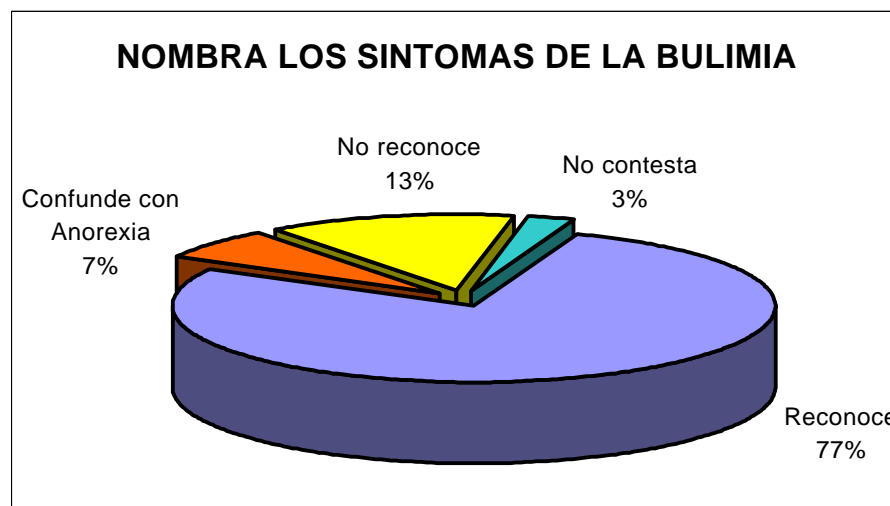
La cantidad de varones que no reconocen medidas preventivas es similar a la cantidad de mujeres.

Respecto a los síntomas de la anorexia, el 75 % de los adolescentes los reconoce (el 44 % son mujeres y el 31 % hombres, ver anexo cuadro), el 12 % los confunde con los de Bulimia y el 10 % no los reconoce.



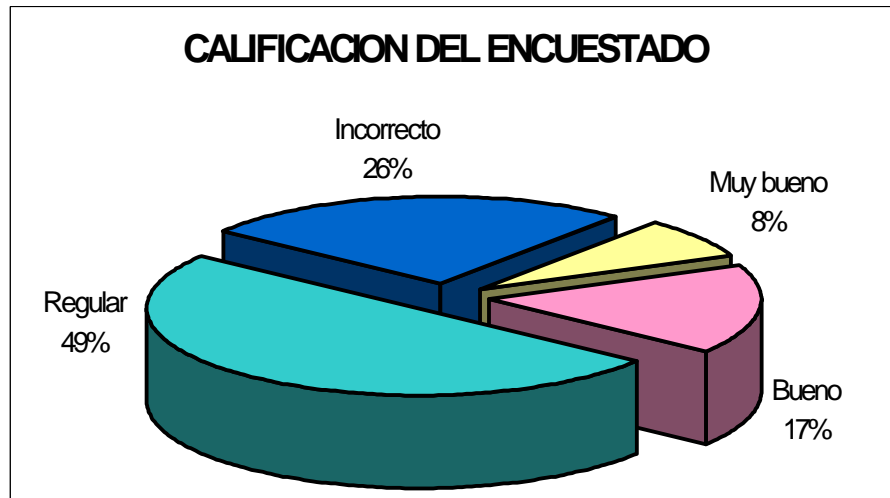
Cuadro N° 18

En cuanto a la Bulimia, los porcentajes son prácticamente idénticos, el 77 % de los jóvenes reconoce la sintomatología (el 40 % son mujeres y el 33 % hombres, ver anexo cuadro), el 13 % no la reconoce y el 7 % la confunde con la de la Anorexia.



Cuadro N° 19

La calificación otorgada a los adolescentes según su recepción sobre información referida a la prevención, sintomatología, causas, consecuencias, modelos, concientización, y valorizaciones sobre Bulimia y Anorexia es la siguiente: el 49 % obtuvo regular, el 26 % incorrecto, el 17 % bueno y el 8 % muy bueno.



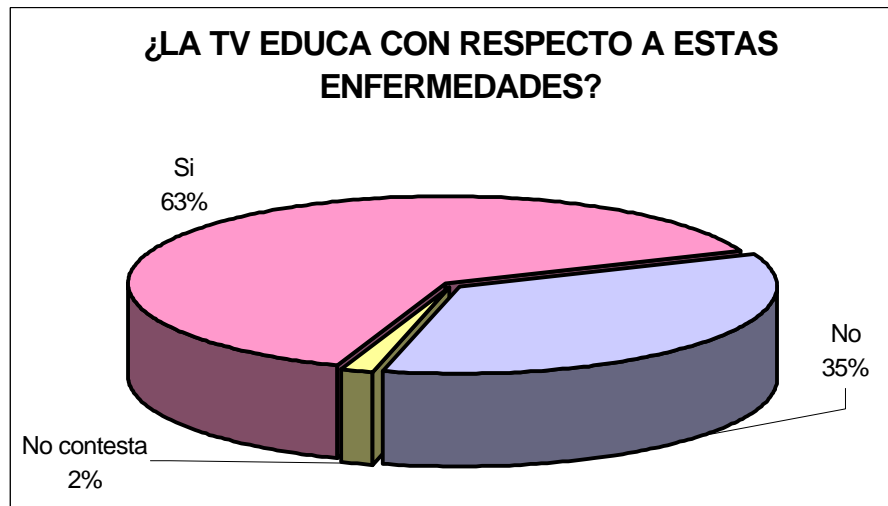
Cuadro N° 20

De lo anteriormente citado se infiere que la gran mayoría de los adolescentes reconocen la sintomatología de ambas patologías, sin embargo, es menor el porcentaje de quienes identifican medidas preventivas. La confusión entre síntomas, prevención, causas, consecuencias, y otras características de las enfermedades es significativa debido a que sólo el 25 % es capaz de diferenciarlas (calificación buena y muy buena).

El aporte de nueva información gira en torno a datos referidos a estadísticas, grupos de riesgo y otras generalidades.

El 63 % de los adolescentes opina que la T.V. educa con respecto a bulimia y Anorexia. El 89 % de estos afirma que educa porque informa.

El 35 % de los adolescentes opina que la T.V. no educa, de ellos el 67 % afirma que no educa porque incita a estas enfermedades y el 26 % porque no hace prevención (ver anexo: por qué sí/no).



Cuadro N° 21

De los que piensan que la T.V. educa, el 29 % son hombres y el 34 % son mujeres. De los que piensan que no educa, el 20 % son hombres y el 15 % son mujeres (ver anexo, cuadros).

Después de comparar las poblaciones de ambos colegios en referencia a la posición frente a la información recibida, a la actividad extraescolar y a la variable socioeconómica, no se evidencian variaciones significativas.

Son altos los porcentajes de ambos colegios con respecto a ser receptores activos que se informan, siendo las mujeres las que más se destacan en este aspecto. Los varones que imitan son levemente superiores en cantidad en el colegio de Adrogué, que en el de Lomas.

Con respecto a la variable socioeconómica, existen diferencias: es mayor el porcentaje perteneciente a clase alta en el Lomas High School, que en la escuela N° 11 de Adrogué. En esta última el porcentaje mayor se localiza en la clase baja. Es de destacar que el primero de los colegios es privado y el segundo es estatal

Analizando la actividad extraescolar, se observa que en el colegio de Adrogué es levemente mayor el porcentaje de los que realizan actividades artístico-intelectuales. En cuanto a la actividad deportiva, la superioridad se encuentra en el colegio de Lomas.

Estas pequeñas diferencias podrían obedecer a que el Lomas High School es de escolaridad completa – bilingüe y el de Adrogué tiene escolaridad simple (un solo turno). (Ver anexo).

De la comparación entre los resultados de la encuesta y el registro del video en relación a la información que los adolescentes manejan sobre estas patologías, se observa, respecto a lo que sabían previamente en la encuesta realizada, donde el mayor porcentaje de conocimiento era de la sintomatología (50 / 51 %), en los datos aportados con el registro del video, lo que se incorpora como nueva información son las



características generales (50 %) por ejemplo, estadísticas, grupos de riesgo, que los hombres también son afectados por estas enfermedades, consecuencias etc.

Si se tienen en cuenta las respuestas de los adolescentes sobre los síntomas de ambos trastornos, se observa, que el porcentaje que los reconocía aumenta considerablemente (25 %) en la hoja de registro. Al mismo tiempo disminuye el porcentaje de quienes no sabían nada (14 %) sobre las patologías al 3 % en el registro.

En cuanto a la prevención de estas enfermedades en las encuestas, no aparece mencionada entre los conocimientos manejados por los adolescentes. Sin embargo, en las contestaciones dadas por estos en la hoja de registro, el 8 % asegura que la información nueva aportada es sobre prevención.

Si bien el dominio de la sintomatología es relevante, mientras ésta se toma en forma aislada, al presentarla junto a la prevención ambas se confunden. El problema radica en que los adolescentes tienen dificultad para reconocer los mensajes atinentes a la prevención de estas patologías. De esto da cuenta que en el registro, al tener que categorizar las escenas del video según su contenido, la sumatoria de las respuestas incorrectas y regulares es del 75 %.

Solo el 8 % logra reconocer y diferenciar síntomas de prevención, y el 17 % los diferencia y reconoce en forma menos precisa.

En función del poder educativo de la T.V. la encuesta manifiesta que el 59 % le atribuye a esta el valor de educar. El porcentaje que se presenta en el registro aumentó sólo un 4 %. Este incremento se debe a la apropiación que hacen los adolescentes al considerar al video proyectado como parte de la investigación como un “*video educativo*”.

En lo relativo a que la televisión no educa, las respuestas dadas en las encuestas (25 %) se incrementan en un 10 % al analizar el mismo ítem en el registro.

Del estudio surge que en la encuesta el 60 % dice que la T.V. propone modelos, si se toman en cuenta los datos obtenidos en el registro este porcentaje se eleva al 87 %, hay que resaltar que la atribución a modelos se relaciona para la mayoría de los adolescentes con gente flaca. Un menor peso tiene el reconocimiento de modelos positivos.

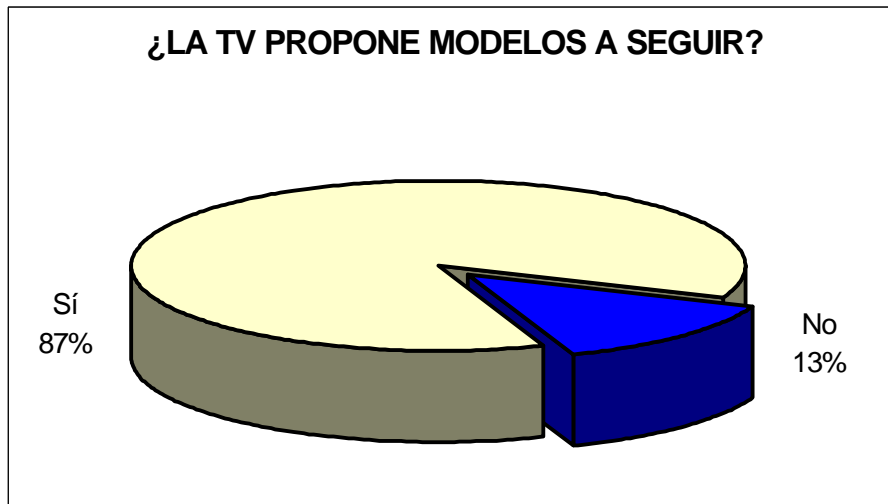
Los adolescentes reconocen los modelos propuestos por los medios (T.V.) pero no necesariamente son los modelos que ellos toman como “*ejemplo de vida*”. Las diferentes respuestas de los jóvenes priorizan, en la elección de cantante, actriz/actor favoritos, el cómo son y el cómo trabajan, por sobre el cómo se ven.

La admiración de los adolescentes está centrada mayoritariamente en sus padres (45 %) y familia (15 %). Llama la atención el corte que hacen entre los modelos que provienen de su entorno personal y aquellos que pueden surgir de la sociedad en general a través de la T.V.

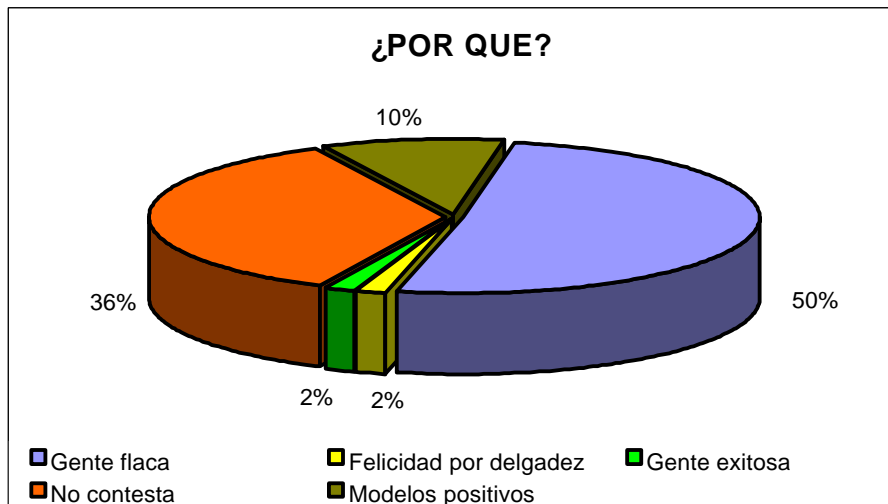
Para el 87 % de los adolescentes la T.V. propone modelos a seguir; de ese total, para el 50 % propone gente flaca y para el 10 % modelos positivos. Resulta importante que el 36 % de los jóvenes no conteste. Estos datos pertenecen a la encuesta.

En el registro de los “*prototipos*” presentados por la T.V., el 41 % son modelos,

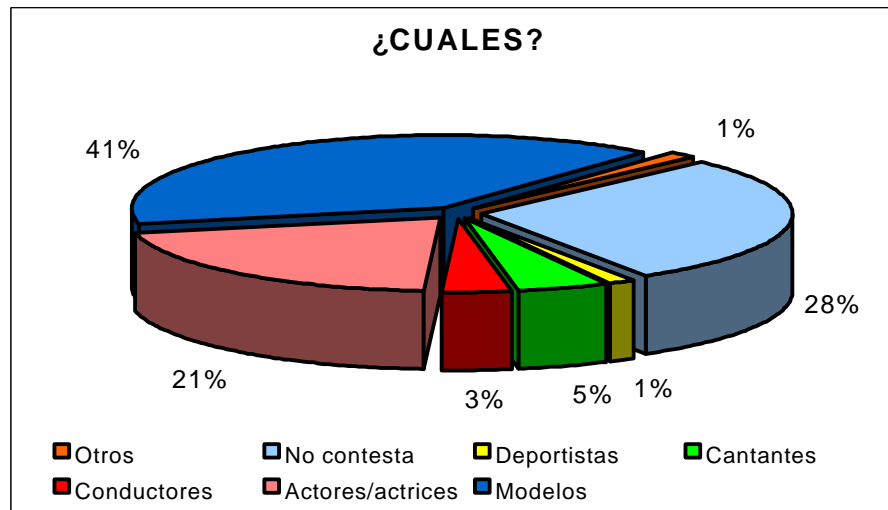
el 21 % actores/actrices y el 5 % cantantes. Continúa siendo significativo que el 28 % no conteste, no pudiendo asociar a qué se refieren los modelos que propone la T.V.



Cuadro N° 22



Cuadro N° 23



Cuadro N° 24

De lo anterior se infiere que si bien el 87 % de los adolescentes asegura que la T.V. propone modelos a seguir, el 10 % le atribuye valores positivos a dichos modelos (como por ejemplo, medidas preventivas, solidaridad, ser sanos y naturales, muestra lo que no hay que hacer, ejemplos de vida, etc.). Lo cual indica que **dado la polisemia de los mensajes, el reconocimiento no es obligatoriamente el mismo.**

## PRODUCTOS OBTENIDOS

Se elaboró un video educativo cuyo objetivo principal es diferenciar la información que circula de estas patologías dentro de los medios de comunicación (en este caso en particular la TV) teniendo en cuenta ejes temáticos sobre la prevención, la sintomatología, estereotipos resaltados por los medios, consecuencias de las enfermedades, pero también las formas de buscar ayuda y deja un mensaje de reflexión. También se busca contribuir a la toma de conciencia por parte de los adolescentes considerados por los especialistas como un grupo de alto riesgo, desarrollando en ellos una actitud crítica con respecto a los mensajes que circulan en la T.V. Se pretende, además, asesorar a los equipos de trabajo interdisciplinario de trastornos en la alimentación en relación a la vinculación que estas enfermedades pueden llegar a tener con los modelos propuestos por los medios.



## CAPITULO V

# Discusión

---

Al analizar los datos referentes a las unidades investigadas con relación a la posición frente a la información recibida, se ve una gran preponderancia de ejercer una actitud activa, que posibilita desviar, reelaborar o invertir lo que se recibe en el proceso de recepción, a través de juicios de valores, opiniones o creencias basadas en la experiencia o en el conocimiento compartido. Dentro del gran grupo de receptores activos se destacan las mujeres de 15 y 17 años que en su posición de informarse buscan datos, referencias y profundizan sus conocimientos y /o buscan asesoramiento. Esta visión de receptores “activos” se contraponen a las teorías positivistas de la comunicación en donde se polariza este fenómeno entre emisor por un lado y receptor por el otro, tomado este último como pasivo. En esta línea la recepción es concebida como un hecho empíricamente observable, una actividad “en estado puro” o de laboratorio que puede aislarse para su observación. En oposición, Eliseo Verón plantea que la comunicación es un hecho interno al hombre. No se trata de una mera transferencia de datos sino de una significación de investidura de sentido. El sujeto al reconocer los mensajes le otorga “el sentido”(1997).

En el presente trabajo, los receptores con una actitud pasiva (de indiferencia y desinterés) no son considerados sin capacidad de reflexión; constituyen una porción mínima dentro de la población, siendo levemente mayor en el caso de los hombres.

La mayoría de los especialistas consultados vinculan a los medios, y especialmente a la televisión, con la gestación de una personalidad de base que conduciría hacia la Bulimia o Anorexia a determinados adolescentes. Esta postura interpreta a la recepción en forma lineal, tipo causa – efecto, dejando de lado grupos de pertenencia, el contexto cultural, social, económico y político, las características particulares de cada receptor, valores, creencias y muchas otras variables importantes, tales como lo proponen Jesús Martín Barbero, Morley y otros teóricos de los Estudios Culturales.

Desde esta concepción, Morley propone un modelo de audiencias que “no es una masa atomizada de individuos, sino una diversidad de formaciones subculturales o de agrupaciones de miembros que, en su condición de tales, compartirán una orientación cultural para decodificar los mensajes de una manera particular.

La audiencia se debe concebir como un conglomerado de lectores individuales situados socialmente, cuyas lecturas individuales serán enmarcadas por formaciones y prácticas culturales compartidas, que a su vez estarán determinadas por factores que derivan de la posición objetiva que ocupa el lector individual en la estructura de clases (Morley, 1992).



Es necesario destacar que la audiencia es altamente selectiva y que se apropia de los mensajes según su función y su utilidad además de considerar que los mensajes son polisémicos y pueden ser decodificados de diversas formas según se tengan en cuenta las diferencias de género, clase, etnia, edad, etc.

En relación a la actitud activa de los receptores adolescentes, se observa el reconocimiento que ellos hacen de los modelos propuestos por la televisión, que sin embargo no implica la adopción de los mismos como estilo de vida. Dichos modelos se refieren mayoritariamente a “gente flaca”. Pese a que fueron minoría, las unidades que reconocieron modelos positivos, es importante tenerlos en cuenta a la hora de identificar los mensajes por parte de los receptores.

Para la mayoría de los profesionales médicos consultados, en la búsqueda de modelos estéticos y paradigmas de belleza corporal, muchos adolescentes llegan a la Bulimia o Anorexia. Por otra parte, en su afán de vender más y mejor, la televisión se constituye en uno de los principales potenciadores de los supuestos ideales de perfección del físico. Estos estereotipos generalmente son acompañados de otros mensajes, planificados o no, que los adolescentes consumen con la misma avidez.

El esfuerzo por conseguir una buena figura está aceptado y se practica socialmente. La Dra. Bello, directora de ALUBA, afirma que “El 90% de las mujeres de nuestra cultura (occidental) está disconforme con su cuerpo. Esto es patológico, no puede ser que haya tantos cuerpos equivocados, sino que hay un ideal estético demasiado estilizado en el que no encuadra la mayor parte de la población”.

Analizando el entorno personal de los adolescentes los afectos más básicos son los que emergen como valores más preciados. Se repliegan en la familia y su vida privada aunque ésta, como dice Oscar Landi, “no es por cierto el paraíso reencontrado (...) es un espacio de tensiones (...). Actualmente, la familia interpreta y comprende más la conducta de sus miembros...”

En coincidencia con lo mencionado, la investigación realizada por el Deutsche Bank “Jóvenes hoy” (1999) arriba a conclusiones similares cuando dice que la mayoría de los adolescentes menciona como modelo a la madre o al padre; y en segundo lugar, a otro familiar.

La importancia de esta mediación entre la familia y la televisión ha sido abordada por Jesús Martín Barbero, desde la cotidianeidad familiar, al afirmar que “si la televisión tiene aún a la familia como unidad básica de audiencia es porque ella representa para las mayorías la situación primordial de reconocimiento. Y no puede entenderse el modo específico en que la televisión interpela a la familia sin interrogar la cotidianeidad familiar”.(1987)

Esta mediación social constituye un ámbito de conflictos y fuertes tensiones, “la cotidianeidad familiar es, al mismo tiempo, uno de los pocos lugares donde los individuos se confrontan como personas y donde encuentran alguna posibilidad de manifestar sus ansias y frustraciones” (Barbero, 1987).

Además de los padres y la familia en general, otros modelos, como los amigos y personalidades varias (Madre Teresa de Calcuta, John Lennon, Che Guevara, Karl Marx, Gandhi, Lady Di, etc.), son elegidos en menor medida por los jóvenes.



Así como los adolescentes seleccionan sus modelos dentro de los más diversos ámbitos de igual modo son diversas las características que los atraen de ellos. En la mayoría de los casos estas características están vinculadas con valores y conceptos éticos y morales (esto último concuerda con los datos obtenidos por la investigación del Deutsche Bank).

Otro aspecto a tener en cuenta vinculado con el entorno de los adolescentes es su grupo de pertenencia, el cual tiene gran importancia en el proceso de socialización. El adolescente valora los vínculos personales dentro de su grupo familiar y, más aún, dentro del círculo de sus amigos con quienes desarrolla gran parte de sus actividades durante el tiempo libre.

Los adolescentes de hoy priorizan el mundo afectivo–privado por sobre todo lo proveniente del exterior. Y entre sus actividades de tiempo libre prevalecen el estar en casa, escuchar música, dormir, ir a bailar y hacer deportes.

La función principal de los grupos es la de organizar y pasar juntos los momentos de ocio buscando distracción y entretenimiento.

Dos de los conceptos fuertes dentro de la investigación: prevención y sintomatología, aparecen en los discursos de los propios profesionales médicos con varias contradicciones.

En cuanto a la prevención, algunos médicos hacen hincapié sólo en aprender hábitos y conductas alimentarias, haciendo una vida sana y equilibrada e ingiriendo alimentos variados. Otros, como la psicoterapeuta Lidia Rosas, consideran que la prevención tiene que aplicarse desde el primer vínculo del niño con su madre. En esta misma línea la Dra. Bello opina que “la mamá del adolescente puede hacer mucho educando a sus hijos en valores que no tengan que ver con el cuerpo y la comida, desarrollando sus talentos. Estas enfermedades se dan en casos donde cuesta comunicarse y se es inseguro, o a veces con tendencias depresivas. Entonces, amar a un hijo y convencerlo de que es aceptado porque él “es”, asegura mucho el éxito que el adolescente puede tener en el futuro”.

A veces, estos mismo médicos mezclan dentro de la prevención aspectos de la sintomatología. Por ejemplo la Dra. Lidia Rosas, al hablar de prevención dice “hay que tener cuidado de que no empiecen a hacer una dieta estricta o a tomar pastillas anorexígenas y a realizar excesivos desgastes físicos.”

Parte de los profesionales coinciden en que se está realizando bajo el nombre de prevención una divulgación de la sintomatología que puede provocar efectos contrarios. Tal como lo plantea el Lic. Marcelo Heckier, al afirmar que la sintomatología de la Bulimia y la Anorexia es sólo para manejo de los profesionales médicos, no para ser divulgada en medios de comunicación.

En contraposición a esta postura, la Dra. Mariela Días, opina que “es difícil hablar de prevención sin relacionarla con la sintomatología de estas enfermedades”.

En lo concerniente al tratamiento y “curación” de estas patologías es llamativo que los médicos manejen posturas opuestas. Tal es así, como algunos de los profesionales de ALUBA dicen que “la Bulimia y la Anorexia pueden tratarse y se curan en cuatro años, no es que se recuperan”. En forma antagónica, la Dra. Lidia



Rosas, expresa “más que curación yo diría que hay una recuperación, no total porque a veces hay recaídas. Existen factores que reciclan estas enfermedades”. Coincide con esta postura la Dra. Mariela Días, quien sostiene “no se puede hablar de curación porque el riesgo en estos pacientes va a seguir de por vida. Puede remitir el síntoma pero la personalidad de base favorece el riesgo potencial de por vida”.

Esta misma diversidad de criterios se refleja en los mensajes televisivos en los que aparece información sobre la Bulimia y la Anorexia.

De todo lo planteado anteriormente, se desprende que en su mayoría el grupo de alto riesgo de adolescentes no incorpora o lo hace erróneamente conocimientos acerca de la prevención de la Bulimia y la Anorexia a través de los mensajes televisivos referentes a la sintomatología de estas enfermedades. Tampoco la mayor parte de estos sigue, como piensan los médicos, los modelos presentados en la pantalla. Los jóvenes toman como modelo de admiración a sus padres, personas de carne y hueso que son para ellos “héroes de la vida cotidiana”.



## CAPITULO VI

# Conclusiones

---

La mayoría de la población abordada presenta una posición activa frente a la información recibida sobre Bulimia y Anorexia. De dicha población es preponderante la cantidad de adolescentes que se informan y profundizan sobre el tema, destacándose las mujeres de 15 y 17 años de clase media como el grupo más interesado en complementar la información con asesoramiento y nuevas referencias respecto a estas patologías.

El hecho de que todo el mundo vea lo mismo no significa que lo mismo sea visto por todo el mundo, es decir, que la mayoría de los adolescentes sean activos y se informen, no implica que se apropien de los mensajes en forma idéntica. Esto se debe a que los mensajes son polisémicos y se decodifican en función del género, de la clase, de la edad, etc.

A pesar de que gran cantidad de jóvenes al informarse incorpora conocimientos sobre Bulimia y Anorexia, estos se refieren principalmente a la sintomatología de estas enfermedades y en segunda instancia, a generalidades; no a la prevención de las mismas, la cual no es reconocida al transmitirse por la televisión. Los mensajes que circulan por este medio presentan contradicciones en lo que respecta a la prevención, las mismas exceden la pantalla y reflejan la falta de unificación de criterios por parte de los profesionales médicos al abordar estos temas.

Los médicos consultados vinculan a la televisión con la gestación de una “personalidad de base”. Los pacientes se comunican con sus cuerpos a través de los mandatos de este medio y se comparan con los modelos que la T.V. refleja, al quebrarse la comunicación interpersonal que se da en su entorno privado.

Esto deja ver que manejan una idea de comunicación unidireccional, donde un emisor produce un mensaje y lo envía a un receptor que lo asimila sin cuestionarlo.

En lo referente a la incorporación de modelos, los adolescentes reconocen los modelos mediáticos e identifican que casi en su totalidad aluden a la delgadez y a todo lo que ésta implica. Sin embargo, no necesariamente los copian o imitan, porque al elegir sus modelos, optan, en primera instancia, por sus padres y en segundo lugar por otros miembros de la familia, destacando sus conceptos éticos y morales. Son los padres quienes les transmiten a sus hijos la mayor información sobre valores y experiencias. De esta forma, la familia continúa con su proceso de socialización debido a la mayor participación de los jóvenes en la vida grupal del ámbito familiar. Favorece también el desarrollo personal de los adolescentes y fomenta sus capacidades para insertarse adecuadamente en la sociedad.

Pero este concepto de familia debe ser entendido en el contexto de los ‘90, donde constituye un valor que puede ser vivenciado o interpretado de una manera diferente a



como era vivido décadas atrás.

En el estudio de la población de acuerdo a la variable actividad extraescolar, las diferentes actividades que los adolescentes practican en su tiempo libre no incluyen mirar televisión como una de las más importantes, y cuando se la realiza, la incidencia del grupo de pertenencia en la decodificación de los mensajes sobre Bulimia y Anorexia no tiene mayor influencia porque los adolescentes miran T.V., en su mayoría, con sus padres y hermanos.

En la comparación de ambos colegios no se encuentran diferencias significativas en lo que respecta a las variables posición frente a la información recibida, actividad extraescolar, sexo y edad y en el cruzamiento de las mismas. En lo referente a la variable socioeconómica en el Lomas High School hay preponderancia de alumnos de clase alta mientras que en la Escuela N° 11 de Adrogué la clase baja es a la que pertenece la mayor parte de los alumnos. Ambas escuelas coinciden en el porcentaje de clase media (esto podría deberse a que el primer colegio mencionado es privado y el segundo, estatal).

De esta forma se concibe a los adolescentes como receptores activos que se informan y pueden reelaborar, desviar o invertir los mensajes, más allá de la clase social a la que pertenecen y de las actividades extraescolares que realicen.

Al considerar los resultados alcanzados y su posterior discusión se entiende que para lograr una verdadera acción preventiva que aborde la problemática de la Bulimia y la Anorexia, los profesionales médicos deben elaborar criterios consensuados de prevención y tratamiento sobre todo cuando estos se difunden por los medios masivos de comunicación. Así mismo, al ser enfermedades que requieren un tratamiento interdisciplinario es necesario que los comunicadores y educadores sean incorporados al equipo de salud a fin de brindar asesoramiento sobre la comunicación concebida como un fenómeno netamente humano y social que se da en la cultura, y dista mucho de ser un proceso causa–efecto.



## CAPITULO VII

### Bibliografía

- Adolescentes. Publicación Científica 489. "La salud del adolescente y el joven en las Américas".
- BRUSCA, J. El Narcisismo de un cuerpo flaco. Psicologías. Bs. As. 1993
- CHMIEL, Silvina. El milagro de la eterna juventud, en Margulis, Mario. La juventud es más que una palabra. Ed. Biblos. Bs. As. 1996. Ensayos sobre cultura y juventud.
- GUIDO, Liliana. La imagen del adolescente hoy, en Adolescencia, Imagen y Comunicación, ponencia del 2º congreso de facultades y carreras de Comunicación Social 1997. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Periodismo y Comunicación.
- HEKIER, Marcelo, MILLER, Celina. Anorexia – Bulimia: Deseo de Nada. Bs. As., Piados, Psicología Profunda. 1994.
- Investigación del Deutsche Bank, "Jóvenes hoy". Editorial Planeta.1999. Bs. As.
- KOGAN, Liuva. Descifrando los cuerpos sociales: una aproximación sociológica, en Revista Dia-logos de la comunicación N° 46. Revista de la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social. FELAFACS- Octubre 1996.
- KUSNETZOFF, J.C. "Psicoanálisis y Psicoterapias breves en la Adolescencia".
- LOFRANO, Víctor Hugo y LABANCA, Rosa. Anorexias y Bulimias: Las cosas del comer. Criterios diagnósticos de la Anorexia y Bulimia nerviosa. Bs. As., Ediciones FUNDADIP. 1995
- MARGULIS, Mario. La juventud es más que una palabra. Ed. Biblos. 1996. Bs. As.
- MARTÍN BARBERO, Jesús. De los medios a las mediaciones. México.1986. Ed.G.Gili
- MORLEY, David. Family Television: Cultural Power and Domestic Leisure. Londres 1986. Comedia.
- MORLEY, David. Televisión, Audiencias y Estudios Culturales. Amorrortu Editores 1992. Bs. As.
- OBIOLS, G. Adolescentes, posmodernidad y escuela secundaria. Bs. As.1995.Kapeluz
- OROZCO, Guillermo. Televisión y audiencias. Un enfoque cualitativo. Madrid, 1996. Ediciones de la Torre-Universidad Iberoamericana.



- O'SULLIVAN, Tim y otros. Conceptos clave en comunicación y estudios culturales. Amorrortu Editores 1995. Bs. As.
- PEYRÚ, G. "Adolescentes en riesgo". Psicologías. Bs. As. 1994.
- Revista "Viva". Diario Clarín. 28 de noviembre de 1999.
- Revista "Viva". Diario Clarín. 12 de diciembre de 1999.
- SILVERSTONE, Roger. Televisión y vida cotidiana. Amorrortu editores. Bs. As. 1996.
- VALIENTE, Enrique. Anorexia y bulimia: El corsé de la autodisciplina, en MARGULIS, Mario. La juventud es más que una palabra. Ensayos sobre cultura y juventud. Ed. Biblos. 1996.
- VILCHANSKY, Alicia. Como escucha el psicoanálisis al joven, en FINGUERET, Manuela. Jóvenes en los '90. Bs. As., Ed. Almagesto, 1993.
- VERÓN, Eliseo Semiosis de lo ideológico y del poder, "La mediatización". Oficina de publicaciones- Ciclo Básico Común, Universidad de Buenos Aires. 1997.
- WOLTON, Dominique. Elogio del gran público, una teoría crítica de la televisión. Barcelona, Ed. Gedisa, 1992.
- WORTMAN, Ana. Televisión e imaginarios sociales: Los programas juveniles, en Mario MARGULIS. La juventud es más que una palabra. Ensayos sobre cultura y juventud. Bs. As., Ed. Biblos, 1996.



## CAPITULO VIII

### Otras Actividades

Los días 19, 20 y 21 de Agosto de 1999 se realizaron en la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Jujuy, las IV Jornadas Nacionales de Investigadores en Comunicación “ Entre la Globalización y lo local. Comunicación y Cultura en el fin del milenio” en las cuales dos miembros del equipo participaron en calidad de expositores, en el área de comunicación y salud

El 9 de octubre de 1999 se organizó un seminario sobre Comunicación y Adolescentes en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Lomas de Zamora, en el cual uno de los investigadores disertó sobre la problemática tratada en el presente trabajo.

En los colegios en donde se realizaron las encuestas y proyección del video, se acordó con los directivos organizar charlas y talleres al finalizar la investigación, con fecha a convenir según su calendario académico.

Dentro de la cátedra Teorías de la Comunicación, de la cual el equipo de investigadores forma parte, se sigue promoviendo el desarrollo de diseños de investigación, por parte de los alumnos, los cuales asocian alguna/s teorías de la comunicación con problemáticas actuales de nuestra sociedad. Muchos de los trabajos estuvieron referidos a estas patologías pudiendo servir los resultados de esta investigación como orientadores y fuente de información.



## CAPITULO IX

# Evaluación del Equipo de Investigación

---

Para la evaluación de los integrantes del equipo de investigación se han considerado los siguientes ítems:

Predisposición ante el objetivo perseguido.

Integración al grupo de trabajo

Cumplimiento de las distintas tareas

Rotación de roles en la asignación de tareas

Responsabilidad para la cumplimentación del cronograma presentado

Sobre la base a todo lo que antecede se efectuó la siguiente evaluación:

Licenciada Martínez, María Fernanda 9 Puntos

Licenciada Rivas, Silvia Mabel 9 Puntos



# CAPITULO X

## Anexos

---

1. Resultados completos
2. Base de datos
3. Guión Técnico del video
4. Instrumentos