

77



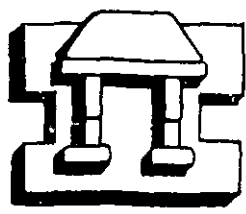
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

EVALUACION DE LA RELACION ENTRE LA INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL Y LA SINTOMATOLOGIA DE TRASTORNO ALIMENTARIO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARINA GUTIERREZ VENTURA

DIRECTORA: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYON
ASESORES: MTRO. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ
DRA. ROSALIA VAZQUEZ AREVALO



IZTACALA

288139

AGOSTO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Este pequeño libro esta dedicado a todas las personas mencionadas en esta pagina por haber estado conmigo directa o indirectamente en todo el largo proceso de titulación:

Doy gracias a mis padres, por darme la vida, y tener tres hijos hermosos y preciosos como los que tienen. También les agradezco la educación que me han brindado y la enseñanza que me dan día con día, su manera de inculcarme lo que es el respeto, los valores y la importancia de la familia, y por ser unos padres tan de poca abuela como lo son.

Gracias a mi padre por apoyarme en todas mis decisiones, por preocuparte por mí en todo momento, y soportarme en todos estos años y los que te faltan. Papá te quiero mucho.

A mi madre le agradezco su paciencia, comprensión e insistencia en la realización de esta tesis, te doy las gracias por ser mi madre y mi amiga, en cualquier situación. Como te quiero condenadota.

Gracias a mi hermano y hermana por preocuparse por está tesis y recordarme este paso, cuando yo mostraba apatía, gracias por ser simplemente mis hermanos.

A Engelbert le doy gracias por que él estuvo conmigo en todo el proceso de titulación soportando muchísimas cosas y esperando algún momento para poder estar juntos. Gracias Nava por estar hasta la fecha conmigo, sabes que se te quiere y se te aprecia por acá en el norte.

Le dedico y agradezco a Gina su apoyo en esta tesis por su infinita paciencia hacia mi persona, por apoyarme, orientarme y aguantarme por tantísimo tiempo.

Agradezco A Juan, Rosalía y a la UNAM la oportunidad brindada para pertenecer al proyecto de nutrición, y por darme la asesoría necesaria para conclusión de este trabajo.

Le doy gracias a dios que ha estado conmigo aunque a veces he dudado y por permitir que las cosas salgan como quiero. Así también te agradezco todo lo que he vivido, y la oportunidad que me ha dado de conocer a tantas personas que aún cuando ya no las veo o ya no están conmigo, los encuentro en algún bello recuerdo de mi vida, no dudando que en el transcurso de esta o más allá nos volveremos a encontrar.

Me doy las gracias a mi misma por que estoy en donde quiero estar parada en este momento y espero seguir así, no importando los obstáculos o contratiempos que se me presenten.

Agosto 2000.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	9
1. Trastornos alimentarios.....	9
1.1. Anorexia nerviosa.....	10
1.1.1. Prevalencia.....	14
1.1.1. Cambios relacionados.....	15
1.2. Bulimia nerviosa.....	27
1.1.1. Prevalencia.....	29
1.1.2. Cambios relacionados.....	29
1.3. Relación entre anorexia y bulimia nerviosa.....	35
1.4. Modelos etiológicos de los trastornos alimentarios.....	37
1.4.1. Modelos etiológicos de la anorexia nerviosa.....	39
1.4.2. Modelos etiológicos de la bulimia nerviosa.....	48
2. Imagen corporal.....	50
2.1. Definición.....	50
2.2. Trastorno de la imagen corporal.....	52
2.3. Prevalencia.....	56
2.4. Influencia de aspectos socioculturales sobre la imagen corporal.....	66
2.4.1. Historia.....	66
2.4.2. Factores socioculturales.....	71
2.4.2.1. Influencias sociales.....	71
2.4.2.2. Otras variables asociadas al trastorno alimentario.....	78

2.5. Imagen corporal y su relación con los trastornos alimentarios.....	86
2.5.1. Imagen corporal y anorexia nerviosa.....	88
2.5.2. Imagen corporal y bulimia nerviosa.....	90
OBJETIVO.....	94
MÉTODO.....	95
RESULTADOS.....	99
DISCUSIÓN.....	115
CONCLUSIONES.....	119
REFERENCIAS.....	121

RESUMEN

Una de las características esenciales de los trastornos alimentarios, específicamente de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa es que se originan y acompañan de cambios cognitivos relacionados con la imagen corporal, por un lado en cuanto a la valoración estética (insatisfacción con la imagen corporal), y por otro lado, con relación a la percepción de su propio cuerpo (distorsión de la imagen corporal), estas características se suceden a partir de un elemento básico: el temor mórbido o fobia a la obesidad, e incluso al mínimo sobre-peso. Por tanto, el objetivo del presente trabajo fue evaluar la relación entre la sintomatología de los trastornos alimentarios y dos variables: influencia del modelo estético corporal y la insatisfacción con la imagen corporal.

Se trabajó con 1000 mujeres, con un rango de edad de 15 a 29 años, 561 pertenecientes a instituciones educativas estatales y 439 de instituciones educativas privadas. Se les aplicaron cuatro instrumentos de evaluación: el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Test de Bulimia (BULIT), el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) y el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC).

Los resultados reportaron que las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario presentaron mayor insatisfacción con la imagen corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y el deseo de perder peso, así como mayor susceptibilidad para la asimilación del modelo estético corporal social (delgadez), específicamente a través de la publicidad, los mensajes verbales, y de los modelos y situaciones sociales. Por otro lado, se observó que las jóvenes con sintomatología de tipo bulímico presentaron mayor malestar con la imagen corporal, así como mayor susceptibilidad respecto a la influencia de la publicidad, de los mensajes verbales y de los modelos sociales, que las jóvenes con sintomatología de tipo anoréxico.

Finalmente, en cuanto a los síntomas específicos de los trastornos alimentarios, se determinó que la motivación para adelgazar y la preocupación por la comida se asociaron con la presencia de insatisfacción corporal, miedo a engordar y sentimientos de baja autoestima debidos a la apariencia y el deseo de perder peso. En tanto que la sobreingesta y los sentimientos negativos posteriores, se asociaron a la presencia de insatisfacción corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima debidos a la apariencia y el deseo de perder peso, así como con mayor influencia de la publicidad, de los mensajes verbales, modelos y situaciones sociales.

INTRODUCCION

Hoy en día existen un sin fin de enfermedades propagadas por todo el mundo, dichas enfermedades son tanto físicas, psicológicas, como culturales, debido a que el individuo en su inercia individual, y cultural se ha vuelto más "exigente" consigo mismo y con el mundo en general. De tal forma que, las exigencias de la vida y nuestro andar día con día nos marcan parámetros los cuales debemos cumplir olvidándonos muchas veces de nosotros mismos, una de las tantas enfermedades existentes en el mundo que abarca tanto el ámbito psicológico, cultural y social, es la **psicopatología alimentaria** entendiendo o definiendo a estos trastornos alimentarios como problemas psicológicos que comportan grandes anormalidades en el comportamiento de la ingesta (Raich, 1994).

Los más frecuentes y por tanto los principales trastornos alimentarios son la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, la primera implica básicamente la autoinanición y un gran control sobre los impulsos, particularmente sobre la ingesta de los alimentos, mientras que la bulimia nerviosa consiste en el uso de conductas compensatorias inadecuadas como la habituación a la autoprovocación del vómito o el uso de sustancias o medicamentos, que son empleados como métodos paliativos para evitar el aumento de peso tras la ingesta.

Estos trastornos tienen características primordiales y similares entre sí, como el temor mórbido o fobia a la obesidad, e incluso al mínimo sobrepeso, así mismo se relacionan estrechamente a un trastorno de la imagen corporal, abarcando tanto la insatisfacción como la distorsión de ésta.

Cabe señalar, que aún cuando estos trastornos son comúnmente asociados entre sí, debido a sus factores similares, cada uno tiene una historia diferente en cuanto a su historia y los primeros registros que existen de su existencia, con estos se debe de mencionar que la anorexia nerviosa es mencionada desde el siglo V, donde existen

registros de mujeres que dejaban de comer o ayunaban, y solía dar una explicación teológica de dicho comportamiento, argumentando como causa de dicho trastorno, que las mujeres o eran poseídas por el diablo o elegidas de dios, e incluso las canonizaban, posteriormente se comenzó a dar una explicación más científica a esto} mencionando que esto era un problema totalmente físico dando una explicación fisiopatológica; por último, ya en la década de los 60's es cuando se comienza a dar una explicación del tipo psicológico. Es necesario mencionar que los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa que actualmente se emplean, son los establecidos en el DSM-IV (American Psychiatry Association).

Una de las características esenciales de la anorexia nerviosa es que se presentan *cambios cognitivos*, relacionados con el aspecto del cuerpo y la valoración estética del mismo, a la vez que las anoréxicas suelen presentar baja autoestima, angustia, pensamientos supersticiosos y una **alteración de la imagen corporal**, donde estas pacientes a pesar de su extrema delgadez se siguen viendo gordas, sobreestiman su tamaño e incluso se pueden percibir como deformes. Después de esto, se presentan *cambios conductuales*, que por lo general inician a partir de cambios en el patrón de la ingesta, comienzan a evitar las comidas, las reuniones sociales, existe una manipulación de la comida, tienen excesivo conocimiento del contenido calórico de los alimentos, utilizan ropas holgadas, se cubren excesivamente aún cuando haga calor, entre otras cosas. Y por último, los *cambios físicos*, ya que a partir de la falta de energía -resultado de la inanición o restricción alimentaria- y de otras conductas inadecuadas en cuanto a la ingesta, se generan diversos síntomas tales como la malnutrición, disminución del gasto energético, disminución de la temperatura corporal, entre otros.

En cuanto a la Bulimia nerviosa, se puede decir que las pacientes presentan los mismos cambios a manera general, aunque con ciertas diferencias, es decir, en cuanto a *cambios cognitivos* presentan una preocupación extrema por la forma y el peso corporal, un temor mórbido a engordar, inestabilidad afectiva, ansiedad, depresión, culpa, además de que algunas manifiestan una capacidad muy histriónica. En tanto que los *cambios conductuales*, suponen que dado el seguimiento de una dieta

de tipo restrictivo, se produce una gran necesidad de ingerir hidratos de carbono en poco tiempo y tener una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de los alimentos, así también se presentan conductas compensatorias como la provocación del vómito o el uso de sustancias como diuréticos o laxantes.

Debido a que los trastornos alimentarios en la actualidad son considerados un problema de salud, se han elaborado muchos modelos etiológicos que tratan de explicar a cada uno de los trastornos, mencionando por lo general tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y de mantenimiento, facilitando con esto el establecimiento de una perspectiva multidimensional e integral de la anorexia y la bulimia.

Como ya se ha mencionado previamente, aunque de manera somera, un factor primordial y básico de los trastornos alimentarios es la **IMAGEN CORPORAL**, la cual es considerada como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente (Schilder, 1980 cit. en Williamson, Davis, Duschman, Mckenzie y Watkins, 1990). La imagen corporal implica *perceptualmente* imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; *cognitivamente* supone una concentración de la atención en el cuerpo e informaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; y por último, *emocionalmente* involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción, así como otros correlatos emocionales ligados a la experiencia externa (Cash y Prurinsky, 1990).

Por otro lado, la insatisfacción corporal se puede definir como la distancia entre la realidad y la idealidad del cuerpo (Tucker, 1984, cit. en Garner, 1997). Sin embargo, de qué serviría hablar de la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal cuando se aborda el estudio de los trastornos alimentarios, pues bien, que aquellos son considerados un factor básico en su detección, lo cual es atribuido básicamente a la influencia que la cultura de la delgadez ejerce sobre la población, y particularmente entre las mujeres adolescentes o jóvenes.

Con base en lo anterior, este trabajo tuvo como objetivo principal evaluar la relación entre la sintomatología de los trastornos alimentarios y dos variables: la influencia del modelo estético corporal y la insatisfacción con la imagen corporal.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La alimentación como objeto de estudio tiene gran relevancia, ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo; sin embargo, en la actualidad se ha convertido en una respuesta condicionada por factores psicológicos, sociales y culturales, dejando totalmente de lado la "nutrición". Dando como resultado que se hable de la alimentación centrada en un organismo como sistema biológico, psicológico, social y cultural. Esto permite estudiar a los fenómenos comportamentales, reconocidos desde hace aproximadamente tres décadas, como trastornos de la alimentación o patologías alimentarias, dentro de los cuales se encuentran la anorexia nerviosa (rechazo compulsivo del alimento) y la bulimia nerviosa (frecuentes episodios de voracidad acompañados habitualmente de vómito). Estos trastornos comparten un deseo básico por adelgazar, en razón de una fobia a la obesidad e incluso al sobrepeso, asociados con una insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, así como una preocupación por el contenido calórico de los alimentos, por lo que se establece como crucial para su gestación la creciente presión social respecto al deseo de la delgadez (Rosen y Leitenberg, 1988; Toro, Salamero y Martínez, 1994).

Holtz (1992) menciona que en el origen de los trastornos alimentarios pueden influir diversas causas, desde psicológicas (rasgos de personalidad), sociales (cultura de la delgadez), ciertas características familiares (como la dinámica conflictiva en bulimia y sobreprotectora en la anorexia), relativas a la profesión (como la danza o ciertas disciplinas deportivas), la historia de un régimen dietético restrictivo o una obesidad antecedente. Así, el individuo ha de luchar contra la necesidad biológica para complacer a la psicológica. Por esto, que forzosamente una posible explicación de los trastornos alimentarios deberá ser de índole multifactorial o multideterminante.

Así, se puede decir que los trastornos alimentarios se refieren a problemas psicológicos que comportan grandes anormalidades en el comportamiento de ingesta (Raich, 1994). Afectando con mayor frecuencia a las mujeres jóvenes y adolescentes que a los hombres; presentándose con mayor índice en sociedades desarrolladas donde existe abundancia de comida, y en donde la cultura que predomina enfatiza la delgadez, además de que se asocia con psicopatologías graves que interfieren en el funcionamiento normal de la vida social, escolar y laboral. Asimismo, se han definido a los trastornos alimentarios como un problema propio de la adolescencia; presentándose con mayor frecuencia en la pubertad y siendo los más conocidos la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa (Duker y Slader, 1992; Raich, 1994).

En la actualidad existe un énfasis de la juventud y la sociedad en general, en establecer una cultura de la delgadez (Schwartz y Barret, 1987). Sin embargo, esto no explica por sí solo la aparición de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, ya que sino todos presentaríamos estos trastornos. Aunque, si también se tiene una autoestima baja y fuertes temores a ser rechazadas aumentan las probabilidades de que se presente un trastorno alimentario (Rosen *et al.*, 1988).

1.1. ANOREXIA NERVIOSA

La Anorexia Nerviosa es un trastorno que desde hace mucho tiempo se ha mencionado, dando diversas explicaciones respecto a su origen. No obstante, es hasta la década de los 60's que empiezan a incrementarse los estudios que abordan a este trastorno, llegando con esto a conocerla mejor y a tener criterios más específicos para su definición y diagnóstico. Así, para hablar de la Anorexia Nerviosa, se han de diferenciar forzosamente tres etapas en su historia (Guillemot y Laxenaire, 1994):

Bell (1985, cit. en Guillemot *et al.*, 1994) menciona que del *siglo V al XVI*, se encontraba sobretodo en la literatura teológica la descripción de casos de mujeres jóvenes que ayunaban hasta el rechazo total del alimento. Estas conductas fueron consideradas de forma irregular, como un signo de elección divina o de posesión

demoníaca, lo que llevaba a la canonización o a la hoguera. Cabe señalar, que entre los **siglos XIII y XVI** había en Italia un gran número de mujeres canonizadas tras presentar un comportamiento anoréxico, presentándose el apogeo del modelo anoréxico-religioso en el año 1500. Relacionado a lo anterior, Reynolds en 1669 menciona el caso de una chica que presenta varios síntomas, del cual destaca la amenorrea que había precedido a la pérdida de peso, convirtiéndose este síntoma en un nuevo factor para la descripción de la Anorexia Nerviosa. Mientras que en 1895 se sucedió el caso de una chica que se consideraba milagrosa, ya que presentaba diversos síntomas como conversión histérica, ceguera y anorexia precedida de un período de bulimia, y aún cuando no se presentaba explícitamente el deseo de adelgazar que caracteriza los casos actuales, este caso medieval era uno de los primeros más directamente relacionados con la Anorexia Nerviosa (cit. en Guillemot *et al.*, 1994). Estos casos tienen la particularidad de que el trastorno estaba ligado a la religión, en donde la santa se convierte entonces en una "mujer que sufre".

Del siglo XVI a la primera mitad del siglo XIX, las causas sobrenaturales siguen siendo una explicación para este trastorno alimentario. No obstante, comienzan a interesarse los médicos, sobretudo en la duración del ayuno, las modalidades prácticas, pero insistiendo en una explicación fisiopatológica. En esta etapa se generan de manera casi simultánea la descripción de Gull y Lasegue (1874), quienes mencionaban casos de restricción alimentaria que sugieren la presencia de Anorexia Nerviosa. Gull argumentaba que estos se presentaban por causa orgánica, como resultado de un trastorno del aparato digestivo. Sin embargo, Lasegue estableció una "hipótesis psicogenética", haciendo a la vez referencia a casos de histeria y denominándola entonces en primer instancia como Anorexia Histérica y después cambiando el término por Anorexia Nerviosa, pero insistiendo ya desde ese entonces en la importancia de la actitud del entorno para el tratamiento, así como en la nocividad de la presencia de la familia. Con esto, también se argumentó que el principal criterio para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa era el miedo anormal a estar o a llegar a estar obesa a pesar de estar emaciada (Garfinkel, Kaplan, Garner y Darby, 1983; Garner, 1991; Toro y Vilardell, 1987).

Del siglo XIX a la actualidad. En esta etapa surge el concepto de Anorexia Nerviosa, diferenciándolo del adelgazamiento de tipo orgánico y atribuyéndole entonces una etiología de tipo psicológico. Cabe señalar que al inicio de este siglo sigue predominando una explicación basada en un origen orgánico. Tal es el caso de Janet (1903) quien a conclusión de algunas observaciones que realizó, seguía argumentando que la base de la Anorexia Nerviosa era totalmente orgánica. Posteriormente, Tourette (1908) recoge algunas prescripciones y realiza los primeros intentos de separar la Anorexia Primaria de la Anorexia Secundaria; mencionando un origen psíquico de la primera, por el hecho de que sus pacientes no sufrieran una falta de apetito, sino que rechazaban el alimento y presentaban un trastorno de la percepción del cuerpo. Mientras que Simonds en 1914, menciona que la Anorexia Nerviosa es un trastorno de tipo endocrónico, insistiendo en la explicación fisiopatológica. Cabe mencionar que estas concepciones destacan los trastornos endócrinos como causa del síndrome, en tanto que realmente estos son consecuencia de la desnutrición. Es a partir de 1916 aproximadamente que se comienza a dar con gran firmeza una explicación psicológica de la anorexia nerviosa. Abraham en 1916 hablaba del sadismo oral en la inhibición del apetito; Wulff (1932) y Hesnard (1939) mencionaban las bases neuróticas de la Anorexia nerviosa (el trauma del destete, el rechazo de la penetración y del embarazo); Cremieux (1942) afirma la autonomía del trastorno y su origen psicogénico; Mientras que Boutonnier y Lebovici (1948) insisten en la importancia del papel de la madre en la génesis de la anorexia (cits. en Guillemot *et al.*, 1994).

A partir de los años 60's el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa se precisa y se insiste en la diferenciación que se debe establecer entre la Anorexia Primaria y la Secundaria, esta última relacionada con una patología psiquiátrica subyacente, como la histeria, la depresión grave, etc. Así pues, actualmente se ha precisado que en la sintomatología de la Anorexia Nerviosa suele presentarse un rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de los valores normales para una determinada edad y talla, miedo intenso a ganar peso o convertirse en una persona obesa aún cuando se está por debajo del peso considerado normal, así como alteraciones en la

Imagen Corporal y amenorrea en mujeres postpuberales. Es necesario mencionar que la pérdida de peso se consigue habitualmente por una disminución en la ingesta de comida acompañada de intenso ejercicio. Muchas de las personas que sufren este trastorno lo niegan con firmeza o minimizan su gravedad, además se resisten, o bien, no están interesadas en un tratamiento.

De acuerdo a los criterios del DSM IV (American Psychiatry Association, 1994) se establece que una persona presenta Anorexia Nerviosa cuando: 1) Hay un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y talla (el peso corporal es inferior al 85% del peso esperado); 2) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal; 3) Alteración de la percepción del peso o las siluetas corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal; y 4) En mujeres postpuberales, presencia de amenorrea. Existen dos tipos de Anorexia:

Anorexia tipo compulsivo/purgativo: En este tipo de anorexia el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de estas personas que pasan por episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva. También, existen algunos casos dentro de este mismo tipo en donde no se presentan atracones, por lo que incluso después de ingerir pequeñas cantidades suelen recurrir a las purgas.

Anorexia tipo restrictivo: En este subtipo la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayuno o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

Es necesario mencionar que uno de los síntomas de este trastorno alimentario es hambre persistente que el paciente niega y sólo reconoce después de un tratamiento avanzado. El trastorno puede ser una solución patológica al conflicto general que resulta del enfrentamiento con las dificultades propias del desarrollo puberal y de la

adolescencia, así como los derivados de la pérdida de las relaciones extrafamiliares (Ludewig, 1991). Surge principalmente en mujeres jóvenes solitarias que no echan de menos la compañía de los demás, con relaciones interpersonales poco desarrolladas o nulas, lo que favorece la obsesión por el peso y los alimentos (Martínez-Fornés, 1994).

1.1.1 PREVALENCIA

La anorexia nerviosa afecta a una cantidad importante de población juvenil: 1 de cada 100 jóvenes (Garner y Garfinkel, 1980). Es de suma importancia mencionar que alrededor de la mitad de las anoréxicas, pasan por episodios bulímicos. Relacionado a esto, se han realizado diversos estudios, como el de Hsu (1990, cit. en Rodríguez, Riquelme y Buendía, 1996) en donde los datos sobre prevalencia se encuentran en un 0.28% para la anorexia nerviosa y un 1% para la bulimia nerviosa, aumentando estos índices en las clases sociales más altas. Para las chicas de escuelas privadas a partir de los 16 años, los índices de prevalencia aumentan al 1.1%. En España, los índices de prevalencia oscilan para la anorexia nerviosa alrededor el 0.7%, según el grupo estudiado y los criterios diagnósticos usados (Chinchilla, 1983)

Un estudio retrospectivo de Gilberg, Rastam y Gilber (1994) realizado con una población de Gotemburgo (Suecia) con 4291 jóvenes que habían consultado algún tipo de servicio hacia 6 ó 7 años. Se eligieron dos muestras, una con casos de sintomatología de anorexia nerviosa (23 mujeres y 2 hombres) y otra con personas que cumplieran todos los criterios de diagnóstico de anorexia (26 mujeres y 1 hombre). Los resultados señalan que la mayoría de los casos no recibió tratamiento por este trastorno, ya que sólo un 25% de los sujetos con trastorno alimentario recibió tratamiento psiquiátrico.

Con base en lo anterior, se debe de tomar en cuenta que se ha presentado un avance en cuanto a especificación de los criterios diagnósticos, facilitando con esto la detección de los casos de anorexia nerviosa, lo cual nos hace pensar que muchos casos que existieron o existen pueden no haber sido detectados correctamente. También se debe de tomar en cuenta que existen muchos casos que no son reportados

y por lo tanto no son detectados, así se puede pensar que tal vez difiera un poco la prevalencia que se conoce actualmente.

1.1.2 CAMBIOS RELACIONADOS CON LA ANOREXIA NERVIOSA

Con la Anorexia Nerviosa suelen presentarse diversos cambios en las pacientes sufren de este trastorno.

- **COGNITIVOS**

Los trastornos alimentarios no suelen aparecer de forma aislada sino que frecuentemente se asocian a otras patologías como trastornos de ansiedad, ataque de pánico, fobia social, falta de control de los impulsos, depresión, alteraciones de la personalidad como son la limitrofe (borderline), abuso de sustancias, principalmente drogas inhibidoras de apetito y ansiolíticos, trastorno dismórfico y trastornos obsesivo-compulsivos, entre otros.

El inicio del cuadro de la Anorexia se presenta con la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y la valoración estética del mismo. De tal forma, que lo que pudo parecer normal hasta cierto momento, posteriormente puede transformarse en una distorsión cognitiva.

La anorexia nerviosa se caracteriza por pensamientos alterados relacionados con la comida, el peso y la figura. Las pacientes anoréxicas rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas, basan su éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas, piensan que su cuerpo es susceptible de ser modificado a voluntad (Turón, 1997). Asimismo, sufren de una muy baja autoestima, tristeza, llanto frecuente, insomnio, tienen una autoimagen negativa y suelen aislarse socialmente; también presentan un rechazo al propio cuerpo; evitan situaciones donde la comida se plantea como obligación o tentación y ocultan sus problemas. Presentan más ansiedad neurótica, conformidad social, control de la emocionalidad, carácter rígido obsesivo, excesiva conformidad, conducta "regimentada" e inhibición de la emotividad,

inseguridad social, excesiva dependencia y complacencia, poca espontaneidad y falta de autonomía (Toro *et. al.*, 1987).

Con relación a la **baja autoestima** Huon y Brown (1986) estudiaron la autoevaluación de 25 anoréxicas en comparación con un grupo de muchachas sin trastorno. Encontraron que las anoréxicas cuentan con una autoestima baja, tendiendo a no aceptarse a sí mismas, creen carecer de control sobre su desarrollo corporal, su adecuación física y su sobrepeso. Se muestran críticas con relación a su ingesta, sobretudo con relación a qué, cuando y cómo comen. Se ha de mencionar, que en cuanto al grupo control de mujeres que se pesaban con gran frecuencia, éstas se situaban en un punto intermedio entre las anoréxicas y las que no acostumbraban pesarse. Esto lleva a suponer que la verificación del peso pudiera constituir un indicador de riesgo para la anorexia.

Yellows (1985, cit. en Toro *et al.*, 1987) determinó la existencia de un **estado depresivo** en el 94% de pacientes con anorexia restrictiva y en el 100% de las anoréxicas-bulímicas. Mientras que un estudio realizado por el grupo de Toronto (Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy y Broulliete, 1988) encontraron que las pacientes diagnosticadas con depresión mayor (44%) la presentaron por lo menos un año antes de iniciar su trastorno alimentario, el 22% presentó el trastorno depresivo en el mismo año que el ingestivo y el 34% inició con el trastorno de la ingesta antes que el depresivo. Concluyendo que el desarrollo de un trastorno alimentario suele ir precedido por una época de humor deprimido, autoestima baja y retraimiento social. Por su parte, Hendren (1983 cit. en Turón, 1997) estudió la historia de 84 pacientes con anorexia, hallando que el 56% podía ser diagnosticada con un trastorno depresivo mayor y el 35% con una depresión endógena. Sin embargo, no se halló una correlación significativa entre depresión y pérdida de peso, lo que hace pensar que el trastorno depresivo se debe a factores ajenos a la desnutrición.

Muchas de sus cogniciones tienen que ver con características **obsesivo-compulsivas**, ya que los pensamientos que la paciente tiene acerca de su propio

cuerpo, peso, necesidad de control, comidas, etc.; los cuales, son reiterativos, ocupan la mayor parte del tiempo y son de carácter intrusivo; estos pensamientos con características obsesivoides que la paciente no controla pueden condicionar la aparición de rituales que reducen la ansiedad. Así mismo, las conductas extravagantes y estereotipadas relacionadas con la comida y el peso, como la pulcritud, el orden y las maniobras frente a los alimentos, la báscula y la ropa de vestir, que realizan día a día. Tienen características de personas compulsivas. Esto se debe a que muchas pacientes no suelen resistirse de forma compulsiva al deseo de hacer ejercicio después de comer y otras verifican de manera repetida el peso o contenido calórico de los alimentos (Cía, 1995).

Los pensamientos que presentan tienen una asociación compleja, así el ser delgado indica perfección, autocontrol y virtud; mientras que la adiposidad indica lo contrario, ser enfermizo, imperfecto, pérdida de autocontrol e incluso una transgresión moral. Sus pensamientos distorsionados les hacen creer que el proceso de ganancia de peso es indefinido, que los alimentos se convierten en grasa por sus características y no por la cantidad o su valor calórico, se sienten obligadas a prevenir diversas enfermedades que se generan por tener una dieta excesiva (Turón, 1997).

Las anoréxicas desarrollan una sensibilidad diferente frente a estímulos internos, ya que tienen una sensibilidad extrema para detectar la más mínima variación en su mecánica digestiva; el llenado y vaciado del estómago, el proceso de digestión, los movimientos intestinales y las variaciones de peso. Sin embargo, esta autoobservación del proceso digestivo es interpretada con base en cogniciones erróneas y servirán para reelaborar pensamientos y conceptos cada vez más alejados de la realidad.

Las pacientes con anorexia nerviosa suelen presentar **ansiedad** desde el principio de su patología, se ha referido que lo que genera ansiedad es el miedo a engordar, la valoración crítica de su cuerpo y la pérdida de autoestima. La ansiedad se puede manifestar de diferentes formas, pero se enfatiza en el miedo a engordar. Esto suele generalizarse, apareciendo actitudes fóbicas con respecto a la alimentación,

miedo a comer, a deglutir y a ciertos alimentos, fobias relativas al cuerpo- aversión a sus muslos, caderas o a mirarse al espejo- temor a situaciones vinculadas a su patología, la cocina, la familia, el comedor, etc. Con el transcurso de la enfermedad suele aparecer una fobia social: miedo a hablar, comer o beber en público, miedo a sentirse observadas o a hacer el ridículo.

Garner y Bemis (1982) sistematizaron las irregularidades de pacientes anoréxicas, encontrando que realizan: 1) Abstracciones selectivas (alrededor del peso y la comida); 2) Generalizaciones excesivas; 3) Magnificación de posibles consecuencias negativas; 4) Ideas de autoreferencia; y 5) Pensamientos supersticiosos. Cabe mencionar que las categorías, giran alrededor de lo que piensa y siente la anoréxica con respecto a la comida y el peso. Así mismo, Strober (1995) en una investigación realizada con base en la perspectiva cognitivo-conductual, encontró que las pacientes con Anorexia Nerviosa presentan un excesivo Locus de Control Interno, es decir que atribuyen la responsabilidad del propio comportamiento y sus consecuencias a ellas mismas.

La **alteración de la imagen corporal** es una variable cognitiva en donde las personas que sufren de anorexia nerviosa, aún estando extremadamente delgadas, niegan dicha delgadez así como su enfermedad. A medida que el cuadro progresa se va haciendo cada vez mayor el miedo a engordar, conceptualizando a la delgadez como una forma de vida y pudiendo llegar hasta la desnutrición. En este estado aún se sienten gordas, lo que les lleva a restringir aún más su ingesta alimentaria (Hsu, 1990; Raich, 1994; Toro *et al.*, 1987). Slade y Brodie (1994) mencionan que la sobreestimación del tamaño (sobretudo a lo ancho) es característico de los trastornos alimentarios. Por otro lado, Taylor y Copper (1992) relacionan el estado de ánimo con la imagen corporal, de tal manera, que según estos autores si inducimos un estado de ánimo negativo a sujetos preocupados por la figura corporal, tienden a sobreestimar su tamaño, y por tanto, a desarrollar una mayor tendencia a la insatisfacción en relación con su tamaño corporal percibido.

• CONDUCTUALES

Por lo general, con las manifestaciones conductuales aparecen cambios en el patrón normal de ingesta; ya que la persona con anorexia nerviosa comienza una dieta restrictiva que se puede conceptualizar como un predictor de que se presentará el trastorno alimentario, la cual suele iniciarse limitando y/o suprimiendo los hidratos de carbono o glúcidos, que suelen ser considerados como alimentos altamente calóricos y por tanto prohibidos, se prolonga mediante la reducción o supresión de las grasas y acaba en la limitación de la ingesta proteínica. Esta conducta de dieta le permite un control con respecto a su peso.

Comienzan con los engaños y las mentiras a la hora de la comida, suelen evitar comer tanto con los demás miembros de la familia como en cualquier situación social, dando como resultado un deterioro las relaciones sociales. Aparecen conductas alimentarias de ocultación y manipulación de la comida (tiran, esconden, seleccionan, trocean los alimentos, reducen porciones, eliminan determinadas categorías de alimentos, etc.), se preocupan por aprender el contenido calórico exacto de cada alimento, pesan cada ración de comida que van a ingerir, se pesan prácticamente a diario o ante la más mínima sospecha de aumento de peso, o bien evitan la báscula.

Las anoréxicas suelen comer utilizando las manos, comen lentamente, sacan la comida de la boca para depositarla en el plato, la escupen, la desmenuzan y terminan estropeando los alimentos. Al final, la cantidad de comida rechazada es superior a la ingerida. Es necesario mencionar, que aún cuando ellas tienen un gran rechazo a la ingestión de comida, presentan un gran deseo de que el resto de su familia se alimente bien, algunas de ellas cocinan con frecuencia e incluso llegan a coleccionar diferentes tipos de menús y dietas (Turón, 1997).

En cuanto a la apariencia personal de una anoréxica, ésta utiliza ropas amplias y superpuestas cuya función es en un principio, disimular los supuestos defectos físicos (caderas anchas, abdomen, glúteos, etc.) y, finalmente su función es doble, por un lado,

no pasar frío (padecen de hipotermia) y por otro disimular su delgadez extrema. Es frecuente que se peinen de modo tal, que el cabello al caer sobre el rostro oculta la prominencia de los pómulos. Además, las anoréxicas presentan una actividad física superior a la normal, tanto en intensidad como en frecuencia, presentándose incluso de manera obsesiva-compulsiva; es decir, realizan ejercicio de forma compulsiva, comen de pie, duermen poco, etc. Esta hiperactividad suele ser utilizada para intentar demostrar que no sólo no están debilitadas, sino que incluso gozan de más energía que nunca (Parra y Solano, 1997).

Estas pacientes dejan de utilizar los medios de transporte para poder caminar más trasladándose a diversos lugares a pie, pasan la mayor parte del día paradas, así leen, ven televisión, estudian o escuchan música. Acuden con frecuencia a escuelas de danza o gimnasio. Para permanecer más tiempo activas incluso restringen sus horas de sueño, para esto realizan diferentes conductas como el no acostarse, pasar frío abriendo las ventanas, dormir sin ropa e incluso mojarse o adoptar posiciones incómodas. Esto tiene por objeto conseguir un mayor consumo calórico. También suelen realizar diferentes tipos de ejercicios físicos debido a que éste inhibe a corto plazo el apetito (Turón, 1997).

En cuanto a la conducta sexual, Bruch (1982) encontró que el estado de la anorexia nerviosa se relaciona con factores como miedo a la sexualidad. Aunque esta afirmación no ha sido muy fundamentada a partir de investigaciones algunas evidencias sugieren que la relación sexual puede ser significativa para la preservación de la autoinanición. En una investigación realizada por León, Lucas, Colligan, Ferninande y Kamp (1985), encontraron que las anoréxicas nerviosas muestran actitudes negativas hacia la sexualidad, la apariencia del cuerpo femenino y los sentimientos sexuales.

- **FISICOS**

En la anorexia nerviosa, en donde se establece la restricción alimentaria severa, el cuerpo comienza a producir su propia energía. Pero esto a mediano o largo plazo

provoca cambios internos y externos en el cuerpo. Es importante señalar que pueden pasar bastantes años desde el inicio de la enfermedad hasta que son detectados estos cambios físicos, lo que tiene una evidente repercusión pronóstica. Entre los cambios físicos se encuentran los siguientes (Toro *et al.*, 1987):

Mal Nutrición. Una vez establecida la enfermedad se producen alteraciones que afectan la neurotransmisión, hay disfunciones en los sistemas noradrenérgico, serotinérgico y dopaminérgico. También, se encuentran alterados los opioides endógenos. Estas alteraciones pueden provocar alguna patología afectiva de ansiedad, obsesivo-compulsivo, etc. Por otro lado, estos compuestos bioquímicos son algunos de los responsables de la regulación del apetito en las sensaciones de hambre y saciedad.

Disminución del Gasto Energético. El gasto energético se encuentra disminuido como adaptación a la baja ingesta de calorías, ya que el cuerpo automáticamente quema lo mínimo para que le queden reservas.

Disminución de la Temperatura Corporal. Se encuentra disminuida como resultado de la disminución del gasto energético, ya que el cuerpo al economizar las energías que le quedan disminuye también la temperatura corporal.

Aparato Cardiovascular. Por la disminución del gasto energético es muy frecuente la disminución de las pulsaciones cardíacas (bradicardia) e hipotensión arterial (presión baja); lo que produce una disminución del volumen cardíaco siendo anormalmente lento y/o arrítmico.

Piel. Se encuentra áspera, seca, agrietada y quebradiza, como consecuencia de los déficits nutricionales. En ocasiones está recubierta de lanugo, especialmente en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos. Las extremidades (manos y pies) están frías, probablemente por una vasoconstricción generalizada. En ocasiones hay petequias en piel (hemorragias puntiformes), edemas en piernas y las palmas

pueden presentar el color amarillento que produce la hipercarotinemia. Las uñas se vuelven quebradizas y se produce una caída de cabello, con un aspecto pajizo del mismo.

Aparato Digestivo. Los dientes presentan alteraciones en el esmalte cuando las pacientes son vomitadoras, hay lesiones en los nudillos de la mano causados por el roce con los dientes al introducir la mano para provocarse el vómito. El 8% presenta sialorrea (babeo). Se presenta retardo en la evacuación gástrica por dificultades de la contracción normal del tubo digestivo, ocasionada por el déficit de nutrientes. Hay constipación pertinaz que en ocasiones puede requerir la utilización de enemas evacuantes. Es frecuente la sensación de hinchazón, estreñimiento por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo y dolores abdominales, ya que se presenta un decremento en la motilidad intestinal.

Aparato Genital. Se caracteriza por irregularidades menstruales, la ausencia de menstruación o amenorrea en un período de tres meses o más.

Sistema Óseo. Al disminuir el calcio en los huesos se puede presentar osteoporosis.

Bajo Peso. Por la dieta restrictiva de la paciente, se presenta una disminución en el peso, en la grasa corporal y muscular; hay emaciación.

Aparato Renal. Las manifestaciones renales pueden aparecer por la formación de cálculos.

• FAMILIARES

La familia es el contexto social primario, en donde el trastorno alimentario puede convertirse en el interés principal de la dinámica familiar. Estas características familiares pueden amplificar los imperativos socioculturales, siendo relevantes el saber que los valores estéticos de delgadez son un factor de riesgo para el desarrollo de los

trastornos alimentarios. Se ha visto que hay un claro riesgo de "morbilidad afectiva" en las familias con pacientes anoréxicas (Dare, Le Grange, Eisler y Rutherford, 1994).

Las características familiares que propician el trastorno alimentario de anorexia son la sobreprotección, rigidez, carencia de resolución de conflictos y una elevada implicación interpersonal, el pertenecer a una familia "estable", sin problemas económicos y con una supuesta convivencia perfecta pero poco espontánea. Así, las anoréxicas describen a su familia como poca impulsora de la independencia, con baja tolerancia para una abierta expresión de sentimientos y altos niveles de conflicto. Los comentarios de los padres sobre un ideal corporal o la importancia del peso puede tener efecto en la autoimagen que su hija construye de su cuerpo. Además, tienen una excesiva preocupación por la alimentación, propician las dietas y rechazan la posibilidad de que sus hijos puedan ser obesos (Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla, 1998; Kalucy, Crisp y Harding, 1977; Turón, 1997).

En un estudio realizado por Vázquez y Raich (1998), con población clínica, encontraron que los padres transmiten a sus hijos sus valores sobre un peso adecuado, además de que tienen la creencia de que los jóvenes delgados tienen una mayor aceptación social. En cuanto a la dinámica familiar, se encontró que tanto los padres como los hijos perciben el ambiente familiar como menos conflictivo, ya que hay una clara intención de aparecer como armónicos en sus expectativas familiares. Sin embargo, ambos padres consideran a los miembros de su familia con menor autonomía, lo que conlleva a conductas de sobreprotección.

Con respecto a la relación de los hermanos (as) Rodin, Siegel, Koepke, Moye y Tice, 1994; mencionan que puede ser perjudicial la influencia de un hermano con trastorno alimentario, con una gran preocupación por el peso y con una alta frecuencia de conductas restrictivas.

Por otro lado, Cartwell, Sturzenberg y Burroughs (1977, cit. en Turón, 1997) estudiaron un grupo de 26 anoréxicas con el fin de investigar la presencia de trastornos

afectivos en los familiares de primer grado, hallando que 23 de estos parientes presentaban trastornos afectivos. Mientras que Winokur (1980, cit. en Turón, 1997), en un grupo de 25 pacientes anoréxicas detectaron el 22% de prevalencia de trastornos afectivos en los familiares de primer grado, siendo sólo un 10% los que presentaban trastornos dentro del grupo control. Así se puede decir que un factor que de alguna manera puede influir en la adquisición o mantenimiento de este trastorno alimentario son los problemas o trastornos afectivos dentro de la familia, así mismo influye de una manera determinante el hecho de que dentro de la familia exista una fijación acerca de el patrón de belleza que existe en la sociedad.

León, *et. al.* (1985) realizaron un estudio con la finalidad de evaluar el significado de la actitud sexual, evaluación del cuerpo y otros factores de personalidad y sociales en la anorexia nerviosa. Para esto trabajaron con población clínica y un grupo control, a los cuales les aplicaron varios instrumentos como el Cuestionario de Personalidad (HPQ), el MMPi que mide las características de personalidad y psicopatología y la Escala de Familia (FES). Encontrando que el grupo con sintomatología del trastorno alimentario mostró sentimientos negativos alrededor de la sexualidad y el estado del cuerpo, y una gran consistencia en la idea de seguir perdiendo peso aún al final del tratamiento, falta de confianza y confort en una situación social y en el ámbito familiar se observó que los padres de las pacientes del grupo control en comparación con el grupo con Anorexia Nerviosa durante el tiempo de hospitalización, marcaron significativamente una alta cohesión y expresión en la escala FES. Además, las madres del grupo control mostraron una puntuación alta en la escala de independencia, dan una atmósfera más aceptable de esfuerzo y los padres del grupo control en la escala de cohesión de FES fueron significativamente altos. El grupo control considera que la familia es el sistema más conducente en la expresión de sentimientos y en grado de cohesión y afectividad. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los grupos de Anorexia Nerviosa y Grupo Control en la percepción de la familia ni entre los subgrupos de bulímicas y anoréxicas restrictivas.

• SOCIOCULTURALES

Antes de este siglo los alimentos estaban disponibles para las clases sociales más altas, la comida abundante y la obesidad denotaban poder económico y elevado nivel social. En el siglo XX gran parte de la población dispone de alimentos de alta densidad calórica, por lo que la obesidad prevalece en los grupos de población de nivel socioeconómico inferior. En las clases altas hay una mayor preocupación por evitar la obesidad. La población recibe frecuentemente mensajes contradictorios en lo que hace a la salud y a la alimentación, cuyos resultados pueden ser peligrosos para los individuos, ya que la presión social puede ser tal que las personas pierden la noción de su propio cuerpo.

En nuestra sociedad, existe la preocupación por la comida, las dietas, el talle, y la figura, especialmente entre las mujeres. Se considera como ideal un cuerpo esbelto y hay una creencia prevalente de que la gordura es "mala". La aceptación de los alimentos y la resistencia a ellos se construyen en términos de moralidad, la gente suele pensar que debería comer lo que es saludable y no lo que es apetitoso.

La imagen corporal que dicta la moda es la de una figura delgada, y por esto las mujeres adoptan dietas estrictas para bajar de peso. Las palabras "delgada, esbelta, espigada" resuenan positivamente y promueven conductas que tienden al adelgazamiento. El mensaje que indica bajar de peso proviene de padres, educadores y médicos. Las mujeres siguen siendo más controladas por sus padres que los varones, y cuando descubren el recurso poderoso de una huelga de hambre silenciosa, puede instalarse la anorexia (Rausch *et al.*, 1990).

Sin embargo, hay que señalar que el medio más efectivo respecto a la "cultura de la delgadez" es la televisión. Andersen y Di-Domenico (1992) analizaron 56 artículos y anuncios relativos a dietas en 10 de las revistas más leídas por el público femenino. La proporción con respecto al número de anuncios en revistas masculinas fue de 10 a 1, aproximadamente la misma proporción que existe en los trastornos alimentarios de

anorexia y bulimia entre ambos sexos. Toro (1996) realizó un estudio sobre la publicidad del adelgazamiento, encontrando que el ideal social del cuerpo perfecto en la mujer es el cuerpo "tubular", esto es, caderas, nalgas, cintura y barrigas mínimas, pero con un pecho generoso. Siendo esto, contradictorio con la realidad ya que la mujer "debe" de adelgazar precisamente las partes donde se acumula más grasa y por ende son más voluptuosas.

De tal forma, que se ha encontrado que la anorexia nerviosa ha aumentado su incidencia, sobre todo en la población femenina y afectando mínimamente a la masculina, encontrando que del 90% al 95% de la población con trastorno alimentario son mujeres. Dicho incremento se ha generado sobre todo en mujeres de entre 15 y 24 años de edad (Jones, Fox, Babigan y Hutton, 1980). Además, el 90% de éstas están insatisfechas con su imagen corporal y el 40% hacen dieta en forma discontinua; el 83% de las chicas que se consideraban obesas tenían peso normal, la mitad de las mujeres hacían dieta y el 15% vomitaban. Las adolescentes revelan con su conducta que no aceptan la realidad biológica ni el concepto médico de "peso adecuado" (Toro *et al.*, 1987).

Con respecto al nivel socioeconómico, se ha observado que en los diferentes estratos sociales se presentan tasas distintas de anorexia nerviosa. Garfinkel *et al.*, (1982) en un estudio realizado en la clínica de Toronto encontraron diferencias significativas de incidencia. En la clase alta encontraron un 70% y en la clase baja un 30%; sin embargo, a medida de que pasan los años, a partir de 1976, ha aumentado significativamente la cantidad total de pacientes, aunque ya no es tanta la diferencia entre los niveles socioeconómicos, tendiendo entonces a una cierta homogeneización la presencia de este trastorno.

1.2. BULIMIA NERVIOSA

Las primeras referencias encontradas sobre la Bulimia Nerviosa datan de 1726 en el Diccionario Médico de Quincy y en el Physical Dictionary de Blankarat (1708), relacionándola con un apetito excesivo y un trastorno puramente gástrico. En 1743 en el Dictionary Medical de James se discute el término boulimius, donde se hace una descripción minuciosa de sus síntomas, se proponen algunos diagnósticos diferenciales, hipótesis etimológicas y propuestas terapéuticas. Posteriormente, en 1807 en el Dictionary de Edimburgo se define a la Bulimia como una afección crónica caracterizada por desvanecimientos y vómitos inmediatamente después de la ingesta de una enorme cantidad de alimentos. En 1932, Wulf menciona a un síndrome caracterizado por la alternancia de periodos de ascetismo y voracidad insaciables, estableciéndose entonces -aunque de forma implícita- la relación entre los trastornos de Anorexia y Bulimia (cit. en Stein, 1988).

En 1973, Bruch planteaba la posibilidad de ingestas alimentarias compulsivas en sujetos normoponderales que calificaba de "gordos-flacos". Rau y Green en 1975, describen una conducta bulímica impulsiva, sin referirse a la obesidad o la anorexia. Boskind-Lodhal y Sirlin en 1977 presentan un síndrome caracterizado por los episodios de sobreingesta, al que denominan bulimarexia. Palmer en 1979 habla de un síndrome de caos alimentario, refiriéndose a un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por accesos de bulimia (cits. en Guillemot *et al.*, 1994).

Por otro lado, Russell (1979) es el primero en definir los criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa, aunque a partir de 1985, reservará este término a las bulímicas que llegan a serlo tras un periodo de anorexia por lo que la llamará solamente Bulimia (Guillemot *et al.*, 1994). Sin embargo, fue a partir de 1980 que la American Psychiatry Association establece una serie de criterios en el DSM-III, precisando que los accesos bulímicos deben ser repetidos, aunque sin definir la frecuencia de dichos episodios y aclarando que no deben darse en el contexto de una Anorexia nerviosa o algún otro tipo de trastorno. Posteriormente, en el DSM-III-R (A.P.A., 1988) se introduce la noción de

frecuencia de los accesos, que debían ser por lo menos dos episodios bulímicos por semana durante tres meses como mínimo.

En el DSM-IV (A.P.A., 1994) se establecen los siguientes criterios para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa:

- a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en el mismo período; sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- b) Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- c) Los atracones y las conductas compensatorias inadecuadas tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nerviosa.

Este trastorno se divide en dos tipos:

- *Tipo Purgativo*: Que es cuando durante el episodio de Bulimia nerviosa el individuo se provoca regularmente el vómito, o usa laxantes o enemas en exceso.
- *Tipo no purgativo*: Que es cuando durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito, ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

1.2.1. PREVALENCIA

Se ha encontrado que las mujeres que presentan este trastorno tienen un peso normal aunque también las hay con sobrepeso y en menor incidencia obesas (Raich, 1994), la edad media de aparición está situada alrededor de los 16 y 18 años (Saldaña, 1994). Además que por ser un comportamiento clandestino y no presentar una pérdida de peso tan acusada, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo.

En el caso de la bulimia la prevalencia es de 1-3%. En estudios hechos en población general de clase media, los padecimientos alrededor de la bulimia giran alrededor del 10% en mujeres por debajo de los 30 años. La mayor prevalencia se observa en chicas escolares, alrededor del 10 al 20% sufren algún tipo de bulimia, con atracones y purgas regulares. En población en general, alrededor del 5% de mujeres y el 1% de hombres usan los vómitos o laxantes para adelgazar por cuestiones estéticas (Chinchilla, 1983).

1.2.2. CAMBIOS RELACIONADOS CON LA BULIMIA NERVIOSA

Al igual que en la anorexia nerviosa, en la Bulimia se presentan cambios tanto cognitivos como conductuales, así como cambios físicos en las pacientes que sufren este trastorno.

• COGNITIVOS

El circuito bulímico (ayunos, atracones, purgas o vómitos y nuevamente ayuno) afecta enormemente el nivel anímico y psicológico de las personas que lo padecen. Presentan una preocupación extrema por la forma y el peso corporal, un temor a engordar y volverse obeso, inestabilidad afectiva, ansiedad, depresión, culpa y vergüenza por los episodios de control alimentario y purga, una baja autoestima e inmensa necesidad de ser aprobados (Cía, 1995).

En el análisis de las principales dimensiones de la personalidad descritas por Eysenck, neuroticismo-estabilidad y extroversión-introversión muestran diferencias entre pacientes restrictivas y vomitadoras. Así, la presencia de niveles elevados de neuroticismo (alta emotividad) parece constituir una característica común en ambos grupos (De Silva y Eysenck, 1987); las bulímicas presentan más extroversión y las anoréxicas más introversión (Casper, Eckert, Halmi, Goldberg y Davis, 1992).

Cloninger (1987) concibe la personalidad de las bulímicas como el resultado de tres dimensiones: búsqueda de novedades, evitación del peligro y dependencia del refuerzo. Así, encontró que las bulímicas tienen conductas, hostiles, excitables, extravagantes y desordenadas, también suelen ser persistentes, sentimentales, dependientes y muestran una gran facilidad para establecer vínculos con los demás. Las chicas con bulimia nerviosa muestran impulsividad lo cual representa el nexo de unión entre la bulimia nerviosa y otras conductas que con frecuencia se asocian a ella, como el abuso de alcohol y drogas, conducta autolesiva y parasuicida, desinhibición sexual, robo y cleptomanía. Las bulímicas del tipo no purgativo presentan una personalidad limítrofe, con frecuencia informan comer en exceso, desarrollan pequeños hurtos en las tiendas y actividad sexual que les ocasiona daño, su sentido de identidad no está consolidado y se deprimen mucho cuando están solas. El afecto es lábil y oscila entre la furia y la depresión vacía. Suelen plantear demandas excesivas en sus relaciones sociales, lo que suele generar rechazo, y así fracasan en el establecimiento de las relaciones interpersonales. Suelen ser muy demandantes.

Las de personalidad histriónica, que se caracteriza por una hiperactividad emocional y la expresión intensa de los afectos, tienen gran necesidad de aprobación externa y confirmación, intentándolo a través de acomodarse con los demás. Son evitadores de conflicto que permanentemente buscan el halago y la atención de los demás; sin embargo, evitan el contacto prolongado para evitar ser descubiertos en su falta de autenticidad (Turón, 1997).

• CONDUCTUALES

Se ha de mencionar que la severidad de un episodio bulímico está relacionado con el grado de dieta restrictiva. Algunos estudios de anorexia purgativa muestran información de que en 22 de 30 pacientes el trastorno alimentario, caracterizado por pérdida de peso, comenzó antes de la Bulimia; mientras que para los 8 restantes, ambos trastornos aparecieron en el mismo período (Mora y Raich, 1993).

Se ha encontrado que una de las consecuencias de seguir una dieta restrictiva es sufrir de apetito y la fuerte necesidad (metabólica) de ingerir hidratos de carbono, lo cual muchas veces ocasiona el primer atracón. Este se caracteriza por la ingesta de una enorme cantidad de alimentos ricos en carbohidratos en un poco tiempo y con una sensación de no poder controlar la cantidad de alimentos que se ingiere, después de esto la persona se siente culpable y disgustada consigo misma. Es necesario mencionar que el atracón sólo se interrumpe si alguien se acerca o llega al lugar, o cuando se acaba la comida y/o por una dolorosa sensación de distensión abdominal. Como consecuencia del atracón y del miedo a engordar se recurre a la purga o conducta compensatoria inadecuada, como vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos, etc. (Toro *et al.*, 1987).

El vómito autoinducido es un método por el cual se intenta eliminar las calorías ingeridas durante el atracón. Comienza implementándose como un sistema para recuperar el control después del atracón, siendo al final un fracaso de dicho control, ya que el vómito legitima el atracón y por tanto el descontrol; comenzando de nuevo una supuesta dieta restrictiva, un atracón y el uso de diferentes purgas (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

• FISICOS

Las pacientes con trastorno bulímico suelen acudir espontáneamente a consulta luego de haber ocultado sus síntomas durante un tiempo variable, que puede ir (desde

algunos meses hasta 8-10 años). Es común que declaren que piensan constantemente en la comida. Al hablar de los atracones, suelen negar que estos se deban al hambre, sino más bien, a una costumbre que no pueden dominar, confiesan que su conducta les ocasiona gran malestar y vergüenza. La apariencia puede ser de una persona con sobrepeso, otras veces tienen normopeso y más raramente están desnutridas. Dentro de las complicaciones médicas se encuentran las siguientes (Raush *et al.*, 1990):

Cardiovasculares. Hipotensión arterial, arritmias cardíacas y alteraciones electrocardiográficas.

Del medio interno. Deshidratación, hipocalemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, acidosis metabólica, deficiencia de magnesio, alteraciones electrolíticas, presencia de edemas. Debilidad, cansancio, constipación, depresión y episodios de sudoración. Nefropatías, presentan ascenso de la urea y densidad urinaria baja.

Endócrinas. Presentan amenorrea o alteraciones menstruales, hay anomalías en el eje hipotálamo-hipofiso-tiroideo.

Pulmonares. Puede haber espasmo bronquial y neumonitis; hay enfisema subcutáneo y pneumomediastino.

Neurológicas. Como alteraciones electroencefalográficas, hay parestesias y espasmos musculares, náuseas.

Gastrointestinales. Un 50% de las pacientes las presentan, hay alteraciones dentarias y tumefacción parotídea, hay esofagitis y/ rotura esofágica, erosiones y úlceras con sangrado frecuente o sangrado en la materia fecal, puede tener como consecuencia dolor al deglutir, estenosis y malignización de las úlceras, hay vaciamiento gástrico, dilatación aguda del estómago y duodeno, afectación del colon por el uso de laxantes y ya no respondiendo a los estímulos normales. Se ha encontrado un aumento de las transaminasas (no hay afección hepática). Hay dolor de garganta,

dolor abdominal, diarrea, constipación, vómitos de sangre, debilidad, letargo que son síntomas secundarios a vómitos y al uso de diuréticos y laxantes.

El examen físico es patognomónico de la enfermedad, puede ser normal o mostrar alteraciones dentales, tales como, pérdida del esmalte dentario, daño en las encías, paladar y garganta debido a la provocación del vómito y al ácido clorhídrico que llega a la boca, aumento del tamaño de las glándulas parótidas, además de erosiones y callosidades en las manos por utilizarlas para provocarse (signo de Russell) el vómito. Así mismo, las glándulas salivales suelen aumentar de tamaño y el aspecto del rostro se vuelve regordete debido a la misma acción. Se presenta reducción de potasio y sodio en la sangre disminuyendo la presión arterial y provocando mareos; dado el uso de laxantes y diuréticos también suele haber pérdida de agua y electrolitos, lo que produce deshidratación (Crispo, *et al.* 1996).

•ASPECTOS FAMILIARES

Las características familiares de pacientes con bulimia en comparación con otros sujetos, se establecen como más conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas, y con menor capacidad para establecer relaciones de confianza y de ayuda entre sus miembros. Se debe mencionar que los padres de las pacientes con bulimia nerviosa suelen ver sus relaciones familiares como más positivas que sus hijos y estos reconocen menor involucramiento y énfasis intelectual en su familia. En cuanto a los padres (varones) se dice que durante la infancia de sus hijas tienen una estrecha relación, que se deteriora en la adolescencia (Turón, 1997).

Por otro lado, también se ha constatado que en estas familias hay una mayor incidencia de problemas con el peso y los hábitos dietéticos (Leon, *et al.*, 1985). Al igual que se presentan con mayor frecuencia antecedentes familiares de obesidad entre pacientes anoréxicas-bulímicas y bulímicas normopeso, en comparación con anoréxicas restrictivas. Hay una mayor incidencia familiar de depresión en la bulimia, la que

usualmente cede a medida que se controlan los síntomas alimentarios (Garfinkel, Moldofsky y Garner, 1980).

Entre las características de las madres de pacientes con bulimia nerviosa se presentan alteraciones en la ingesta e insatisfacción con la imagen corporal. Califican a sus hijas como jóvenes con muy poco atractivo, y resultan ser más dominantes, controladoras y con altas expectativas respecto a sus hijas. Asimismo, las madres y sus hijas se sentían más insatisfechas respecto al grado de cohesión familiar (Turón, 1997). Johnson y Connors (1987), con su teoría psicodinámica hablan del grado de involucramiento maternal con su hija, en donde la autoinanición se refleja en el empeño de sustentar un alto involucramiento con la madre, mientras que el comienzo de la sintomatología de la bulimia representa un intento para evitar la empatía y furia asociada con la relación materna. Así, las madres de las bulímicas se caracterizan por ser no llamativas y descuidadas, aunque tienen un alto control emocional, quizás dado por su propio déficit intrafísico. La relación materna se considera como un factor crítico en el desarrollo del trastorno bulímico.

Schwartz, Barret y Saba (1985, cit. en Crowther, Tennenbaum, Hobfoll y Parris, 1992) mencionan que la hija bulímica está atrapada interpersonalmente con los padres, quienes son ellos los que se dividen con respecto a su nivel de valores nutricionales. Lo que ocasiona que la hija bulímica llegue a estar insertada en una familia que es relativamente aislada y con falta de intimidad.

Root, Fallon y Friedrich (1986, cit en Crowther, *et al.*, 1992) delimitaron tres tipos de familias bulímicas: Perfecta, Sobreprotectora y Caótica. Ambas tienen problemáticas de limitación, ataques significativos acerca del peso y la figura, y se caracterizan por niveles extremos de poder maternal contra paternal. Aunque difieren en la naturaleza de sus conflictos familiares, roles, ideas y en la función interpersonal de las pacientes con síntomas bulímicos. Sin embargo, en todas las familias se encontraron problemáticas debidas a la transición de su hija de la niñez a la adolescencia. Asimismo, Humphrey y Stern (1988) sugieren que el sistema familiar bulímico se caracteriza por déficits en la

crianza, fomento de la alimentación como forma de consolución y en la regulación de la tensión, empatía y en las identificaciones de afirmación y separación. Así, los miembros de la familia bulímica aceptan y protegen a su familia de su propia sensibilidad persuasiva y de sus miembros con sintomatología del trastorno de bulimia, lo cual predispone a que la hija presente la bulimia nerviosa. El ciclo de atracón y purga sirve como una metáfora para el patrón de la familia con sus déficits y dificultades.

1.3 RELACION ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA

En los últimos 50 años, hay un incremento de las pacientes con anorexia nerviosa que presentan síntomas de bulimia. Esto se debe a la creciente presión social por la delgadez que se ejerce en la población femenina. El 56.7% de las bulímicas reúnen criterios diagnósticos de anorexia nerviosa previa y el 23.3% la padece de forma crítica (Rausch *et al.*, 1990). De acuerdo con estos autores las **similitudes** que presentan la anorexia nerviosa y la bulimia consisten en:

- Hay un temor mórbido a la gordura y búsqueda de la delgadez, como un recurso para lidiar con dificultades en el desarrollo, o bien, como una manera de enfrentar el malestar emocional.
- Comparten la influencia sociocultural que predispone a valorar a la delgadez, afectando al 85-90% de las mujeres.
- El pronóstico es proporcional a la severidad del trastorno de personalidad subyacente, a la calidad del sistema de apoyo y a la motivación para recuperarse.
- Una vez instalado el síntoma, adquiere vida propia y va erosionando las distintas áreas vitales de la persona, especialmente su autoestima.

Además, se ha encontrado que las familias con poca comunicación y una interrelación pobre, pueden provocar que se desarrolle un trastorno alimentario entre

sus miembros. Este tipo de interacción suele estar más relacionada con la evolución de la enfermedad que con su origen. Algunos factores que pueden favorecer a la aparición del trastorno alimentario, es la escasa comunicación familiar, incapacidad para resolver conflictos intrafamiliares, sobreprotección por parte de los padres, rigidez y falta de flexibilidad para encarar situaciones nuevas, expectativas demasiado altas de los padres respecto a sus hijos, ausencia de límites generacionales, historias familiares de depresión y alcoholismo y existencia en el seno familiar de abuso sexual o físico, entre otros (Guillemot *et al.*, 1994).

Mientras que las **diferencias** entre ambos trastornos (Rausch *et al.*, 1990) son que:

- La **anorexia** se asocia a la alexitimia, que es dificultad en leer sus estados y sentimientos (hambre, ansiedad, tristeza).
 - Es más capaz de ejercitar la voluntad para controlar las ansias de comer.
 - Suelen tener antecedentes de haber sido niñas ejemplares hasta la instalación de la enfermedad.
 - Presentan amenorrea.
 - Generalmente es sexualmente inactiva, también en el ámbito de deseo.
 - Niega tanto el hambre como su enfermedad. Su conducta alimentaria le parece normal y suele considerarla motivo de orgullo.
 - El aspecto emaciado hace evidente a todos su enfermedad.
 - El rango de edad es menor.
 - Son introvertidas y retraídas socialmente.
 - Es excepcional que acuda espontáneamente a consulta, ya que puede cursar durante años sin tratamiento porque oculta su sintomatología, el mayor riesgo de muerte se debe a la hipocalcemia y/o al suicidio.
-
- Las **bulímicas** tienen mayor conciencia de los estados internos.
 - Menor capacidad para controlar sus impulsos.

- Tienen trastornos de conductas asociados, como hurtos, abuso de alcohol o drogas y gestos automutilantes.
- Presentan una menstruación irregular o está ausente.
- Es una persona sexualmente activa y algunas veces promiscua.
- Su conducta alimentaria le resulta anormal, le genera gran angustia y consulta espontáneamente, pidiendo auxilio para controlarla.
- Suele tener un aspecto saludable e incluso puede estar con sobrepeso.
- El rango de edad de su presentación es mayor.
- Suele ser extrovertida y con una vida social activa.
- Utilizan sus atracones para aliviar el malestar psicológico.

1.4. MODELOS ETIOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Para poder explicar la presencia de los trastornos alimentarios, diversos autores con diferentes posturas psicológicas, han desarrollado algunos modelos etiológicos para poder entender el origen y/o desarrollo de los trastornos alimentarios, dichos modelos destacan y tienen en común algunas características.

• MODELO CONCEPTUAL DE WILLIAMSON

El eje más importante de este modelo es el considerar la obesidad o gordura como un antecedente primario en los trastornos alimentarios. Williamson, *et al.* (1990), proponen que se presenta un consumo de energía mayor al gasto energético, por lo que a largo plazo ese "balance" se convierte en obesidad.

Ante esto, en una sociedad donde se enfatiza la delgadez, muchas jóvenes pueden desarrollar controles rígidos del peso corporal o dietas muy restrictivas (Duchman y Williamson, 1989). Sin embargo, muchas veces la dieta se puede romper debido a que el hambre no desaparece, llegando la persona a comer en exceso. Si la dieta se vuelve habitual es posible que también se vuelva costumbre la sobreingesta.

Si el ayuno o una dieta restrictiva son los métodos predominantes para el control de peso puede desarrollarse la Anorexia Nerviosa. A su vez, cuando el hambre es difícil de controlar pueden iniciarse hábitos purgativos como métodos de control de peso, teniendo la probabilidad de desarrollar Bulimia Nerviosa.

• MODELO DE LEVINE Y SMOLACK

En este modelo no existe una diferenciación entre Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, dado que se basa en que la psicopatología es similar en ambos trastornos. En numerosos estudios se ha encontrado que la **Insatisfacción con la Imagen Corporal** es una variable que regula la dieta y los problemas alimentarios, esto debido a que el peso y la imagen corporal son importantes componentes del autoconcepto (Fairburn y Garner, 1986; Polivy y Herman, 1987). Para Levine y Smolack (1992) este aspecto es central en el origen de los trastornos alimentarios. El origen de la insatisfacción corporal puede tener dos causas principales: a) ganancia de peso y b) cambios en las relaciones heterosexuales.

Este modelo menciona que los trastornos alimentarios son más probables cuando la persona se encuentra más vulnerable, o cuando los eventos estresantes amenazan elementos que forman parte del autoconcepto. Así, el trastorno alimentario puede ser generado por déficits como la insatisfacción corporal, sentimientos de ineficacia y estrés. Levine *et al.* (1992) mencionan que el complejo de super-mujer (creencia de que se tiene que desempeñar el papel tradicional de la mujer a la vez que se debe tener un buen desempeño profesional) con roles múltiples y contradictorios, y una extrema necesidad de aprobación externa da como resultado un conflicto de identidad.

1.4.1. MODELOS ETIOLÓGICOS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

• MODELO CONCEPTUAL DE WILLIAMSON

Williamson (1990) argumenta que la anorexia se desarrolla después de usar métodos extremos de control de peso, como dietas restrictivas o métodos purgativos. Los factores más asociados a la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa son perturbaciones en la imagen corporal, miedo a engordar y preocupación por la silueta, situación que genera ansiedad por la ganancia de peso o la pérdida de control de la ingesta.

El cuadro comienza con el efecto de restricción alimentaria, que es la disminución de energía y hambre, aunque ocurren eventos que conducen a romper la dieta o a la sobreingesta. En la Anorexia Nerviosa, el rompimiento de la dieta restrictiva conduce a la sobreingesta, lo cual fortalece el miedo de ganar de peso y a tener ansiedad ante la comida, por tanto la anoréxica restrictiva evitará la sobreingesta y muchos alimentos para reducir la ansiedad. En la anorexia de tipo compulsivo/purgativo, ocurre la sobreingesta pero la ansiedad se reduce por medio de la práctica de las conductas purgativas o la provocación del vómito.

• MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Garfinkel *et al.*, (1982), califican a la Anorexia Nerviosa como un síndrome psiquiátrico discreto, es decir diferenciado, que tiene una patogénesis compleja. Sus manifestaciones clínicas son la resultante de diversos factores y su interacción con la capacidad del individuo para hacer frente a las demandas de un momento dado (Rausch *et al.*, 1990). Si se considera a la enfermedad como un proceso, se observará que hay una interacción continua entre el individuo y su mundo externo, sus síntomas y la forma de asimilarlos. Dentro de este modelo se señalan los factores predisponentes, precipitantes y perpetuadores que inciden para la presencia del trastorno alimentario a través de la interacción entre estos. Entre los cuales se encuentran:

A) Factores Predisponentes. Son aquellos que aumentan las posibilidades para que se presente el trastorno alimentario, pueden ser individuales, biológicos, familiares o socioculturales. De tal manera, hay elementos en el contexto sociocultural y en las características individuales de un sujeto o en las de su familia que "preparan el ánimo", provocando que se presente más fácilmente la idea de dedicarse al culto o al control de peso. Los cuales a su vez se dividen en:

A) Individuales. Entre estos factores se encuentran los siguientes:

- *Adolescencia.* La edad puberal y adolescencia, es uno de los principales factores de riesgo. Los cambios corporales en esta etapa generan una atención sobre el propio cuerpo y a integrarlo en la autoimagen general tras su evaluación. El adolescente, compara su imagen mental corporal con el modelo estético corporal vigente en su medio social como modelo que es anhelado debido a su gran vigencia.
- *Dificultades en el funcionamiento autónomo.* Desde diversas orientaciones teóricas se coincide en que un factor crucial tiene que ver con las dificultades para el funcionamiento autónomo, para establecer la identidad y acceder a la separación. El transitar una etapa llena de situaciones cambiantes, teniendo la dificultad o incapacidad para encararlas y resolverlas, hace que una persona sea vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación, convirtiendo su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad.
- *Déficit del Yo.* Bruch (1982) menciona la predisposición fundamental como un déficit del Yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, teniendo un sentimiento de ineficacia personal. Los pacientes se perciben como carentes de control sobre sus conductas, necesidades e impulsos, se sienten bajo la influencia de fuerzas externas. Sin embargo, problemas vinculados a la autonomía y a la separación no son únicos para las personas que padecen de anorexia nerviosa, sino que son temas importantes para los adolescentes en general.

- *Déficit de Autoestima.* Por otra parte, se debe mencionar que todas las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto. El grado en que uno se acepta a sí mismo es la Autoestima. Así, cuanto menos parecido sea a lo que la persona considere como "Ideal" del concepto que tiene de sí misma, más baja será su autoestima. Se ha observado que una persona que ha sido previamente obesa puede ser hipersensible a las humillaciones de las que fue o es víctima; esto puede ser un factor importante en la predisposición a hacer dieta, especialmente si su autoestima depende en gran medida de su aspecto. En la mujer de nuestra sociedad, la autoestima está más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás.

- *Personalidad Premórbida.* Los tipos de la personalidad de las anoréxicas son variables, aunque de esa diversidad se destacan algunos rasgos tales como: Necesidad de aprobación externa, Tendencia a la conformidad y Falta de respuesta a las necesidades internas. Estas cualidades dan cuenta de individuos con expectativas personales muy altas y gran necesidad de complacer y acomodarse a los deseos de los otros, a fin de afianzar una autoestima vulnerable.

- *Perfeccionismo.* Otro de los rasgos de personalidad premórbida de las anoréxicas nerviosas, es la tendencia al perfeccionismo, manipulando el peso corporal, tal vez como compensación ante las sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que le son difíciles de manejar.

- *Miedo a madurar.* Se ha de señalar que los trastornos alimentarios se desarrollan por lo general en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. Es un período de cambios físicos, sexuales, emocionales y sociales, existiendo algunos jóvenes que son poco hábiles para convivir con estos cambios.

B) **Biológicos.** Entre estos factores se encuentran los siguientes:

- *Antecedentes familiares* de anorexia nerviosa, en hermanas, madres, tías y de obesidad en las de tipo bulímico. Historia parental de trastornos del estado de ánimo y/o alcoholismo.
- *Componente genético.* Tasas de concordancia del 50% en gemelos monocigóticos, respecto a un 10% en dicigóticos. Aunado a esto, se ha de mencionar que la anorexia nerviosa es más común de lo que cabría esperar, con unos rangos de prevalencia entre el 3 y 7% entre hermanos (Crisp, 1980; Hudson, 1983; Scotte y Treasure, 1988; Theander, 1970; cits. en Rodríguez, *et al.*, 1996). Rutherford, McGuffin, Katz y Murray (1993) realizaron un estudio con gemelos monocigóticos y dicigóticos aplicando el EAT (Test de actitudes hacia la alimentación) el EDI (Inventario de Trastorno Alimentario). Encontraron que el factor "dieta" tenía un componente de herencia del 42% y los factores de "insatisfacción corporal" e "impulso a la delgadez" obtuvieron una herencia de 52% y 44%, respectivamente. La contribución genética en la varianza del índice de la masa corporal en la muestra de gemelos se estimó en un 64%.

C) **Familiares**

Bruch (1982) habla de padres sobreprotectores, muy ambiciosos, preocupados por el éxito y la apariencia externa. Selvini-Palazzoli (1981) destaca las alianzas encubiertas, la alternancia de la culpabilización, la falla en la resolución del conflicto y distorsiones en la comunicación. Esta familia tiene una interrelación pobre, siendo "causantes" del desarrollo de un trastorno del comer entre sus miembros. Sin embargo, este tipo de interacción suele estar más relacionada con la evolución de la enfermedad que con su origen, es decir que las familias no son necesariamente causantes de la situación (Minuchin, Rosman y Baker, 1978). Entre los rasgos familiares asociados se encuentran:

- *Amalgamamiento*. Se refiere a una forma particular de proximidad e intensidad que hace que cualquier cambio repercuta a lo largo de todo el sistema; esto se observa en la interdependencia de las relaciones, en donde la percepción de sí mismo y de los otros miembros de la familia está pobremente diferenciada.
- *Sobreprotección*. Los miembros de estas familias son hipersensibles en la detección de señales de estrés en sus seres queridos, por lo que se preocupan por el bienestar de todos. En estas familias la sobreprotección de los padres, retarda el desarrollo de la autonomía y buen desempeño de los hijos. Esta estrecha relación tiene como consecuencia que también las pacientes anoréxicas sientan una gran responsabilidad por proteger a la familia, lo cual muchas veces refuerza la sintomatología.
- *Rigidez*. Se resisten a realizar los cambios necesarios que impone el desarrollo. Se niegan a modificar sus pautas de interacción ante crisis evolutivas normales, tales como la entrada de los hijos en la adolescencia.
- *Falta de resolución del conflicto*. La combinación del aglutinamiento, la sobreprotección y la rigidez traen como consecuencia una baja tolerancia al estrés. Los problemas quedan sin resolver, presentando una amenaza constante que activa una y otra vez los circuitos de evitación del sistema.

D) Socioculturales

Con respecto al contexto sociocultural, se ha encontrado que se premia a la delgadez y se tienen prejuicios contra la gordura, esto se ha visto en aumento en los últimos 30 años. Ha de mencionarse, que cuando se habla de "un cuerpo ideal" no estamos hablando de un ideal de salud o bienestar, sino de una moda imperante en un determinado momento. Garner y Garfinkel (1980) argumentan que el número de artículos referidos a dietas en las revistas femeninas en los últimos 10 años se ha incrementado en un 70%. Los trastornos alimentarios son típicos en las sociedades

industrializadas del mundo occidental, e incluso actualmente se están comenzando a identificar en el mundo oriental.

En algunos estudios realizados sobre estereotipos femeninos fotografiados por la revista Playboy entre 1959 y 1979, se observa que el modelo de la figura femenina se ha ido afinando y aligerando en este período. Sin embargo, se ha dado en nuestras sociedades un aumento de peso y tamaño de la mujer y del hombre en estos mismos 20 años, esto probablemente por la mejora en las condiciones de vida, en particular de la alimentación (Garfinkel y Garner, 1982). Entre los factores que identifican están los siguientes:

- *Ideal social de la mujer.* La sociedad comunica claramente que el papel y el estatus de la mujer se basa en su atractivo físico, y esto es reforzado por los medios que perpetúan y refuerzan esta idea, sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa a través de la imagen corporal. Implícitamente, se piensa que con un cuerpo perfecto se desarrolla una carrera brillante, se debe desempeñar perfectamente a un nivel social, a la vez se debe realizar un matrimonio perfecto y se debe de ser una madre eficaz. Así es como el peso se convierte en el área sobre la que si pueden tener el dominio exigido. Incluso, se encuentra la idea de que el objetivo a alcanzar es el peso ideal para trasladarse después a cualquier otra área de la vida (Guillemot *et al.*, 1994). Los efectos físicos y psicológicos que se acarrean con el hecho de comer por debajo del mínimo normal necesario para el funcionamiento del cuerpo y la mente, hace que la persona comience a aislarse y sentirse cada vez más descontenta con ella misma.
- *Nivel socioeconómico.* Es necesario mencionar que en la actualidad los trastornos alimentarios afectan a todos por igual no importando las clases sociales. Aunque aún se sigue argumentando que estos son propios de la clase media y alta, e incluso que las personas de la clase baja afectadas son aquellas jóvenes que por su trabajo se encuentran inmersas en un ambiente de clase media, volviéndose inevitable la mimetización (Guillemot *et al.*, 1994).

B) Factores Precipitantes. Está demostrado que no hay ningún precipitante único y que también en muchos casos tampoco se puede identificar un precipitante particular. Lo que se ha determinado es que el común denominador de la repercusión que tiene el evento para el individuo es que percibe el dolor de dos maneras: a) Como amenaza de pérdida de autocontrol y b) Como amenaza o real pérdida de la autoestima. El evento precipitante puede ser una separación o pérdida, una disrupción del equilibrio familiar, nuevas demandas del contexto o una enfermedad física previa. Esto nos remite de nueva cuenta a la amenaza de la autoestima y a su sensación de control de su mundo, lo que conduce un incremento en la preocupación de su cuerpo y a la convicción de que se sentirá más en control de su persona si continúa perdiendo peso. Por otro lado, se pueden definir a los factores precipitantes como aquellos eventos que desencadenan al trastorno alimentario. Entre los cuales se encuentran:

- Pubertad.
- Separación, rechazo, situaciones conflictivas, o de pérdida.
- Alteraciones de la homeostasis familiar.
- Demandas y expectativas crecientes del entorno, que ponen a prueba la autoestima y posibilidades de afrontamiento.
- Enfermedad personal.
- Interés en la danza, modelaje o ciertos deportes.
- Contacto con otras personas que hacen dieta o un régimen adelgazante.
- Hacer dieta, insatisfacción con la imagen corporal, tener éxito y recuperar la autoestima.
- Influencias culturales por vía de los medios masivos de comunicación.

C) Factores perpetuadores y/o de mantenimiento. Los factores perpetuadores y/o de mantenimiento son aquellos que van a sostener la presencia del trastorno alimentario, tales como las complicaciones de orden fisiológico y psicológico, las

prácticas de control de peso y las obsesiones con la dieta. Entre los cuales se encuentran los siguientes:

- *Síndrome de Inanición.* Existe una enorme preocupación por la comida mientras pierden interés en otras áreas. La comida se vuelve el tema principal de su conversación y utilizan un tiempo desmedido en la planificación de comidas.
- *Cambios Psicológicos y de Personalidad.* Estos cambios se perciben porque la persona con trastorno presenta irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, introversión social, preocupación por sí mismos, depresión, indecisión, pensamiento obsesivo y conductas compulsivas, perturbaciones en el sueño y pérdida de interés sexual, hiperactividad, distorsión de la imagen corporal y de la capacidad para controlar el hambre. El aislamiento social y la marcada reducción en los intereses hacen que con el tiempo las amistades se alejen cada vez más. Si persisten estos síntomas se producen serios déficits, particularmente en la autoestima.
- *Percepciones Corporales.* Los trastornos de la Imagen Corporal son determinantes de la anorexia nerviosa, siendo a la vez un factor perpetuante significativo.
- *Transformaciones Físicas.* Cuando la ingesta es menor a la necesaria para el funcionamiento general del organismo, automáticamente como una forma de adaptación, el cuerpo va a ahorrar calorías por medio de la disminución del metabolismo basal, que es el que se ocupa de estas funciones mientras descansamos. Otros factores son:
 - Disfunción hipotalámica
 - Factores predisponentes no resueltos
 - Efectos negativos del hambre y la emaciación
 - Perturbaciones cognitivas, perceptuales e interpersonales
 - Vómito autoinducido
 - Problemas gastrointestinales

En una investigación (Franklin, Schiele, Brozek y Key, 1948, cit. en Hsu y Sing-Lee, 1993) realizada en Minnesota que pretendía medir los efectos y los riesgos vinculados con las dietas restrictivas y que consistió en reducir el aporte calórico de la alimentación de un grupo de 36 hombres, se encontró que una de las primeras actitudes observadas en los miembros del grupo, después de la deprivación alimentaria, se instaló una tendencia inevitable a preocuparse "obsesivamente" de diversas maneras por la comida. Un 40% de los participantes mencionaron su intención de que en el futuro pensaban realizar proyectos vinculados con la alimentación. Comparando esto, con jóvenes (mujeres) que padecían trastornos alimentarios, que al elegir una profesión se inclinaban por profesiones u oficios relacionados con los alimentos; asimismo, se observó que ejecutaban un largo ritual respecto a las comidas y los alimentos.

Por otro lado, muchos de los sujetos llegaron a tener episodios bulímicos, momentos de descontrol durante los cuales necesitaron ingerir grandes cantidades de alimentos con un alto valor calórico, seguidos de sentimientos de culpa e incluso vómitos. Las conductas obsesivas en relación con la comida persistieron en los voluntarios entre 3 y 6 meses, aún cuando estaban en condiciones normales de alimentación. La subalimentación también tuvo impacto en otras áreas como la vida social. Los voluntarios sometidos al experimento de Minnesota, extrovertidos y sociables, fueron cayendo en un estado de aislamiento y ensimismamiento; manifestaron también una disminución marcada en su interés sexual y amoroso. De igual forma, mostraron dificultades en la concentración, en la comprensión y en el estado de alerta durante la experiencia.

Los voluntarios del estudio antes referido, vieron reducida también su actividad física y se mostraron cansados, débiles y faltos de energía. Aunque, a pesar de esta debilidad, al igual que otras personas con trastornos alimentarios, pasan por períodos de imposición de grandes jornadas de ejercicio físico. Al final de la etapa de inanición, el metabolismo de los voluntarios había disminuido hasta en un 40% de su velocidad. Con

base en lo anterior, se debe tomar en cuenta que la diferencia entre los voluntarios y las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria reside en la autoimposición de la dieta restrictiva, por lo que se observan consecuencias diferentes a la hora de evaluar los efectos de la mala alimentación.

Como se puede observar, en el origen de los trastornos de la alimentación hay siempre un período de dietas restrictivas que llevan a la seminación, con consecuencias a nivel orgánico y emocional. Una vez que se ha instalado, se vuelve difícil identificar si la sintomatología que aparece es un subproducto del trastorno o se debe a las características personales; así, lo adictivo es la dieta y no la comida.

1.4.2. MODELOS ETIOLÓGICOS DE LA BULIMIA NERVIOSA

Existen varios modelos que explican el trastorno alimentario de la bulimia nerviosa, entre los cuales se encuentran los siguientes:

• MODELO DE LOS LÍMITES DE REGULACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN

Existen modelos fisiológicos que sirven para explicar "atracones" una parte de la Bulimia Nerviosa y desde un punto orgánico.

Herman y Mack (1975) hallaron que las dietistas tendían a comer más después de ingerir una preingesta (pequeña consumición), que cuando ésta no tenía lugar. Con respecto a la teoría de la restricción alimentaria se debe mencionar que ésta se centra en la importancia de la desinhibición alimentaria para explicar que los sujetos con dieta restrictiva frecuentes son vulnerables a romperla ante situaciones tales como estados emocionales, depresión, etc. Además de considerar que la restricción alimentaria continua conduce a una privación de energía, que vuelve a la persona biológicamente más susceptible a experimentar hambre y a sentir urgencia por consumir alimentos.

Polivy *et al.*, (1987) propusieron "el modelo de los límites de la regulación de la ingesta", que intenta complementar la visión fisiológica. Este considera a la alimentación como una actividad básicamente biológica, en cambio, las posturas que centran el control de la alimentación son activadas por los factores sociales y cognitivos. De acuerdo con este modelo, la alimentación está regulada dentro de los límites que corresponden al hambre y a la saciedad. Nuestro organismo tiene como una de sus tantas funciones el restringir el espacio y señalar cuando el individuo está satisfecho, con esto la zona de indiferencia biológica no experimenta ni hambre ni saciedad. Si el consumo es insuficiente para mantener al organismo dentro de la zona de indiferencia biológica, cae en la zona de hambre, provocando que exista más angustia y riesgo de consumir más alimentos en menos tiempo.

La cantidad de comida consumida, cuando un organismo está en la zona de la indiferencia biológica, no está estimulada por el hambre o por la saciedad. En este caso, el organismo es indiferente a las presiones biológicas pero es más susceptible a las presiones sociales, cognitivas y psicológicas.

Con base en este modelo, se ha de encontrar que la **bulímica** transgrede el límite de la saciedad y se detiene cuando le resulta imposible continuar (por las limitaciones de su capacidad física) y no cuando la saciedad le empieza a resultar desagradable. Contrario a esto, las **anoréxicas** por su habilidad para tolerar las sensaciones aversivas del hambre, cualquier consumición debajo del límite es tolerable cuanto menor sea, mejor, incluso algunas dicen no padecer las consecuencias aversivas del hambre, otras sí (Mora *et al.*, 1993).

• MODELO MULTICAUSAL DE CERVERA

Cervera (1996) menciona que la bulimia nerviosa al igual que la anorexia nerviosa tiene un origen multicausal y comparten factores de riesgo y precipitantes que pueden dar pauta para que se inicie la enfermedad. Así, propone un esquema de los factores que inician o mantienen la Bulimia:

- A) Factores Predisponentes.** Tales como exceso de peso, ayuno, autoestima baja, perfeccionismo, personalidad caótica, predisposición biológica y conflictos familiares.
- B) Factores Precipitantes.** Como situaciones estresantes, trastornos emocionales, restricción alimentaria y anorexia nerviosa. Esto produce una disminución momentánea de los trastornos emocionales (ansiedad).
- C) Factores de mantenimiento.** Tales como dietas, conductas alimentarias anómalas, imagen corporal negativa y reaparición de la ansiedad.

2. IMAGEN CORPORAL

En la actualidad, la belleza se ha convertido en nuestra sociedad como sinónimo de aceptación y de éxito social, siendo uno de los factores importantes que rigen el estilo de vida. Así, para que una persona se considere como un ser bello, debe tomar en cuenta la imagen corporal que tiene de sí misma y la influencia que ejercen sobre ella los modelos estéticos que brinda la cultura, entre otros. Tomando en cuenta que hay una preferencia social por un físico delgado, producto correspondiente de la preocupación social con la dieta y la pérdida de peso.

2.1. DEFINICIÓN

La imagen corporal ha sido conceptualizada de diversas formas. Así, una primera definición hecha por Schilder (1980, cit. en Williamson *et al.*, 1990), la describe como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Mientras que Bemis y Hollon (1990) definen a la representación corporal en términos de sentimientos y actitudes, argumentando que se debe de distinguir entre la representación interna del cuerpo y los sentimientos y actitudes hacia él. Por lo que,

- A) Factores Predisponentes.** Tales como exceso de peso, ayuno, autoestima baja, perfeccionismo, personalidad caótica, predisposición biológica y conflictos familiares.
- B) Factores Precipitantes.** Como situaciones estresantes, trastornos emocionales, restricción alimentaria y anorexia nerviosa. Esto produce una disminución momentánea de los trastornos emocionales (ansiedad).
- C) Factores de mantenimiento.** Tales como dietas, conductas alimentarias anómalas, imagen corporal negativa y reaparición de la ansiedad.

2. IMAGEN CORPORAL

En la actualidad, la belleza se ha convertido en nuestra sociedad como sinónimo de aceptación y de éxito social, siendo uno de los factores importantes que rigen el estilo de vida. Así, para que una persona se considere como un ser bello, debe tomar en cuenta la imagen corporal que tiene de sí misma y la influencia que ejercen sobre ella los modelos estéticos que brinda la cultura, entre otros. Tomando en cuenta que hay una preferencia social por un físico delgado, producto correspondiente de la preocupación social con la dieta y la pérdida de peso.

2.1. DEFINICIÓN

La imagen corporal ha sido conceptualizada de diversas formas. Así, una primera definición hecha por Schilder (1980, cit. en Williamson *et al.*, 1990), la describe como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Mientras que Bemis y Hollon (1990) definen a la representación corporal en términos de sentimientos y actitudes, argumentando que se debe de distinguir entre la representación interna del cuerpo y los sentimientos y actitudes hacia él. Por lo que,

una representación corporal dependerá de los sentimientos positivos o negativos que giren en torno a éste.

Para Cash *et al.*, (1990), la imagen corporal implica *perceptualmente*: imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; *cognitivamente*: supone una concentración de la atención en el cuerpo e informaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; por último, *emocionalmente* involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/ insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa. Asimismo, Thompson (1990, cit. en Raich, 1994) concibe a la imagen corporal de acuerdo a tres componentes:

- a) *Componente perceptual*, que es la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad (estimación del tamaño corporal). La alteración de este componente da lugar a sobreestimación (percepción del cuerpo en dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).
- b) *Componente subjetivo* (cognitivo-afectivo), que son las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física; por ejemplo, satisfacción, preocupación, etc.
- c) *Componente conductual*, son las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan; por ejemplo, las conductas de exhibición, las conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, ocasionando que el individuo pueda experimentar disconformidad relacionada a su apariencia física.

En tanto que, Bruchon-Schweitzer (1992, cit. en Gómez, 1998) define a la imagen corporal como una organización y elaboración cognoscitiva compleja y consciente de

conjuntos de representaciones y afectos de la unidad que conforman un cuerpo objeto y un cuerpo sujeto. Es percibir el propio cuerpo como único y como propio, correspondiente a la aprehensión de sí mismo como "objeto" y "sujeto". Finalmente, Rosen, Reiter y Orosan (1995) definen a la imagen corporal como la fotografía que se tiene en la mente del tamaño, imagen y forma del cuerpo, así como los sentimientos y actitudes involucrados, ya sean positivos o negativos y de indudable influencia en el autoconcepto del individuo. Es decir, es la forma en que una persona se percibe, siente y actúa respecto a su propio cuerpo; contemplando los aspectos perceptivos y los subjetivos, como son satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad y aspectos conductuales.

2.2. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal se ve influenciada por diversos factores, por lo que en su forma patológica se habla de un trastorno multifactorial, ya que se trata de una constelación de aspectos como conjunto, por ejemplo, las presiones sociales respecto al ideal estético, que pueden provocar una insatisfacción y/o distorsión de la imagen corporal. Dicha alteración cognitiva-afectiva respecto a la imagen se manifiesta a través de la manera en que la persona percibe su peso, su talla o su silueta corporal.

El concepto de la preocupación patológica acerca de la apariencia física tiene una historia, ya que se hablaba de éste aún antes de incluirlo en el diagnóstico del trastorno dismórfico corporal del D.S.M.III (A.P.A., 1988). Así, Janet (1903, cit. en Toro, 1996) habla de la "obsesión por la vergüenza del propio cuerpo" que implica el miedo a ser visto como ridículo o grotesco. Mientras que el término dismorfofobia fue introducido por Morselli (1886, cit. en Raich, Mora, Marroquín, Pulido y Soler, 1997) el cual literalmente significa "miedo a la propia forma". La esencia del trastorno fue clarificada no como miedo a volverse deforme sino que corresponde a la convicción irracional de ser anormal y a las reacciones de los demás. Sin embargo, en el D.S.M.III-R (A.P.A., 1988) se suprimió el sufijo "fobia" cuando se introdujo el trastorno dismórfico como un tipo de

categoría diagnóstica. Finalmente, Rosen (1990) define al trastorno de la imagen corporal como una preocupación exagerada, que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. Los criterios del DSM-IV (A.P.A., 1994) para el trastorno dismórfico son:

- a) Preocupación excesiva por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Por ejemplo, cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- b) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Con relación a los trastornos alimentarios se debe especificar que éstos tienen como característica principal el trastorno de la imagen corporal, de modo que la similitud entre las dos problemáticas es evidente en los criterios diagnósticos, tales como "la preocupación persistente con el peso y la silueta". De hecho, una gran cantidad de mujeres con trastorno dismórfico tienen una historia, o presentan los criterios necesarios para el diagnóstico del trastorno alimentario. Por ejemplo, las conductas purgativas en las bulímicas son comparables a los remedios de belleza utilizados por las personas con trastorno dismórfico. Asimismo, las personas con trastorno alimentario tienen otras preocupaciones corporales que las estrictamente referidas al peso o la silueta (Rosen, *et. al.* 1995). Brawman, Lydiard, Phillips, Morton, Czepowickz, Emmanuel, Villareal, Johnson y Ballenger (1995) encontraron que el trastorno de la Imagen Corporal es relativamente común en pacientes con un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y fobia social, y no con otros tipos de trastorno. Por tanto, es importante partir de que el trastorno de la imagen corporal comprende aspectos perceptuales, cognitivos y conductuales.

• ASPECTO COGNITIVO

La persona ve su defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en realidad, a esto se le llama: distorsión perceptual; por ejemplo, las mujeres que tienen un peso normal y se ven con sobrepeso. Los individuos con este trastorno devalúan su apariencia intensamente, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto. Así mismo, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia y cuando hacen una jerarquía de valores personales, lo suelen colocar en primer lugar por lo que tienden a subestimarse. Creen que su defecto les imposibilita ser queridos o apreciados y que éste es una muestra de debilidad, pereza o de algún defecto de carácter (Garfinkel y Garner 1982).

Las personas que no tienen este problema evalúan las partes de su cuerpo bajo otros parámetros que no están en relación con el atractivo físico, tales como la utilidad, tamaño, importancia, vulnerabilidad o sexualidad (Klonoff y Landrine, 1983). Mientras que las personas con trastorno alimentario se preocupan sobre las cualidades que se pueden derivar de su apariencia, por lo que sus creencias y pensamientos se desarrollan como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios (De León, Bott y Simpson, 1989). El pensamiento obsesivo en el trastorno de la imagen corporal, se refiere al pensamiento repetitivo acerca de la apariencia, respecto al cual la persona no puede reconocer que su preocupación es excesiva.

• ASPECTO CONDUCTUAL

Organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal, por lo que pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo o ante cualquier superficie reflejante. Puede existir un comportamiento de limpieza y aseo excesivo; algunas evitan mirarse al espejo mientras que otros lo hacen compulsivamente; además solicitan continuamente información tranquilizadora sobre su defecto y se comparan con otros individuos. Realizan maniobras de camuflaje tapándose con ropas holgadas o con flequillo y sobretodo evitando las situaciones

sociales en las que cree que se fijarán en su defecto o será rechazado por su apariencia. Estas conductas pasan por un proceso de refuerzo negativo al mantener e incrementar la ansiedad por su apariencia, de modo que no van a lugares donde tengan que mostrar su cuerpo (Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena, 1991).

Estos trastornos de la imagen corporal se desarrollan principalmente en mujeres, las cuales presentan una mayor preocupación por su peso y la figura, ya que quieren obtener la anhelada delgadez. Tienden a hacer más regímenes dietéticos, o al menos, se comprometen en mayor medida a hacerlo. En un estudio realizado por Raich, *et al.*, (1991) se encontró que el sexo femenino está más preocupado por la imagen corporal que por los acontecimientos vitales. La percepción del propio cuerpo y el deseo de estar más delgadas, influye en el incremento de las actitudes alimentarias erróneas, además de que la presión social que incide sobre la estética de la delgadez es mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, se ha afirmado, que los trastornos en la imagen corporal se dan aproximadamente igual entre los géneros masculino y femenino.

Así, un estudio realizado por Furnham y Calnan (1988) en donde se analizó la relación entre la insatisfacción corporal y el trastorno alimentario, se encontró que los hombres al igual que las mujeres tienen una insatisfacción corporal. El 79% de los participantes reportaron que su peso actual es diferente a su ideal, presentando insatisfacción corporal, por lo que algunos querían bajar de peso (31%) y otros ganar peso (38%). Con esto, se puede observar que la insatisfacción corporal no es exclusiva de las mujeres, ya que los hombres expresan insatisfacción cuando se perciben con bajo peso, mientras que las mujeres en esa situación suelen ser felices. Además, se encontró una relación entre la autoestima y la insatisfacción corporal tanto en hombres como mujeres, lo que sugiere que los hombres también están expuestos a la presión sociocultural de tener un cuerpo ideal.

El impacto del ideal de belleza que se ha impuesto socialmente, y ha sido divulgado por los medios de comunicación es más influyente en las jóvenes. Diversos

estudios han puesto de manifiesto que las chicas se perciben con mayor peso del que realmente tienen y manifiestan preferencia por cuerpos más delgados que el propio e incluso más delgados de lo que los chicos lo prefieren (Fallon y Rozin, 1985; Hill, 1993). Las mujeres, están más preocupadas por su imagen corporal que los hombres y se someten con más frecuencia a dietas para perder peso.

En un estudio llevado a cabo por French y Jeffery (1994) en el que revisaron diferentes trabajos epidemiológicos, se encontró como promedio que un 40% de mujeres frente a un 23% de hombres estaban intentando perder peso. Los porcentajes más altos en todos estos estudios se encontraban en chicas universitarias con una edad entre 18-21 años. Finalmente, en otro estudio realizado por Sánchez (1994) se constató una gran preocupación por el peso y seguimiento de dieta en los jóvenes en general, de 673 jóvenes adolescentes entre 15 a 17 años sólo el 22% manifestó no estar preocupado, frente a un 58% de preocupación moderada y un 20% de gran preocupación. De este último subgrupo, la mayor parte eran chicas, las que representaban el 90% frente al 10% que eran chicos.

2.3. PREVALENCIA

La prevalencia del trastorno de la imagen corporal no se ha establecido con exactitud, pero de acuerdo a los criterios de D.S.M.-IV (APA, 1994) podría mencionarse que aproximadamente un 1.29% de mujeres y menos de 1% de hombres padecen este trastorno. Sin embargo, algunos trabajos refieren que es aproximadamente igual el porcentaje para ambos sexos (Rosen y Reiter, 1994). Sin embargo, se ha visto que esta prevalencia está influida por los siguientes factores:

- **Edad**

La presencia de trastornos en la imagen corporal puede estar influida por la edad, principalmente en la adolescencia, entre los 14 y 18 años de edad, ya que un porcentaje significativo de las personas que entran en este rango de edad, toman

medidas sistemáticas para controlarlo, presentándose a los 16 años una mayor preocupación por su imagen corporal. Se encontró que hay una relación entre la edad y la imagen corporal, de tal forma que entre mayor edad (16 años) mayor preocupación y entre menor edad (14 años) menor preocupación (Raich, *et al.* 1991). Asimismo, va a influir en que se tenga algún trastorno alimentario, aunque se ha observado que en individuos sin trastorno alimentario se pueden dar también alteraciones de la imagen corporal, tanto en forma de insatisfacción corporal así como de imprecisión perceptual.

• Insatisfacción con la Imagen Corporal

Tucker (1984, cit. en Garner, 1997) define a la insatisfacción corporal como la distancia entre la realidad y la idealidad. Es el cuerpo percibido que puede ser diferente tanto del cuerpo real como el ideal. Es un predictor y factor asociado a los trastornos alimentarios (León, Fulkerson, Perry y Dube, 1994). Encontrando que la estimación afectiva, es decir, como los pacientes se sienten y desean verse, tiene mayor efecto clínico que la estimación perceptual (Cooper y Taylor, 1988). En cambio, la satisfacción corporal contribuye en la adaptación personal y social, a través de una autoestima favorable y un equilibrio emocional (Bruchón- Schweitzer, 1992, cit. en Gómez, 1996).

Se puede decir que la paciente extremadamente delgada, cuando no caquética, niega su extrema delgadez, parece subvalorar sus dimensiones y no reacciona ante ellos del modo que sería normal. Asimismo, su negación de la enfermedad parece, a veces, guardar estrecha relación con esta tendencia a negar o a no ver su delgadez. De esta manera, a medida que el cuadro progresa va haciéndose cada vez mayor el miedo a engordar, buscando la delgadez como forma de vida, no sintiendo o no dándose cuenta, que ella ya no está delgada sino desnutrida y aún en ese estado se siente gorda, lo que le lleva a restringir más su ingesta alimentaria, convirtiéndose en un círculo vicioso del que resulta difícil salir. Así, este trastorno le va causar a la adolescente problemas de relación social y de autoestima (Toro *et al.*, 1987).

La imagen corporal negativa entre las mujeres adolescentes, es decir, la percepción de que sus cuerpos no son ideales, puede ser comprendida en parte por el esfuerzo de éstas por vivir con la seguridad de una imagen ideal que destaca la cultura, más que en la vulnerabilidad y vitalidad de sus cuerpos femeninos (Fallon, Katzman y Wooley, 1994). El ideal de belleza se ve reflejado en las imágenes de las mujeres modelos, quienes por su omnipresencia llegan a convertirse en patrones irreales, pues no todas las mujeres pueden llegar a tener una figura así.

En un estudio realizado por Gómez (1996) se encontró que la autopercepción del cuerpo (cuerpo percibido) se correlacionó con la satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal y con factores de riesgo (preocupación por el peso y la comida), y asimismo la satisfacción/insatisfacción resultó correlacionada con los factores de riesgo. Hallando que se sostiene lo subjetivo por encima de la realidad objetiva, de tal forma que tiene mayor importancia como predictor de la satisfacción corporal "el sentirse atractivo" que "el ser atractivo".

En otro estudio que llevaron a cabo Sands, Tricker, Sherman, Armatas y Maschette (1997), encontraron que las mujeres se perciben más obesas y con más sobrepeso de lo que realmente son en comparación con los hombres; perciben su figura corporal actual como menos deseable para los hombres, además de que su figura corporal ideal es más delgada que la percepción actual de su figura corporal, lo que les conlleva a tener una insatisfacción con respecto a su imagen. Asimismo, se halló diferencia entre la forma del cuerpo ideal y el actual debido a la insatisfacción con la imagen corporal, siendo más significativo en las mujeres que en los hombres. Por otro lado, también se evaluó la percepción que tienen los pre-adolescentes sobre las conductas relacionadas específicamente al acto de comer, la imagen corporal y la autoestima. Para esto se les aplicaron algunos instrumentos que evalúan la autoestima, la imagen corporal, la insatisfacción corporal y la participación en alguna actividad física, reaplicándolos en dos subsecuentes ocasiones durante tres meses.

Encontraron que en la primera aplicación del instrumento, tanto los hombres como las mujeres preferían ser más delgados de como estaban; mientras que ya en la segunda y tercera aplicación se encontró que las mujeres mostraban una diferencia significativa entre la forma del cuerpo ideal y el que se tiene en comparación con los hombres. Así las mujeres comenzaron a percibirse con una forma corporal más grande que su ideal, mientras que los hombres percibieron su cuerpo como más delgado que su ideal. Sin embargo, a través del tiempo, la magnitud de la diferencia entre estas dos medidas del cuerpo decreció para las mujeres, quienes preferían un cuerpo ideal más grande conforme pasaba el tiempo.

• **Distorsión de la Imagen Corporal**

Se puede decir que ésta se refiere a la sobreestimación de determinadas partes del cuerpo, existiendo dos tipos de anomalías: 1) con relación a la apreciación del tamaño, o bien, 2) de las dimensiones del propio cuerpo. En algunos casos se constatan auténticas distorsiones perceptivas, puesto que se comprueban errores significativos en la percepción de determinadas características corporales. Pero en otros casos, y a partir de una percepción más o menos objetiva, se producen evaluaciones distorsionadas que según su contenido dan lugar a reacciones de ansiedad o incluso pueden contribuir a mitigarlo.

Las personas que sufren de distorsión en la imagen corporal afirman que se encuentran obesas o que algunas partes de su cuerpo se encuentran desproporcionadas, principalmente sus muslos, caderas, abdomen, hombros y nalgas, áreas corporales claramente diferenciales entre los géneros, tendiendo a ser más voluminosos y redondeados en el femenino, cuando en realidad están obviamente por debajo de su peso corporal normal. Esto se debe a que perceptualmente la persona ve su defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en la realidad. Lo que conlleva a pensar en una correlación entre la imagen corporal y el trastorno alimentario en la adolescencia (Toro *et al.*, 1987).

En principio, estas afirmaciones pueden ser sobre cualquier componente de su apariencia física, ya que aunque tengan una apariencia normal, algunas personas pueden presentar unas quejas muy circunscritas a una o varias zonas del cuerpo, como la delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, desproporción facial o bien pueden preocuparse por la forma, el tamaño u otros aspectos de su nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, barbilla, mejillas y cabeza, de la forma y tamaño de genitales, pechos, nalgas, abdomen, brazos, manos, piernas, caderas, hombros, columna vertebral, amplias zonas del cuerpo e incluso todo el cuerpo. Mientras que hay otro tipo de quejas que pueden ser tremendamente vagas, por ejemplo, ser feo, ser raro, etc. (Raich, Mora y Soler, 1994). Así, las quejas suelen ser de una anomalía completamente imaginaria, a veces pueden tener una base real y ser notadas por las otras personas, pero no hasta el punto que él o ella imagina. Puede contemplarse como trastorno dismórfico cuando el defecto es exagerado y se acompaña de una preocupación que trastorna e incapacita (Crisp, 1988; Phillips, 1996).

La distorsión de la imagen corporal en las mujeres con trastornos alimentarios es atribuible a la cultura de la delgadez (belleza), disturbios en el desarrollo de la identidad y autoestima, y la retroalimentación social alrededor de la apariencia física. Gilbert (1993) menciona que la distorsión de la imagen corporal se ve favorecida por las prácticas alimentarias, el estilo en el comer y los sentimientos que están típicamente asociados a la obesidad, lo que ocasiona que no necesariamente se deba considerar como una patología.

Los trastornos alimentarios tienen como característica principal el trastorno de la imagen corporal de modo que sus criterios diagnósticos son muy similares; como preocupación persistente en el peso y la silueta, siendo la autoevaluación exageradamente influenciada por el peso y las siluetas corporales. Cabe señalar que una gran cantidad de chicas con diagnóstico de trastorno dismórfico, tienen o cumplen los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno alimentario. Sin embargo, las chicas que presentan sintomatología del trastorno alimentario tienen otras

preocupaciones corporales que las referidas solamente al peso o la silueta (Raich, 1998).

•Cultura de la Delgadez

Un factor que desarrolla la imagen corporal en la mujer y estrechamente relacionado con los trastornos alimentarios es la prevalencia de un ideal corporal para la mujer. En las culturas occidentales la gordura es una característica devaluatoria de la persona, por lo que es necesario mencionar que actualmente el sobrepeso es valorado con base en el ideal, de una superdelgadez. Sin embargo, esto no puede explicar por sí mismo la presencia de trastornos alimentarios, ya que si fuera así, todas las personas expuestas a este ideal de delgadez y belleza presentarían algún trastorno alimentario.

A partir de lo anterior, se constituyó una expresión que elude específicamente a ello: "cultura de la delgadez" (Vandereycken y Meerman, 1984), la cual ocasiona que las personas, principalmente las mujeres, interioricen las más intensas lipofobias; también conduce a normas y valores que determinan las actitudes y conductas hacia la forma corporal, talla y peso, particularmente en los períodos de cambios físicos como son la adolescencia y la juventud, teniendo la necesidad de lograr una imagen corporal manejada como el ideal social (Toro *et. al.* 1994). Hay dos opiniones sobre el cuerpo perfecto, la primera es que el cuerpo es infinitamente maleable y que con una dieta estricta, un programa de ejercicio y el esfuerzo personal se puede lograr una estética ideal; la segunda dice que obtener el cuerpo ideal se considera como una ganancia, como una carrera avanzada hacia la salud, la felicidad y la atracción, por lo que actualmente la delgadez equivale al atractivo.

La existencia de un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente supone una presión altamente significativa, sobre todos y cada uno de los miembros de la población (Toro *et al.*, 1987). Las personas que son consideradas atractivas son populares, más deseables, ajustadas psicológicamente y tienden a tener más éxito en el trabajo y en la escuela; por lo que tienen mayor atención y refuerzo social de

observadores externos (Cash *et al.*, 1990). O sea que la belleza provoca una diferencia conductual, ya que cuando un(a) niño(a) o un(a) adolescente presenta características físicas consideradas como bellas, afecta la reacción de los demás, los cuales, le proporcionarán retroalimentación, trayendo esto como consecuencia una afectación en el desarrollo psicológico del individuo.

Esto lleva a pensar que existe una internalización de un modelo corporal delgado en las mujeres. Las niñas tempranamente se identifican con su género, es decir, con las expectativas de su rol sexual. De acuerdo con Striegel-Moore (1993), la femineidad está marcada por dos características: la orientación interpersonal y en que la belleza es uno de sus aspectos centrales. Esto se comprueba en los hallazgos empíricos que demuestran que la autoestima de las mujeres está vinculada a su apariencia física. A su vez, sabemos que a partir de los 60's, la delgadez, y en especial la femenina, es considerada como uno de los pilares del estándar de belleza (Toro, 1996). Lo cual nos permite concluir lo temprano que las mujeres, o más bien las niñas internalizan un ideal estético corporal delgado, y por tanto, comprobar lo pronto que también comienza la insatisfacción con su propio cuerpo (Wardle y Marsland, 1990). La delgadez se convierte así, en sinónimo del dominio corporal y en consecuencia de sí mismo. Estos tipos de creencias son graves y con un alto riesgo de baja autoestima, práctica frecuente de dietas y la posibilidad de desarrollar un trastorno alimentario.

El ideal de la delgadez y los estereotipos estéticos, como todo lo que son valores, se desarrollan en las sociedades en donde la obtención de la comida no es problema, puesto que lo usual es su abundancia tanto cuantitativa como cualitativamente. Suelen extenderse en las sociedades complejas ya sea en las clases más elevadas o en las más deficientes. Además de que los trastornos alimentarios y sus factores de riesgo, como la insatisfacción y distorsión en la imagen corporal, ya no son exclusivos de los países desarrollados (Ludewig, 1991); observándose que su prevalencia se está extendiendo hacia sociedades de bajos recursos, dado por el común denominador: "la cultura de la delgadez". Así, también la calidad, costo y marca comercial de las prendas de vestir, buscan "distinguir" a las personas, exhibiendo la desigualdad social

al señalar su "estatus" de acuerdo a su capacidad de consumo, aunque también la prenda puede distinguirse por el cuerpo de quien la usa, de tal forma que un cuerpo bien formado hace lucir bien una prenda de poca calidad, logrando que se eliminen imaginariamente las diferencias sociales dentro de la estética corporal (Inverti, 1976, cit. en Tiller, Sloane, Schmidt, Troop, Power y Treasure, 1997).

Otro aspecto que ha contribuido al afianzamiento del ideal de delgadez es el estigma de la obesidad que está adoptando nuestra sociedad. Ser obeso constituye en nuestros días un auténtico estigma social. La presión social contra la obesidad es tan clara que los niños son capaces de atribuir valores negativos, como perezoso o sucio, poco sociable, antipático, poco amigable, indisciplinado, infeliz, falto de atractivo, torpe y carente de autocontrol a figuras endomorfas o robustas (Vázquez, 1997; Kirkpatrick y Sanders, 1978). Este estigma se da principalmente en las mujeres, ya que se dice que si está gorda es una "glotona" y no tiene la suficiente voluntad para adelgazar. Las personas con una historia de obesidad infantil, o que tienen un sobrepeso o son obesas, tienen gran riesgo de tener un autoconcepto negativo y una autoestima baja, alteraciones de la imagen corporal, ansiedad social y miedo al rechazo social (Garner, 1985; Garner y Wooley, 1991). A su vez, parece producirse un mayor miedo al aumento de peso por parte de personas que están en rango normativo; por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres de peso normal con una historia de sobrepeso muestran mayor insatisfacción corporal, además de tener una marcada ansiedad relacionada con el peso. La sobrealimentación y la escasez de ejercicio físico favorecen la obesidad, así como el rechazo o el mal uso de los alimentos que pueden desembocar en los trastornos de anorexia y bulimia, ocasionando una imagen corporal incierta, inestable y débil.

Por otro lado, se debe considerar que ha existido últimamente un aumento de la obesidad en los países occidentales. Esto se puede explicar principalmente por el cambio experimentado en nuestro estilo de vida y en nuestros hábitos alimentarios, ya que el trabajo industrializado nos ha llevado a sustituir una actividad al aire libre y en continuo movimiento, por la permanencia sedentaria de un mínimo de 7 horas diarias,

en donde se tiene muy poca actividad física. Esto aunado a que las actividades extra-laborales se remiten únicamente a ver la T.V. por varias horas, con el control remoto en la mano y sin ninguna otra acción (Vera, 1998).

En la actualidad, nos encontramos con una realidad de aumento de peso contradictorio con el ideal de belleza que tiende a la consecución de cuerpos cada vez más delgados y esbeltos (Vera, 1998). Sin embargo, actualmente, se dispone de alimentos con altas calorías siendo una consecuencia de su consumo el tener sobrepeso u obesidad, esto tanto en clases altas como bajas. Sin embargo, parece ser que a medida de que se dispone de alimentos hay un mayor interés por evitar la obesidad, ya que existe una gran preferencia social por un físico delgado, producto de la preocupación social por la dieta y la pérdida de peso, lo que afecta tanto a hombres como mujeres en su conducta alimentaria. En un estudio realizado por Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted (1987) se encontró que las modelos y participantes en concursos de belleza han perdido una media de 3.4 kg. en los últimos 20 años; mientras que por otro lado, la población en general ha ganado 2.8 kg, situándose por tanto estos modelos en un 17.5% por debajo de la media. Este ideal de belleza se sitúa en un infrapeso que está llevando a una obsesión con el cuerpo. Garner, Garfinkel, Schawrtz y Thompson (1980) realizaron un estudio en donde revisaron el peso y la estatura de las modelos de Playboy y de las participantes del concurso de Miss América, desde 1959 hasta 1978; encontraron una disminución de peso e incluso de las medidas de busto y caderas.

Posteriormente, Wisserman, Gray, Mosimann y Ahrens (1992) replicaron este estudio de 1979 a 1988, encontrando que los pesos de las "misses" habían disminuido al grado de encontrarse bajo su peso normativo de un 13% a un 19%. Por otro lado, se ha encontrado en diversos estudios que el 70% de mujeres adolescentes y jóvenes de E.U.A. y Europa consideran que tienen sobrepeso, a pesar de que su peso es normal de acuerdo a su talla y estatura (Feinsten y Sorosky, 1988) Así mismo, Rauch *et al.*, (1990) afirman que las mujeres suelen percibirse obesas sin serlo con mucha más frecuencia que los varones. Por otro lado, en una encuesta realizada en E.U.A. se

encontró que el 75% de las mujeres encuestadas se sentían gordas, el 9% manifestó que el peso era un factor determinante en como se sentían con ellas mismas; mientras que más de la mitad eligieron bajar de peso como la opción que les otorgaría mayor felicidad. Así, también se encontró que el 50% de las mujeres de la Unión Americana practican recurrentes dietas pese a que 9 de cada 10 personas que pierden peso con la realización de una dieta lo recuperan (Szamos, 1994)

Se puede decir que las presiones sociales por la delgadez llevan en muchos casos a realizar una dieta restrictiva baja en calorías y ejercicios lo que tiene como consecuencia el intentar compensar dicha conducta con accesos alimentarios. Estas oscilaciones en la ingesta pueden ser precursores de trastornos alimentarios como la bulimia. A la mujer la sociedad le exige la delgadez para triunfar, por lo que ésta actualmente se caracteriza por tener un cuerpo asexual o rectilíneo siendo más propio al cuerpo de niña que de mujer. Así, Beck (1976, cit. en Guillemot *et al.*, 1994) ha reportado que el ideal de delgadez se impone más entre mujeres con un ideal cultural más elevado y mayor ambición profesional, pues cierta redondez en las formas corporales se asocia en el pensamiento a la feminidad, la cual a su vez es generalmente asociada a que se presenten la falta de inteligencia y a la incompetencia profesional. Esto ha tenido como consecuencia algunos problemas psicológicos, como depresión, angustia y trastornos alimentarios. Además de que la cultura emite mensajes referidos a que el varón es ciudadano de primera categoría. Por lo tanto, el "rechazo de un cuerpo femenino" es una variable de gran complejidad, que abarca todos los aspectos de la identidad y la autoestima de las adolescentes (Doskal, 1991, cit. en Ludewig, 1991). Trayendo como consecuencia signos de angustia psicológica, tendiendo a sufrir en mayor medida depresiones y trastornos alimentarios (Fallon *et al.*, 1994).

2.4. INFLUENCIA DE ASPECTOS SOCIOCULTURALES SOBRE LA IMAGEN CORPORAL

Para hablar de la imagen corporal hay que tomar en cuenta ciertos factores socioculturales que influyen para la presencia del trastorno, tales como la presión que ejerce la sociedad con respecto a la esbeltez y la estigmatización hacia la obesidad. Estableciendo que la actual preferencia social por un físico delgado es producto de la correspondiente preocupación social con respecto a la dieta y a la pérdida de peso, principalmente en las mujeres (Saldaña, 1994). Se puede decir que las influencias culturales relevantes para los trastornos alimentarios son aquéllas que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento y la delgadez, especialmente por razones estéticas y sociales.

2.4.1. HISTORIA

Es necesario mencionar como ha cambiado a través de los años el modelo estético corporal de la mujer, así como su indumentaria, para comprender su importancia en la actualidad. Dentro de las sociedades primitivas, se ha observado que las mujeres gordas eran consideradas poseedoras de mayor atractivo sexual que las delgadas, de modo que una mujer de complexión robusta podía ser considerada de estatus elevado y de prestigio (Ford y Beach, 1951, cit. en Toro, 1996). Por el contrario, la delgadez femenina era considerada como un signo de esterilidad, esto debido a la gran frecuencia de las hambrunas y epidemias, en donde la delgadez era un indicador de riesgo de muerte (Noordenbos, 1991, cit. en Toro, 1996).

Del mundo clásico al siglo XVIII. En La Grecia Clásica el cuerpo varonil fue objeto de admiración pública y era considerado más bello que el cuerpo de la mujer, esto tal vez porque el concepto de lo bello referido al cuerpo, incluía lo saludable, el estar en forma, e incluso las cualidades internas (todo esto se atribuía al hombre). Era una consecuencia de la concepción de la unidad cuerpo-mente. En La Roma, se valoraba la delgadez, tendiendo a evitar el sobrepeso. Pero es bien sabido que gustaban de los

banquetes copiosos y utilizaban el vómito como medio para regular su peso. Atracones y vómitos eran aceptados socialmente, eran parte de la cultura, siendo tal vez un indicio temprano de lo que hoy se conoce como bulimia nerviosa. En la Edad Media, la mujer reproductora y su correspondiente figura era un patrón dominante por lo que el cuerpo femenino había de denotar corpulencia, así el vientre de la mujer debía de ser redondeado como símbolo de la fertilidad (Contreras, 1993).

Antes del siglo XIV la devoción por las características corporales era muy escasa, ya que no había diferencias entre la indumentaria masculina y femenina, por lo que resultaba difícil saber si el traje que se contemplaba correspondía a un varón o a una mujer. Y es en este siglo cuando es posible distinguir las ropas de uno y otro género. En esta época, el estatus social ya no dependía de la musculatura o la fertilidad, sino del porte, el habla, las maneras y el aspecto (Elias, 1983, cit. en Guillemot *et al.*, 1994). Esta socialización progresiva del cuerpo entraña dos hechos básicos: primero, las funciones naturales dejan de estar tan estrechamente asociados a los ritmos y dictados de la naturaleza, pasando a estar organizadas socialmente; segundo, el cuerpo se transforma en un ente que entraña y manifiesta códigos de conducta, es decir, símbolos (Schilling, 1993).

A partir de este momento, el cuidado y modificación del cuerpo y de su apariencia se interioriza, y toda interiorización de una regla causa ansiedad en caso de no seguirla. Cabe mencionar, que aún cuando al principio esto quedará limitado y sólo tenía acceso la gente burguesa, poco después el cuerpo femenino empieza a tener relevancia social estética por sí mismo. Dicha estética corporal, tan ya determinada socialmente está muy relacionada con el atractivo sexual.

En esta época histórica, poco a poco las mujeres ya no se contentaron con los cordones que ceñían sus camisas y por tanto, subrayaban su busto, de modo que empezaron a agrandar su escote (Von Boehn, 1944, cit. en Toro, 1996). Por otro lado, las "buenas maneras" debían ser y se impusieron sobre todo para la mujer, quien debía comer moderadamente, sin llenar su boca, y tenía que ofrecer los mejores bocados al

hombre. Así, se pone de relieve la desaprobación social por los "excesos alimentarios" en las mujeres.

Durante el siglo XV y XVI, la alimentación y principalmente la dieta sólo era para las clases altas de ricos terratenientes y mercaderes, en donde la realeza sólo se interesaba por las actividades sociales que impone el acto de alimentación y la clase campesina se preocupa por tener lo indispensable para comer. Así, la nobleza era una clase amenazada por la obesidad derivada de los excesos en el comer, la exhuberancia gastronómica y la intoxicación alcohólica. Posteriormente, la dieta se volvió más específica e individualizada, de acuerdo con la edad, género y actividad social, así como por la instancia social que la prescribe.

Del siglo XV al XVIII, la mujer gruesa continuó siendo modélica y la función reproductora proseguía impregnando su imagen social. En esta etapa las caderas fueron un punto crucial en cuanto a moda y atractivo; para esto, las mujeres utilizaban bajo sus faldas almohadillas para resaltar con esto sus caderas. A mediados, del siglo XVII el escote se amplía y se suprimen las telas que lo tapaban, cuello y pecho comienzan a mostrarse totalmente, llegando a ocupar un primer plano en la estética corporal social.

Al iniciarse el siglo XVIII, se inició el auge de la moda marcada por la Francia de Luis XIV, siendo los senos femeninos exhibidos profusamente, también en este siglo se realiza la diferenciación científica definitiva entre varón y hembra (anteriormente se creía que el hombre y la mujer poseían los mismos órganos sexuales), desarrollándose así la noción de sexualidad (Laqueur, 1990, cit. en Toro, 1996). Con respecto a la comida, se comienzan a introducir normas dietéticas y estéticas, ya no sólo se come para satisfacer el hambre sino para cumplir con varios convencionalismos sociales, la preocupación gastronómica conlleva a la reducción de alimentos que se servían y comían. Con esta "civilización del apetito", la imagen del cuerpo ideal también experimentaba transformaciones relevantes, el cuerpo delgado inicia la sustitución del

redondeado como modelo a seguir por las clases superiores, especialmente entre las mujeres.

En esta época Gull y Lasegue constatan la presencia relativamente frecuente de un trastorno denominado anorexia nerviosa o anorexia histérica. En este siglo se tiene la imagen de una "mujer frágil", por lo que se consideraba normal que las adolescentes tuvieran poco apetito o que fueran sumamente caprichosas en sus comidas. Esto debido, a que se ha impuesto culturalmente de una manera implícita una reducción en la ingesta de alimentos, también la sexualidad era un impulso que debía ser controlado por completo. El hambre y el sexo estaban estrechamente relacionados, siendo el apetito un espejo de la impulsividad sexual. Con esto, el patrón estético corporal de la delgadez y los comportamientos favorecedores del adelgazamiento quedaban instaurados. Las motivaciones morales, estéticas y sociales, culturales todas alcanzaban ya una interiorización suficiente.

En el siglo XIX comienza a surgir el "talle de avispa", aunque todavía nalgas, abdomen y muslos siguen ocultas y son exageradas gracias a la vestimenta, como lo eran las nalgas por medio del polizón (armazón metálica y/o almohadillas). En este siglo culmina el desarrollo de los grandes núcleos urbanos y empiezan a tener gran importancia los medios de comunicación, prensa, revistas ilustradas, etc., a la vez que las relaciones sociales ocupan cada vez más a la gente de clase acomodada. Nace en el seno de la sociedad inglesa y francesa más aristocrática un culto por la delgadez, que irá evolucionando hasta dejar atrás los patrones estéticos femeninos de formas redondeadas, ensalzados en las épocas anteriores.

Al iniciarse el siglo XX, la sociedad tomó partido por el cuerpo alargado y delgado, los vestidos se hicieron más ajustados, las señoras se fajaban y las blusas se hicieron más ligeras y transparentes; las faldas estrechas delataban la estructura de las piernas por los cortes laterales; posteriormente, las faldas se acortaron, se utilizaba el corsé con el objetivo de parecer más delgada, los brazos se mostraban desnudos al igual que el inicio de su pecho; un hecho sociológico y psicosocial trascendente es que se habían

empezado a frecuentar las playas y por tanto a exhibir manifiestamente cada vez más las zonas del cuerpo.

En este siglo, la Primera Guerra Mundial provocó cambios radicales, en costumbres, valores y actitudes. La Posguerra determinó la aparición de la falda corta, con lo que las piernas femeninas quedaron al descubierto, esto por razones prácticas, por la dedicación a distintos trabajos y el incremento de las actividades físicas. Los vestidos de los años veinte no revelaban curvas y el cuerpo ideal femenino se aproximaba al de un muchacho; la vestimenta se vuelve similar para ambos sexos, se siguen las líneas rectas, hombros anchos, caderas estrechas, etc. y los medios masivos de comunicación de masas son los principales responsables de la actual difusión y homogeneización de modas y costumbres.

Con la Segunda Guerra Mundial los vestidos se siguen igualando al igual que los roles ocupados en la sociedad. La reducción de los trajes de baño llega hasta los "bikinis", dándose entonces una completa demostración del cuerpo femenino.

Es posible observar que conforme pasaban las épocas, se establece un cambio profundo que lleva a la obligación general de una delgadez extrema y voluntaria, por lo que hay una disminución del peso y de las medidas de pecho y cadera en las mujeres. Esto es dado porque los cambios históricos entrañan transformaciones culturales que acarrear modificaciones en los patrones estéticos corporales. En la sociedad contemporánea se buscaba la creación de la armonía corporal externa, pero se dejaba de lado el desarrollo de la armonía interna, de sentirse bien con su cuerpo, ya que parece que hoy en día es concebido como un aditamento al que hay que tapar, decorar y diseñar para volverlo armónico, pero no para su propio bienestar, sino para estar conforme a ciertos patrones y modas del momento. Hasta las décadas de los 50's y 60's, todavía se tenía derecho a exhibir curvas generosas, con la condición de que estuvieran severamente circunscritas y se sometieran a las exigencias de pierna larga, vientre plano y el pecho alto.

2.4.2. FACTORES SOCIOCULTURALES

Es necesario mencionar, que la cultura de la delgadez y el modelo estético corporal delgado, no serían tan importantes sino estuvieran tan difundidos. Sin embargo, en la sociedad existen diversos factores que perpetúan y mantienen dicho ideal, tales como:

2.4.2.1 INFLUENCIAS SOCIALES.

En la actualidad, dentro de las sociedades occidentales, los medios masivos de comunicación juegan un papel importante en la propagación y asimilación cultural de estereotipos estéticos corporales que surgen de la población general, ya que promueven imágenes estereotipadas, en donde el tener un cuerpo delgado da un cierto estatus a las personas, quienes de no cumplir con estas exigencias son rechazadas por su medio social, empezando con el núcleo familiar y extrapolándose a sus amistades, pareja y en general al medio social que le rodea (Garner, *et. al.* 1980). Mazur (1986, cit. en Garner, 1997) menciona que en el momento actual, al ser los medios de comunicación de masas, compartidos en cuanto a sus contenidos por millones de hombres, tienden a homogeneizar gustos, modas y actitudes, como jamás se había visto en la historia. Esto se puede ver respecto a las imágenes cinematográficas y las fotografías de revistas ilustradas que contribuyen a determinar ese estado de opinión o evolución corporal.

• Televisión

La televisión que es frecuentemente vista a la hora de la comida y del descanso, lanza continuamente mensajes contradictorios que son aceptados totalmente. Por un lado, se observa que la delgadez es fundamental para sentirse y estar bien; mientras que por otro lado, es frecuente encontrar anuncios de imágenes visuales de golosinas, chocolates, confituras altas en calorías y de poco valor nutritivo, esto puede ser constatado con diversos estudios que se han realizado, los que señalan que un 60% de anuncios dirigidos al grupo infantil son sobre productos alimentarios, lo cual se

correlaciona con el número de horas que los niños observan la televisión y la frecuencia con que piden a sus padres esos alimentos (Vera, 1998).

Como una consecuencia de los mensajes emitidos por la televisión, y los ideales de la mujer, se puede encontrar que en general la mayor parte de la sociedad presenta insatisfacción corporal. Tiggemann y Pickering (1996) realizaron un estudio para ver la influencia de la televisión en adolescentes de clase media, encontrando que las mujeres adolescentes se percibían en mayor medida con sobrepeso y con insatisfacción por su imagen corporal. Además se encontró que cierto tipo de programas como películas o series donde se muestra a la mujer con un papel estereotipado y los videos musicales, permiten la comparación con otros tienen influencia en la imagen corporal. Así, la televisión es una forma influyente y predominante de la clase media, especialmente para las adolescentes, que es cuando se presenta la anorexia y bulimia nerviosa.

Un estudio realizado por Stice, Schupack-Neuberg, Shaw y Stein (1994) con 238 estudiantes universitarias, ha demostrado que existe una asociación entre la exposición a los medios de comunicación y ciertas consecuencias negativas. Los resultados indican que por lo menos en las mujeres, la exposición a distintos medios de comunicación promueve una imagen extrema del cuerpo ideal, creando así una insatisfacción por el propio cuerpo que conduce a incrementar la sintomatología de los trastornos alimentarios.

Shaw (1995) estudió la influencia de las imágenes visuales en la población femenina; para ello trabajó con 2 grupos de 24 mujeres, cada uno de los cuales fueron enfrentados a 20 fotografías de adolescentes procedentes de revistas de modas para muchachas de 13 a 17 años, 20 fotografías de adultas obtenidas de revistas para mujeres de más de 18 años y 20 fotografías neutras. Uno de los grupos estaba constituido por adolescentes con una edad media de 14.5 años, el otro por adultas con una edad media de 27.3 años. Las adolescentes respondieron ante los dos tipos de modas con mayor insatisfacción corporal que las adultas. Ambos grupos reaccionaron con más insatisfacción ante los modelos adultos; por otro lado, las adolescentes se

mostraron tanto más insatisfechas con sus cuerpos cuanto mayor era su edad, y por ende su índice de masa corporal.

Por otro lado, Silberstein, Striegel-Moore, Timko y Rodin (1988) estudiaron las características corporales de 221 personas, 139 varones y 82 mujeres, que aparecían regularmente en programas de televisión durante el mes de marzo de 1982. Hallando, que el 69.1% de las mujeres entraba en la categoría de "muy delgadas", lo que sólo sucedía con el 17.5% de los hombres. En cuanto a los obesos, constituían entre el 25.5% de los varones por sólo el 5% de las mujeres. Con respecto al binomio de delgadez/juventud, se encuentra que el 35% de las mujeres tenían menos de 26 años, mientras que sólo el 16% de los varones contaba con edad juvenil.

Asimismo, se ha observado que las mujeres al ser expuestas a imágenes que proyectan modelos delgadas, promedio y gruesas, experimentan un descenso en su autoestima y en su satisfacción corporal después de contemplar a las modelos delgadas (Irving, 1990). También se ha demostrado, que al ser expuestas ante fotografías de modelos delgadas, modelos de cuerpo promedio y fotos controles, la población femenina tiende a reaccionar con depresión, estrés, culpa, vergüenza, inseguridad e insatisfacción ante el propio cuerpo cuando contemplan las modelos delgadas pero no cuando miran otras imágenes (Stice, *et. al.*, 1994). Con esto, se observa que existe una gran influencia de la cultura de la delgadez, que induce a todo el mundo al adelgazamiento o a controlar el peso.

•Mercadotecnia y Publicidad

La mercadotecnia y la publicidad que estimulan la pérdida de peso trae como consecuencia que muchas mujeres, principalmente entre los 14 y 24 años y de clase media y alta, traten de mejorar su apariencia física por medio del uso de diferentes métodos y así incrementar su atractivo, pero a la vez deteriorando su salud, aunque prefiriendo ser siempre delgadas que obesas (Hare, 1987). Aunque Hill (1993),

menciona que la preocupación por el peso y la figura se encuentra incluso en pre-adolescentes de nueve años de edad, que sitúan su peso ideal por debajo de la media.

En un estudio realizado por Martínez, Toro, Salamero, Blecua y Zaragoza (1993) se encontró que alrededor del 65% de una muestra de adolescentes y jóvenes barcelonesas manifestaron su interés por los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento y la obesidad, y el 42% confesaban sentirse atraídas por los libros y artículos de revistas que hablan de calorías.

Mientras que otro estudio realizado en Barcelona por Toro *et al.* (1994) con muchachas adolescentes, el 42% reconoció que llamaban su atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes; el 38% decía lo mismo de los anuncios adelgazantes que aparecen en las revistas y el 31% de los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes. El 40% era capaz de recordar frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes, mientras que los anuncios de productos laxantes llaman la atención al 14%. Finalmente, entre el 30 y el 60% de las adolescentes contactan con la publicidad en cuestión y les causa algún impacto. En esta misma población, el 29% de las muchachas reconocía sentir deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyen o ven anuncios dedicados a ellas; el 35% sentía deseos de utilizar alguna crema adelgazante cuando la ve o la oye anunciada. Y el 40% experimentaban deseos de seguir una dieta adelgazante.

La publicidad de productos adelgazantes se muestra en demasía atractiva, prometiendo un cambio corporal (delgadez) de la noche a la mañana, sin esfuerzo y sin pérdida de tiempo, mostrando en su publicidad diversas imágenes de cuerpos ideales, delgados, atractivos, reiterando e incrementando el arraigo social, su interiorización individual y colectiva, sobre todo en las mujeres. La publicidad habitual de productos adelgazantes suele consistir en mensajes verbales apoyados en reproducciones de muchachas esbeltas y delgadas, dichos mensajes suelen utilizar palabras claves donde se muestran beneficios que los consumidores obtienen de la utilización de este tipo de

productos (Sanders y Baizagette, 1994), dichos beneficios son: a) delgadez, por consiguiente atractivo, b) salud y c) liberación de culpabilidad. Por otro lado, se debe mencionar que aún cuando la mayoría de los anuncios de productos adelgazantes, y comidas "light", entre otros se dirige sobre todo a mujeres; también la publicidad de alimentos "normales" se dirige a éstas, quedando la mujer situada en una posición conflictiva, donde tiene que comer productos alimenticios y productos ligeros, debe mantener (o incrementar) su peso o reducirlo.

Toro, Cervera y Pérez (1989) hicieron un análisis de la publicidad proesbeltez, incluida en las 10 revistas femeninas con más de 100,000 ejemplares editados en España. Observando que 1 de cada 4 anuncios invitaba directa o indirectamente a perder peso. Otro estudio realizado por Andersen y Di-Domenico (1992) analizaron 56 artículos de anuncios relativos a dietas en 10 de las revistas más leídas por el público femenino, la proporción con respecto al número de anuncios en revistas masculinas fue de 10 a 1, aproximadamente la misma proporción en que existen los trastornos de anorexia y bulimia entre ambos géneros.

Es de suponer que los efectos de esta publicidad tienen un peso mayor en las personas con una clara sintomatología de trastorno alimentario. Un estudio de Hamilton y Waller (1993) realizó una comparación de un grupo de 24 pacientes con bulimia y/o anorexia con 24 jóvenes control. Sus resultados mostraron que después de ver una serie de 20 fotografías con imágenes de moda, las chicas con anorexia y/o bulimia sobreestimaban su volumen corporal en un 25% más respecto a las medidas proporcionadas antes de ver las fotografías; mientras que el grupo control no mostró un acuerdo respecto a la sobreestimación significativa. Algunos pacientes señalan el comienzo del vómito autoinducido como método de control de peso, tras la exposición a artículos publicitarios que asocian clase social alta, inteligencia, perfeccionismo, y autodisciplina con el estar en forma (Chiodo y Latimer, 1983; Garner, 1996).

También se han encontrado estadísticas que muestran que al iniciarse la década de los ochenta se calculaba que los americanos gastaban unos 10.000 millones de dólares

en servicios y productos destinados a perder peso (Chernin, 1981, cit. en Tiggemann y Pickering, 1996). Posteriormente, en 1988, los americanos gastaron 74,000 millones de dólares en alimentos dietéticos. Con lo que se ve que a lo largo de la década de los ochenta los americanos doblaron sus gastos en alimentos dietéticos, programas para adelgazar, libros de regímenes alimentarios y consejos para perder peso, alcanzando unos 30,000 millones de dólares (Brownwell, 1991). Esto nos da un indicativo de los cambios que se dan a lo largo de la historia con relación al patrón o estereotipo de belleza que existe, ya que actualmente (iniciando desde los 80's) el cuerpo perfecto es extremadamente delgado y con pocas curvas.

Por otro lado, un estudio realizado por Stice *et al.* (1994) del Departamento de Sociología de la Universidad de Arizona, estudiaron la identificación con su papel sexual, la interiorización del estereotipo del cuerpo ideal, la insatisfacción corporal, y la sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario de 238 jóvenes con una edad promedio de 20 años. Relacionaron estos factores con la cantidad de revistas que habían leído en un cierto período de tiempo. Las revistas se clasificaron de acuerdo a su temática: salud y estar en forma, belleza y moda; espectáculos, artes y chismes. También controlaron la cantidad de horas destinadas a presenciar comedias, dramas o concursos.

El resultado fue principalmente constatar la existencia de una relación directa entre la exposición a los medios de comunicación y la experimentación de sintomatología de trastorno alimentario. Así, se encontró que la observación del cuerpo ideal delgado a través de dichos medios se relacionó con la patología alimentaria, mencionando que incluso los medios de comunicación pueden modelar directamente comportamientos patógenos, por ejemplo ayunar o utilizar laxantes. También se encontró que la relación entre los medios de comunicación y la patología alimentaria estaba mediada por la interiorización de las presiones socioculturales. De hecho, la exposición a los medios de comunicación precedía un incremento de la identificación del papel femenino. Ésta se asociaba con la interiorización del estereotipo del cuerpo

ideal y con el incremento de la insatisfacción corporal, teniendo dicha insatisfacción una estrecha relación con los síntomas del trastorno del comportamiento alimentario.

•MODA EN EL VESTIR.

La difusión de las "modas" también es un factor influyente en la interiorización de un ideal estético, y en la insatisfacción corporal. Actualmente, un cuerpo en extremo delgado y tubular es lo que ejerce influencias decisivas en muchas adolescentes. Un estudio realizado respecto a las características corporales de las modelos de la alta costura inglesa de 1967-1987 ha demostrado que la silueta exigida se fue haciendo cada vez más tubular, con reducción progresiva de busto y caderas e incremento de la altura y cintura. Toro (1996) ha realizado un exhaustivo estudio crítico sobre la publicidad del adelgazamiento, donde encontró que el cuerpo perfecto en la mujer es el cuerpo tubular, esto es, caderas, nalgas, cintura y barriga mínimas, pero eso sí un pecho generoso. Con esto, se puede ver que se debe adelgazar precisamente de aquellas partes que se suelen acomodar más grasa. En el hombre cambia un poco, también tiene que estar delgado pero fuerte y musculoso, sugiriendo que se debe hacer ejercicio, pero la delgadez de muchas modelos se sitúa permanentemente al borde de lo patológico. Algunos autores mencionan que entre el 20% y el 50% de estas muchachas sufren trastornos del comportamiento alimentario.

El cuerpo modélico, aunque vaya dirigido a toda la sociedad, a todas las clases y edades, ha de ser joven, esta juventud de las modelos las sitúa más cerca de las expectativas de las adolescentes, precisamente las más susceptibles a los trastornos alimentarios. Junto a esto, también se encuentran a la venta diversos productos que prometen la delgadez, lo que también influye en la decisión pro-adelgazamiento de las adolescentes.

Se ha de señalar, que el volumen de las caderas es el principal índice de satisfacción o insatisfacción corporal de la mujer occidental actual. A ello, ha contribuido sin duda la llamada moda unisex, ya que ambos sexos deben vestirse de la misma

manera, por lo menos en lo que concierne a las ropas juveniles. La eclosión del fenómeno se ha producido en la década de los ochenta, momento éste en que la sociedad de consumo establece que los cuerpos de todo el mundo han de ser juveniles y de ser posible masculinos. Sin embargo, la delgadez sólo debe ser de cintura hacia abajo y voluptuosidad pectoral. Con esto, se puede analizar la enorme dificultad que encierra conseguir volúmenes significativos, por un lado y áreas deprimidas por el otro, hablando de un mismo cuerpo.

Es preciso concluir, que si las imágenes de los cuerpos actualmente de "moda" pueden influir en todo el mundo, en las personalidades patológicas, que son más hipersensibles. Aún cuando ya se ha visto que los medios de comunicación son importantes en la promoción del ideal de la mujer con un cuerpo tubular.

2.4.2.2 OTRAS VARIABLES ASOCIADAS AL TRASTORNO ALIMENTARIO

La desviación del curso normal del desarrollo físico en las imperfecciones y perfecciones de la apariencia física, genera la retroalimentación social; algunas de estas retroalimentaciones influyen dentro del aspecto de la imagen corporal, aparte de otras variables psicológicas, como la autoestima. En un estudio (Lerner y Jovanovic, 1990) muestran que los niños desarrollan preferencia por la apariencia física a muy temprana edad. Aunado a esto, en la adolescencia se comienza a tener amistades y las primeras salidas con personas del sexo opuesto y tienen la necesidad de agradar (orientación interpersonal) y de seguir los cánones de la moda del momento (patrón de belleza). Asimismo, la baja autoestima corporal y la sobreestimación del tamaño corporal en chicas adolescentes es asociada en una alta frecuencia con la existencia de molestia alrededor del peso y tamaño corporal de otras gentes.

2.4.2.3 FAMILIA

Muchas veces ocurre que la presión social por la esbeltez viene dada por la misma familia, que comenta la importancia de la apariencia delgada, refuerza los

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

comportamientos de dieta y estimula su seguimiento o rechaza el sobrepeso o la obesidad (Thelen y Cornier, 1995). Así, los padres comunican a sus hijos a través de sus comentarios la exigencia de tener un cuerpo ideal, o la importancia que el peso puede tener en la valoración de las personas, los cuales tienen efecto en la autoimagen que su hijo construya. En un estudio realizado por Vázquez y Raich (1998) se encontró que hay una preocupación frecuente por el peso o la forma de cuerpo y un intenso miedo a engordar por parte de los hijos. Encontrando que hay una asociación entre la presión ejercida por los medios de comunicación y el entorno social, el miedo a engordar, la baja autoestima a causa de la apariencia y la insatisfacción de la imagen corporal con los trastornos alimentarios.

2.4.2.4 INFLUENCIA DE LAS RELACIONES SOCIALES

Toro *et al.*, (1994) encontraron que algunos factores que diferencian a las anoréxicas de las no anoréxicas. Por instancia, uno supone a priori que la influencia de amigas que están a dieta o hacen ejercicio para bajar de peso o quienes se preocupan por la talla excesiva de sus caderas y muslos puede constituir un factor significativo de riesgo significativo para la anorexia nerviosa. La publicidad no sólo actúa impactando directamente sobre cada adolescente con quien entra en contacto, su influencia también se ejerce a través del medio social, es decir, de las personas que comparten la influencia publicitaria, "boca-oreja". En una población femenina barcelonesa se constató que un 45% de las chicas encuestadas señalaban que sus amigas y compañeras comentaban los anuncios y productos destinados a adelgazar.

2.4.2.5 ÁMBITO MÉDICO

El ámbito médico también ha contribuido significativamente a extender el descrédito social de la obesidad y el sobrepeso, acentuando motivaciones estéticas del culto a la delgadez. Vanderekyen (1993) habla de las cruzadas médicas contra la gordura, las cuales, están basadas en dos convicciones: a) la grasa no es un tejido útil o protector, sino más bien tejido patógeno y b) las personas pueden controlar su peso

corporal. Estas dos premisas han sido desmentidas en varias revisiones de estudios. Sanders *et al.* (1994), por un lado enumeran las ventajas del sobrepeso, mientras que, Saldaña y Rosell (1988), señalan que el riesgo de enfermedad coronaria aumenta significativamente a partir de un peso que supera el promedio en más de un 20%, mientras existe una mayor tasa de mortalidad por cáncer en las personas cuyo peso corporal está situado un 10-20% por debajo del promedio. Una gran obesidad es peligrosa, sin embargo no es tan evidente la existencia de riesgos significativos en las personas cuyo sobrepeso no es superior a un 30%.

Por otro lado, se observa que desde el punto de vista médico, hay un descenso regular desde 1943 de las normas médicas del "peso ideal" femenino, siendo esta evolución menos intensa en el caso de los hombres. La justificación es la responsabilidad de un exceso de peso en gran número de enfermedades, entre ellas destacan los trastornos cardiovasculares (Guillemot *et al.*, 1994).

2.4.2.6 ACTIVIDAD LABORAL

La actividad laboral donde el control de peso corporal es necesaria para la tarea desempeñada, puede ser considerada como un factor que influye en las personas con respecto a su imagen corporal. Con la inserción de la mujer en el campo laboral, su estilo de vida y sus hábitos alimentarios han cambiado radicalmente, las comidas rápidas son las más ingeridas actualmente, predominando alimentos grasosos y frituras, que han sustituido a la alimentación balanceada. Pero al sustituir los hidratos de carbono por las grasas se ha ocasionado un aumento de peso, contrario a lo que se tiene como ideal (Carter, Bulik, Lawson, Sullivan, y Wilson, 1997).

2.4.2.7 OBESIDAD INFANTIL

Es importante señalar que las personas con una historia de obesidad infantil van a tener mayores alteraciones en la imagen corporal, esto se da porque esa historia tiene repercusiones psicológicas que no se extinguen totalmente con la pérdida de peso. Así,

se puede decir, que entre mayor tiempo de obesidad mayor riesgo de insatisfacción con la imagen corporal, y por tanto, mayor riesgo de distorsión de la imagen corporal (Fernández, Probst, Meerman y Vandereycken, 1994).

Otra variable que contribuye a desarrollar este trastorno es el desarrollo físico y la retroalimentación social, ya que los cambios físicos de la pubertad pueden provocar preocupación inicial acerca de la apariencia física y éstos van a provocar comentarios de las otras personas que influyen en su autoestima. En la etapa de la adolescencia, las mujeres pueden tener un desarrollo distinto al de sus compañeros, menarquía temprana y retardada, accidentes traumáticos ocasionando desfiguraciones corporales o enfermedades, sufrir burlas en la infancia y/o adolescencia y presentar un peso mas alto que los compañeros, siendo que la preocupación por el defecto de su apariencia inicia como resultado de las observaciones de otras personas (Carter, *et. al.*, 1996).

2.4.2.8 NIVEL SOCIOECONÓMICO

Otro factor sociocultural que influye para la presencia del trastorno de la imagen corporal es el nivel socioeconómico en el que está inserta la persona. Crisp, Palmer y Kalucy (1976, cit. en Rivera, 1997) realizaron un estudio donde hallaron que en las escuelas privadas aparecía un nuevo caso de anorexia al año por cada doscientos cincuenta adolescentes, mientras que en las escuelas públicas se producía un nuevo caso por cada trescientos alumnos. Es decir, existían diferencias significativas de incidencia en función de la clase social, ya que las escuelas privadas cuentan con una clientela de nivel económico superior al representado en las escuelas públicas. Otro estudio realizado por Raich, *et. al.* (1991), en donde se evaluó la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes; se encontró que las estudiantes de escuelas privadas tienen mayor alteración de la imagen corporal que las que están insertas en colegios públicos, esto se puede deber a la gran presión social que se ejerce en las clases altas por tener una figura delgada. Se puede decir que existe una marcada preferencia por la esbeltez predominando en las clases socioeconómicamente altas.

En otro estudio realizado en México por Alvarez, López, Mancilla y Ocampo (en prensa) se tuvo como objetivo valorar la presencia de los factores cognitivo-conductuales que evalúa el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) en una muestra de estudiantes de licenciatura y bachillerato, pertenecientes a escuelas públicas y privadas, para esto se utilizó una muestra conformada por 391 estudiantes del sexo femenino de entre 15-30 años, tanto de escuelas particulares (152 de licenciatura y 77 de bachillerato) y públicas (97 de licenciatura y 65 de bachillerato). Dicha muestra se dividió en submuestras denominadas como grupo con sintomatología de trastorno alimentario (n=169) y control (n=263). Dentro de esta submuestra se clasificó un grupo de sintomatología de anorexia, grupo con sintomatología de bulimia, y grupo de sintomatología de anorexia/bulimia. Así, se encontró que el grupo con sintomatología de trastorno alimentario puntuó significativamente más alto en el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI). Con respecto a la Insatisfacción Corporal, se aprecia que las mujeres con sintomatología de anorexia/bulimia y con sintomatología de bulimia mostraron una media más alta en este factor.

Concordando con esto, Roman (1997) señala que la insatisfacción corporal es más característica de personas con sintomatología de trastorno alimentario, en comparación con un grupo control. Muy probablemente esto se deba a que socialmente se tiene la creencia de que el ideal femenino es un cuerpo delgado, para poder ser bello. Por otro lado, de acuerdo al nivel de escolaridad, tipo de institución y presencia de sintomatología del trastorno alimentario, se observa que existen marcadas diferencias entre estudiantes de diversos grados y tipo de instituciones. Se detectó que las estudiantes de bachillerato público con sintomatología se caracterizan por una búsqueda por la delgadez, insatisfacción de su figura corporal, miedo a establecer y mantener relaciones interpersonales duraderas. Mientras que las estudiantes de licenciatura privada con sintomatología reportaron más sentimientos de inseguridad. Cabe señalar, que las estudiantes de licenciatura y bachillerato pública con sintomatología se fijaban metas exageradas en el ámbito personal y académico. Los episodios de sobreingesta estuvieron presentes tanto en las estudiantes de licenciatura privada como pública con sintomatología.

De acuerdo a lo anterior, podría decirse que las estudiantes de bachillerato público con sintomatología de trastorno presentan conductas cognitivas, que de acuerdo a la literatura se relacionan con la anorexia nerviosa, mientras que las estudiantes de licenciatura pública y privada con sintomatología muestran comportamientos que se acercan a los de las bulímicas.

2.4.2.9 DIETA

Por otra parte, la dieta es otro factor importante. El término dieta engloba todo aquel alimento considerado en la ingesta de un individuo, es decir, es todo lo que el individuo come o debiese comer. Existen múltiples modelos de dietas donde se subraya la importancia de una alimentación saludable o balanceada. Sin embargo, este término no presupone necesariamente el entendido de una restricción, omisión o evitación de algún tipo de alimento, lo cual implicaría el uso preciso de una dieta restrictiva y mucho menos entender a la dieta como la evitación en sí misma de la alimentación (Alvarez, 2000).

Durante el siglo XV y XVI, la alimentación y principalmente la dieta sólo era para las clases altas de ricos terratenientes y mercaderes. Posteriormente, la dieta se volvió mas específica e individualizada, de acuerdo con la edad, género, actividad social así como por la instancia social que la prescribe (Guillemot *et al.*, 1994).

En la actualidad, cuando una persona hace una “dieta” con restricción de alimentos tiene como principal función el perder peso, dado por la gran preocupación que existe por éste, lo cual ocasiona que ignore los signos internos de hambre y saciedad. Esto hace reflejar que el individuo tiene una insatisfacción con su propio cuerpo, una baja autoestima y depresión, sirviendo la dieta como una prevención de ésta. Sin embargo, esta conducta de dieta genera consecuencias negativas cuando se establece la anorexia, que es la abstención total o parcial de la ingesta de alimentos; y la bulimia, que es la combinación de periodos de restricción alimentaria con periodos de

sobreingesta y vómito (Fairburn *et al.*, 1986). Además, la dieta y los frecuentes fracasos en las dietas, hacen que la persona tenga una baja autovaloración, un decaimiento biológico, un decremento en la satisfacción corporal y en la motivación para hacer la dieta. Por tal motivo, se debe tener una concepción respecto a la moderna conducta de control y tratamiento del peso, que enfatiza el cambio en la nutrición así como varios componentes de un programa comprensivo de modificación de estilo de vida. Siendo importante que la difusión masiva sobre estas pautas novedosas de alimentación sean acompañadas de una advertencia sobre sus posibles riesgos y complicaciones (Mora *et al.*, 1993).

Numerosas investigaciones señalan que la dieta juega un papel importante en el mantenimiento de la anorexia y la bulimia nerviosa. El intenso miedo a engordar, la sensación de estar en sobrepeso no es infrecuente ni anormal en mujeres sin trastorno alimentario. La práctica de la dieta es un fenómeno endémico en las mujeres jóvenes occidentales. Brownell cita los resultados de una encuesta realizada en Norteamérica en la que se evidenció que un 46% de las mujeres y un 24% de los hombres estaban haciendo dieta en el momento del estudio; mientras que los porcentajes en adolescentes fueron aún más elevados (cit. en Mora y Raich, 1994).

Lo anterior demuestra que la mayoría de las mujeres en nuestra sociedad ha hecho dieta en algún momento de su vida, muchas experimentan episodios alimentarios que consideran incontrolados y casi todas desean estar delgadas independientemente de su peso real. En una muestra universitaria, todas las mujeres desearon un peso corporal inferior, el 86.8% del peso que correspondía por estatura y edad, y un 25% de estas mujeres se sintieron terriblemente gordas, a pesar de las percepciones contrarias de otros. Algunos estudios han investigado la incidencia de la reducción de peso, en estudiantes de preparatoria. Las encuestas señalan que el 63% de las chicas y el 16.2% de los hombres deseaban tener un peso más bajo del que presentaban, aún cuando tuvieran un peso normal de acuerdo a su edad y talla.

Otro estudio demuestra de igual manera que las mujeres desean tener un peso más bajo (80%) y poder mantenerlo así con algunas dietas restrictivas (Jacobovits, Halstead, Kelley, Roe y Youn, 1977, cit. en Zamboni, Armellini, Turcato, Todisco, Gallagher, Grave, Heymsfield y Bosello, 1997). Con esto se puede deducir, que aún cuando no se sabe cual es el factor primordial que provoca el querer tener un cambio de imagen, se puede argumentar que la insatisfacción con la imagen corporal es importante en la decisión de llevar a cabo una dieta (Heatherton y Polivy, 1992). Se ha encontrado que el 81% de mujeres que reportan tener una insatisfacción corporal, comienzan con un régimen de dieta. Con esto, se puede decir que la insatisfacción corporal ha sido considerablemente un fenómeno normativo entre la población femenina occidental. Heatherton (1990, cit. en Heatherton *et al.*, 1992) examinó los aspectos de la insatisfacción con la imagen corporal y la baja autoestima. Encontró que las dietistas y no dietistas seleccionan un ideal de cuerpo similar, aunque la diferencia se atribuye a una relación con la insatisfacción corporal, la apariencia y la baja autoestima; también se encontró, que el sobrepeso no aparece siempre como requisito para la insatisfacción corporal.

Sin embargo, con esto no se puede afirmar que la baja autoestima predice la ocurrencia de la dieta. Otras investigaciones con dietistas restrictivas fundan una correlación entre la dieta y las medidas de neuroticismo (Herman y Polivy, 1980; Ruderman y Grace, 1988, cit. en Carter *et. al.*, 1997), depresión donde se muestra preocupación por el peso, miedo a engordar, realización de dietas, hiperfagia ocasional, uso de laxantes y supresores de hambre o ejercicio intensivo, presentando a la vez una depresión comórbida (Edwards y Nalberg, 1986; Prather y Williamson; 1988; Volkath, Koch y Angstl, 1992, cits. en Tiller. *et. al.*, 1997) y un mal ajuste (Ruderman y Grace, 1988) Asimismo, se menciona que el-estrés contribuye al incremento de conductas de dieta.

2.5. IMAGEN CORPORAL Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Las personas con trastorno alimentario desarrollan creencias acerca de la apariencia física y de las implicaciones en sí mismos que influyen en sus pensamientos, emociones y conductas. Estas creencias negativas del cuerpo (sobreestimación de determinadas partes del cuerpo y la preocupación por la figura), el cuerpo ideal y la figura actual se forman durante la primera adolescencia, cuando la identidad y el desarrollo corporal están cambiando rápidamente, provocan una preocupación inicial acerca de la apariencia física, lo que producirá que los comentarios de las otras personas influyan directamente en su autoestima.

En un estudio realizado por Alvarez, Román, Manriquez y Mancilla (1998) se evaluó la relación entre los trastornos alimentarios y la influencia social del Modelo Estético Corporal y la Insatisfacción con la Imagen Corporal en una muestra de jóvenes mexicanas. Para esto se utilizaron tanto el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (C.I.M.E.C.) y el Cuestionario de Imagen Corporal (B.S.Q.). Así, se detectó que existe una correlación positiva entre la insatisfacción y con la imagen corporal y con la presencia de la sintomatología de trastorno alimentario, así como de éste con la influencia social del modelo estético corporal.

Respecto a la insatisfacción con la Imagen Corporal, se observó que el grupo con sintomatología de trastorno alimentario mostró una puntuación significativamente mayor al grupo control, lo mismo se observó respecto a la influencia social del Modelo Estético Corporal, donde nuevamente aquél obtuvo un puntaje significativamente mayor respecto al grupo control. Concluyen que los trastornos de la imagen corporal son determinantes para un trastorno alimentario, ya que el instrumento aplicado reportó un puntaje significativamente más alto en la muestra con trastorno alimentario. Hecho aún más importante si consideramos que los grupos utilizados en este estudio se encontraban en el periodo crítico de edad para presentar la sintomatología de un

Trastorno Alimentario. Incluso se pudo observar que la insatisfacción con la Imagen Corporal tiene una relación más estrecha con el Trastorno Alimentario, y por lo mismo un mayor valor predictivo que la influencia social del Modelo estético corporal, aunque también mostró estar estrechamente relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria.

De tal forma, que las mujeres con anorexia y bulimia nerviosa suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo, esto es "si no me considero atractiva es que no sirvo para nada". Así, el grado de insatisfacción corporal o autoestima física está asociada con la autoestima en general. Encontrando que las mujeres con estos trastornos tienen una autoestima extremadamente baja y sentimientos de rechazo por ser una persona poco valorable, están más alteradas de su percepción y su valoración corporal, sobre todo en aquéllas que tienen una autoestima más negativa, tienen mucho miedo a ser rechazadas o despreciadas. Por lo que las jóvenes pueden adoptar el punto de vista de que todo su valor depende de tener un cuerpo perfecto (Cooper et al., 1988).

Fernández *et al.* (1994) llevaron a cabo un estudio con la finalidad de determinar la relación entre la forma percibida (imagen cognitiva), forma ideal (imagen optativa) y la insatisfacción corporal; encontrando que la distorsión de la imagen corporal es más significativa en el aspecto afectivo, que en el perceptual, tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa. Además, se encontró que en pacientes anoréxicas el 52% se veían con bajo peso, el 15% se sobrestimaban y el 33% tenían una percepción corporal exacta. En las bulímicas el 45% se veía con bajo peso, el 35% se sobrestimaba y el 2% fueron exactas. En cuanto, a la estimación del tamaño del cuerpo ideal hubo diferencias significativas, las anoréxicas se percibían más gordas de lo que eran realmente (23.8%) y el 33.3% de ellas estimaron su tamaño corporal correspondiente a su tamaño actual. Así, las bulímicas de esta muestra presentaron mayor dificultad para aceptar su tamaño corporal en comparación con las otras y presentaron mayor insatisfacción corporal.

Slade *et al.* (1994) señalan que las personas con trastorno alimentario tienen una imagen corporal incierta, inestable y débil, esto sugiere que es posible alterarla directamente. Por tanto, de los diferentes estudios sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación se pueden extraer las siguientes conclusiones:

a) La tendencia a la sobreestimación del tamaño corporal no es debida a fallos perceptivos, sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada (Raich, 1994).

b) Esta misma tendencia conlleva una mayor gravedad del cuadro y peor pronóstico (Slade, 1985; Toro *et al.*, 1987).

c) La sobreestimación del tamaño corporal no es exclusiva de los trastornos alimentarios, sino que también aparece en otros colectivos como en personas obesas adolescentes (León y Dinkagle, 1983), mujeres de la población en general (Casper, Halmi, Goldberg, Eckert y Davis, 1979, cit. en Garner, 1997) y en accidentados con desfiguraciones físicas (Damlouji y Ferguson, 1985, cit. en Garner, 1997).

2.5.1 IMAGEN CORPORAL Y ANOREXIA NERVIOSA

Se dice que la anorexia nerviosa está determinada por la presión social y una historia de obesidad, dando como consecuencia la presencia de una alteración en la actitud hacia el peso y forma corporal. Esta actitud ha sido descrita como la "búsqueda de la delgadez", fobia al peso y/o miedo a la gordura, tendiendo a sobreestimar el tamaño de sus cuerpos y en concreto su anchura (Hsu *et al.*, 1993). Presentan un "perfeccionismo" donde es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo, lo que refuerza la sensación de inseguridad porque exige no fallar, cuando las anoréxicas logran alcanzar este control corporal se sienten poderosas manipulando su peso corporal, lo que compensa las sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar. Cuando la paciente ha instaurado ya el

trastorno puede estar mucho más sensibilizada y receptiva a los factores ambientales, favoreciendo una mayor interiorización de los mismos.

Toro *et al.* (1994) encontraron que la influencia de factores socioculturales en la anorexia nerviosa es evidente, dentro de estos factores se centra la estética de una mujer delgada, prevaleciente principalmente en el mundo occidental de la actualidad. Mientras que en un estudio realizado por Fernández *et al.* (1994) se comprobó la influencia de una confrontación a través de un video en pacientes anoréxicas, encontrando que su aplicación por corto tiempo puede cambiar la imagen corporal subjetiva de una paciente con este trastorno. El hecho de que la paciente vea su cuerpo más delgado que antes va a inducirla a una visión más realista de su cuerpo emaciado, es decir, que hará que cambie su negación de la enfermedad.

En tanto que Leon *et al.* (1985) realizaron un estudio donde evaluaron el significado de la actitud sexual, del cuerpo y otros factores de personalidad y sociales en la anorexia nerviosa. Así, encontraron que en cuanto a la evaluación de la escala del cuerpo mostraron diferencias significativas en los grupos y los efectos del tratamiento. Así, las personas con peso relativamente ligero del grupo de anoréxicas-bulímicas reportaron en la evaluación inicial un gran deseo por continuar perdiendo peso en comparación con el subgrupo restrictivo. Una relativa gran proporción de las pacientes anoréxicas-bulímicas indicaron un gran desagrado con la idea de ganar 5 kilos en comparación con las restrictivas. Al final del tratamiento, una proporción significativa del grupo total de anoréxicas opinaron que el ganar peso es desagradable.

Toro *et al.* (1994) evaluaron la influencia del Modelo Estético en una población de anoréxicas españolas, sus resultados los llevaron a señalar una posible causalidad entre la anorexia y las influencias socioculturales. Asimismo, se ha relacionado estrechamente a la anorexia tanto con la insatisfacción como con la distorsión de la imagen corporal (Hsu *et al.*, 1993, Zelliner, Harner y Adler, 1989). Gordon (1990, cit. en Fernández *et al.*, 1994) di a conocer la existencia de un grupo de pacientes anoréxicas que desarrollaron sus síntomas tras la divulgación de un programa documental

dedicado a los trastornos del comportamiento alimentario; mientras que otras dos anoréxicas mencionaron que el inicio de su trastorno se produjo a consecuencia de haber oído por radio un programa dedicado a la anorexia nerviosa.

2.5.2 IMAGEN CORPORAL Y BULIMIA NERVIOSA

Por otra parte, en los casos de bulimia nerviosa se presenta una distorsión de la imagen corporal y una alta motivación para adelgazar, además de tener una mayor tendencia a mostrar una baja autoestima a causa de su apariencia. Presentan un factor predominante de "inefectividad", ya que cuando fallan en el intento por mantener el control sobre sus cuerpos hace que manifiesten sentimientos de inutilidad. Esto puede ocurrir por la distorsión cognitiva y conductual asociada con el inicio de control, el miedo, el sentimiento de culpabilidad y disgusto con ellas mismas durante el episodio de la "parranda". El control de peso con una dieta extrema y con vómitos contribuye al establecimiento y/o mantenimiento del ciclo de atracón-purga en la bulimia nerviosa. Fairburn y Garner (1988) acertaron que en los trastornos alimentarios también contribuye la forma corporal.

Entre las adolescentes en general, la insatisfacción corporal está asociada con varias problemáticas de las actitudes alimentarias, incluyendo hábitos como la falta de control sobre la comida, dietas restrictivas, atracones y purgas (Kiemle, Slade y Dawey, 1987; Striegel-Moore, McAvay y Yodin, 1986, *cits. en Crowther et al., 1992*). La insatisfacción corporal puede ser un buen predictor para la bulimia nerviosa en chicas adolescentes junto con la autoestima, depresión y ansiedad social combinadas. Entre las mujeres con bulimia nerviosa, la severidad de las dietas se correlacionó con la insatisfacción corporal (Post y Crowther, 1987; Ruderman y Grace, 1988, *cits. en Slade et al., 1994*).

En un estudio prospectivo, el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) fue administrado a estudiantes de ballet que fueron evaluadas 2 años después de los trastornos alimentarios, entre las ocho escalas, solamente la Insatisfacción Corporal y el

manejo de pensamientos fueron predictores individuales significativos de los síntomas de los trastornos alimentarios (Garner *et al.*, 1987). Otros estudios relevantes, utilizaron medidas de insatisfacción corporal como: percibirse atractiva, perfeccionismo, ineffectividad, estrés, competitividad, y peso corporal como variables independientes que son predictoras del incremento del atracón, dieta, purga entre las estudiantes que inician y terminan el primer año de Universidad.

En un estudio realizado por Román, Mancilla, Alvarez y López, (1998) se evaluó la asociación entre los trastornos alimentarios y la insatisfacción con la imagen corporal, así como determinar las diferencias entre grupos con sintomatología de anorexia, de bulimia y gente sin sintomatología de trastorno alimentario, con base a la insatisfacción corporal. Para esto se tuvo una muestra de 519 alumnas universitarias con un rango de edad de 15 a 26 años, a las cuales se les aplicaron cuatro instrumentos, CIMEC (Cuestionario de Influencia sobre el Modelo Estético Corporal), BSQ (Cuestionario de la Imagen Corporal), EAT (Test de Actitudes hacia la Alimentación) y BULIT (Test de Bulimia). Encontrando que, las personas con sintomatología de trastorno alimentario tienen mayor insatisfacción con su imagen corporal que aquellas personas que no la presentan. El grupo con cualquier tipo de trastorno alimentario presentó mayor temor a engordar, así como una mayor preocupación por llevar dietas con la finalidad de perder peso, también se encontró de acuerdo al BSQ, que estas personas tienden a ser más receptivas a los mensajes de los medios masivos de comunicación, a la vez que son sensibles a la presión constante que ejercen sobre ellas sus ambientes familiares y sociales.

También se encontró, que las mujeres anoréxicas y bulímicas se encuentran más insatisfechas con su imagen corporal y se preocupan más por los alimentos que consumen a diferencia del grupo control. Particularmente, en las bulímicas hay una mayor tendencia a mostrar una baja autoestima, provocada por la no aceptación de su apariencia y su deseo constante de perder peso, seguidas del grupo de anoréxicas. Con lo anterior, se puede afirmar que las anoréxicas y las bulímicas a diferencia del

grupo control tienen una mayor insatisfacción con su imagen y son más susceptibles a la influencia de la propaganda que prescribe un ideal de figura delgada.

Los métodos para controlar el peso; tales como el vómito, se han convertido en acciones comunes entre las adolescentes. En investigaciones previas, encontramos que el 10.6% de las chicas de 15 años vomitaron para controlar su peso con el 8.3% que usaban pastillas dietéticas y el 6.8% empleaban laxantes (Killer, 1986). Sin embargo, hay varios adolescentes que no cumplen con todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, convirtiéndose en grupos sintomáticos. En un estudio realizado por Killen *et al.* (1994), que tuvo como objetivo examinar los factores de riesgo para los síntomas de trastornos alimentarios en una población definida de chicas de sexto y séptimo grados, se trabajó de 967 chicas de los grados ya mencionados.

Para determinar quienes serían la población de chicas sintomáticas se utilizaron los siguientes criterios: a) Experiencias de episodios recurrentes de parrandas alimenticias; b) uso regular de laxantes, diuréticos o vómitos para prevenir el aumento de peso, y c) tener al menos uno de los dos siguientes síntomas característicos: sentimientos de falta de control sobre la comida durante la parranda, preocupación persistente por el peso y la imagen corporal. Con esto, se encontró que las chicas sintomáticas se reportaron como más avanzadas en su desarrollo, y se percibían como obesas o más grandes corporalmente, que las chicas asintomáticas; en cuanto a síntomas de depresión las chicas sintomáticas puntuaron más alto que las chicas asintomáticas. En cuanto a las mediciones antropométricas, las chicas asintomáticas fueron significativamente más gruesas que sus contrapartes.

Así, se puede concluir que, como lo ha mencionado Striegel-Moore, Silberstein y Rodin (1986), el desarrollo puberal puede crear un problema para las chicas. Un tipo de cuerpo delgado ha venido adoptándose como el ideal cultural para las mujeres y el esfuerzo para mantener o conseguir este ideal puede crear muchas dificultades con el peso asociadas con la edad de la pubertad. Las chicas sintomáticas reportaron gran insatisfacción corporal y un incremento en el deseo de conseguir la delgadez. Las

puntuaciones en deseo de delgadez y en insatisfacción corporal de las chicas sintomáticas fueron similares a las puntuaciones de los pacientes anoréxicos que participaron en los estudios iniciales de la validación del EDI. Además, las chicas que manifestaron síntomas reportaron fuertes sentimientos de inadecuación e inutilidad personal y fueron menos seguras acerca de su habilidad para reconocer sentimientos.

Se ha visto que en individuos sin trastorno alimentario también se dan alteraciones en la imagen corporal, tanto en forma de insatisfacción corporal (con el cuerpo en general o con los aspectos de éste) o en forma de imprecisión perceptual (particularmente sobreestimación). Todos aquellos grupos que por circunstancias diversas han experimentado cambios corporales (embarazadas, obesos, adolescentes) o donde por motivos profesionales se imponen unos estándares de peso bajo (modelos, bailarinas, determinados deportistas) son poblaciones en riesgo de trastorno alimentario y muestran mayores alteraciones de la imagen corporal.

Nylander (1977) propuso la hipótesis de la continuidad cuando descubrió que la mayoría de las mujeres estudiantes de su muestra se consideraron gordas, y cerca de un 10% presentaron por lo menos tres síntomas de trastorno alimentario en conexión con la pérdida de peso. Este mismo autor aseveró que entre dieta y método drástico de control de peso, existe una continuidad que covaría con la severidad del trastorno alimentario. Mintz y Betz (1998) tomaron una muestra de 682 universitarias de las que eliminaron a las obesas y a las anoréxicas, del resto sólo el 3% fueron identificadas como bulímicas. Sólo un 33% de los sujetos manifestaron hábitos alimentarios sanos y un 61% tuvo algún tipo de alteración alimentaria: dieta crónica, episodios bulímicos, métodos de reducción de peso sin hiperfagia, o bulimia subclínica. Parece ser que lo normativo en estudiantes es una conducta alimentaria no saludable.

Por otro lado, se administró un cuestionario para medir adherencia a los estándares estéticos occidentales, encontrando que existe continuidad en términos de patología alimentaria, autoestima, alteraciones de la imagen corporal y adherencia al

modelo estético corporal. Este resultado argumenta la importancia y relación de las alteraciones en la Imagen Corporal al trastorno alimentario.

Lo anterior demuestra la importancia y relación de las alteraciones en la imagen corporal al trastorno alimentario. Muy probablemente estas alteraciones son promovidas por el énfasis sociocultural en el bajo peso, al cual se adhieren la mayoría de las mujeres inmersas en nuestra cultura, llegando a afectar negativamente la autoestima y la forma o estilo de vida de estas personas.

OBJETIVO

Evaluar la relación entre la sintomatología de los trastornos alimentarios y dos variables: la influencia del modelo estético corporal y la insatisfacción con la imagen corporal.

modelo estético corporal. Este resultado argumenta la importancia y relación de las alteraciones en la Imagen Corporal al trastorno alimentario.

Lo anterior demuestra la importancia y relación de las alteraciones en la imagen corporal al trastorno alimentario. Muy probablemente estas alteraciones son promovidas por el énfasis sociocultural en el bajo peso, al cual se adhieren la mayoría de las mujeres inmersas en nuestra cultura, llegando a afectar negativamente la autoestima y la forma o estilo de vida de estas personas.

OBJETIVO

Evaluar la relación entre la sintomatología de los trastornos alimentarios y dos variables: la influencia del modelo estético corporal y la insatisfacción con la imagen corporal.

MÉTODO

MUESTRA:

La muestra fue no probabilística de tipo intencional, constituida por 1000 mujeres, con un rango de edad de 15 a 29 años, pertenecientes a instituciones educativas estatales (n= 561) e instituciones educativas privadas (n= 439).

INSTRUMENTOS:

Para determinar y por tanto diagnosticar si una persona sufre una sintomatología de trastorno alimentario, debe llevarse a cabo una evaluación de sus actitudes alimentarias, así como de los factores psicológicos implicados en éstas. Son varios los procedimientos e instrumentos de evaluación empleados para la detección y diagnóstico del trastorno alimentario. Sin embargo, los más utilizados son la entrevista y los autoinformes (tests).

•B.U.L.I.T. (Test de Bulimia Nerviosa).

El autoinforme que se utilizó para la detección de sintomatología de la bulimia nerviosa es el B.U.L.I.T. (Bulimia Test de Smith y Thelen, 1984), el cual es un cuestionario de auto-reporte de 36 ítems, bajo una escala bipolar de cinco opciones, diseñado y validado originalmente con población estadounidense de habla inglesa.

Respecto a su validación para población mexicana, Alvarez (2000) propone tres factores, los cuales son: 1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación; 2) Sentimientos negativos después de la sobreingesta; y 3) Conductas compensatorias.

•**Test de Actitudes Alimentarias. (E.A.T.)**

Para determinar y diagnosticar la presencia de sintomatología de anorexia nerviosa se aplicó el E.A.T.-40 (Test de actitudes hacia la alimentación) elaborado por Garner y Garfinkel (1979). Es un instrumento de autoreporte que consta de 40 ítems, bajo una escala bipolar de seis opciones. La validación para México de dicho autoinforme (E.A.T.) fue realizada por Alvarez (2000), proponiendo siete factores: 1) Motivación para adelgazar, 2) Evitación de alimentos engordantes, 3) Preocupación por la comida; 4) Presión social percibida, 5) Obsesiones y compulsiones, 6) Patrones y estilos alimentarios; y 7) Conductas compensatorias.

•**C.I.M.E.C. (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal)**

El C.I.M.E.C. (Toro et al., 1994) analiza la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal. Consta de 40 preguntas bajo una escala bipolar de tres opciones. Evalúa cinco factores: 1) malestar por la imagen corporal, 2) influencia de la publicidad, 3) influencia de mensajes verbales, 4) influencia de modelos sociales, y 5) influencia de situaciones sociales.

•**B.S.Q. (Cuestionario de la Imagen Corporal).**

Para evaluar la insatisfacción corporal se empleó el B.S.Q. (Body Shape Questionnaire o Cuestionario de la Imagen Corporal) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Es una medida de autoinforme de la insatisfacción y la preocupación corporal. Consta de 34 ítems bajo una escala bipolar de seis opciones. Mide tres factores que son: 1) Insatisfacción corporal; 2) Miedo a engordar; y 3) Sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y deseo de perder peso.

PROCEDIMIENTO:

Se realizó la aplicación del E.A.T., B.U.L.I.T., B.S.Q y C.I.M.E.C. a las 1000 mujeres que conforman la población. Posteriormente, se realizó una selección de los sujetos a lo interno de tres grupos, con base en los puntos de corte del EAT 40 (≥ 30 , Garner y Garfinkel, 1979) y del BULIT (≥ 102 , Smith y Thelen, 1984).

DISEÑO DE ANÁLISIS DE DATOS

- A) Inicialmente se dividió a la muestra total ($n= 1000$) de acuerdo al tipo de institución educativa de procedencia (Institución pública vs. Institución privada), a los cuales se comparó entre sí respecto al BSQ y CIMEC, por medio de una prueba t de Student.

- B) Se realizó el mismo tipo de comparación respecto al BSQ y el CIMEC, pero en este caso sólo se dividió a la muestra total con base a dos rangos de edad (15-19 años vs. 20-29 años).

- C) Para esta comparación, se dividió a la población total en cuatro grupos, considerando la intersección entre las variables: Tipo de institución y Rangos de edad; se empleo un análisis ANOVA para un factor y la prueba de post-hoc de Duncan para determinar si existían diferencias significativas entre los grupos en cuanto al BSQ y el CIMEC.

- D) Posteriormente, se realizó el mismo tipo de comparación respecto al BSQ y el CIMEC, pero con tres grupos que se extrajeron de la muestra total. Estos grupos se establecieron con base en las puntuaciones totales del EAT y BULIT, quedando de la siguiente forma:

- 1) Grupo con Sintomatología del Trastorno Alimentario (n= 146), con aquellos que rebasaron alguno de los puntos de corte del EAT (≥ 30) y/o BULIT (≥ 102).
- 2) Grupo con Riesgo (n= 84), con aquellos que si bien no rebasaron el punto de corte de dichos instrumentos, presentaban un puntaje ≥ 21 en el EAT y/o ≥ 88 en el BULIT.
- 3) Grupo Control (n=123), se conformó seleccionando de manera aleatoria entre todos aquellos que presentaron un puntaje < 21 en el EAT y < 88 en el BULIT.

E) Nuevamente se comparó entre tres grupos en cuanto al BSQ y el CIMEC, sin embargo, estos grupos fueron extraídos con base al EAT y el BULIT pero de manera individual. También se emplearon un análisis ANOVA para un factor y la prueba de Duncan. Los criterios de agrupación fueron los siguientes:

- 1) Grupo con Sintomatología de Anorexia (n= 68), con aquellos que rebasaron el punto de corte del EAT (≥ 30).
- 2) Grupo con Sintomatología de Bulimia (n= 78), con aquellos que rebasaron el punto de corte del BULIT (≥ 102).
- 3) Grupo Control (n= 85), se conformó seleccionando de manera aleatoria entre todos aquellos que presentaron un puntaje < 21 en el EAT y < 88 en el BULIT.

F) Finalmente, se calcularon los coeficientes de correlación (r de Pearson), respecto a dos vertientes:

- 1) El total del BSQ y sus factores con las puntuaciones totales en el EAT y el BULIT, así como sus respectivos factores de acuerdo con Alvarez (2000).
- 2) El total del CIMEC y sus factores con las puntuaciones totales en el EAT y el BULIT, así como sus respectivos factores de acuerdo con Alvarez (2000).

RESULTADOS

De acuerdo al BSQ, que evalúa la imagen corporal, se encuentran diferencias significativas entre las jóvenes pertenecientes a escuelas públicas y el grupo de escuelas privadas (Tabla 1). Este último grupo puntuó significativamente más alto en el puntaje total de este cuestionario y cada uno de sus factores: F1B= Insatisfacción corporal, F2B= Miedo a engordar y F3B= Sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y el deseo de perder peso. Por otro lado, se encontró la misma tendencia en la puntuación total del EAT y del BULIT, es decir, el grupo perteneciente a escuelas privadas puntuaron más alto en comparación con las chicas que pertenecen a escuelas públicas, así se puede decir que las jóvenes de instituciones privadas presentaron significativamente mayor sintomatología de trastorno alimentario, tanto de tipo anoréxico como bulímico.

Tabla 1

INSTITUCION	F1B	F2B	F3B	TOTAL BSQ	TOTAL EAT	TOTAL BULIT
ESC. PUBLICA (n= 561)	X= 29.66 DS= 9.49 ES= 0.41	X= 18.26 DS= 6.97 ES= 0.30	X= 30.34 DS= 11.99 ES= 0.52	X= 76.22 DS= 25.45 ES= 1.10	X= 14.84 DS= 8.09 ES= 0.35	X= 64.66 DS= 13.55 ES= 0.58
ESC. PRIVADA (n=439)	X= 33.07 DS= 20.41 ES= 0.52	X= 20.41 DS= 7.57 ES= 0.34	X= 32.89 DS= 13.18 ES= 0.59	X= 84.76 DS= 30.04 ES= 1.35	X= 16.61 DS= 9.40 ES= 0.42	X= 74.73 DS= 20.11 ES= 0.91
Valor de T	5.17 **	4.73 **	3.24 *	4.93 **	3.25 *	9.48 **

Tabla 1. Puntuaciones promedio, desviación estándar y error promedio de las puntuaciones de los grupos de escuela privadas y escuela públicas. * p ≤ .001 ** p ≤ .0001

Con esto, se puede decir que las personas que pertenecen a escuelas privadas, y por ende, se encuentran inmersas en un estatus socioeconómico alto, sufren de una mayor insatisfacción corporal, miedo a engordar y sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia física, siendo éste un parámetro o predictor de la adquisición o mantenimiento de algún tipo de trastorno alimentario, esto en comparación con las

jóvenes que pertenecen a una clase socioeconómica media o baja.

Con respecto a la puntuación total del CIMEC que evalúa el Modelo Estético Corporal (ver tabla 2), se observa que existen diferencias significativas entre el grupo perteneciente a escuelas privadas y el de escuelas públicas, siendo los miembros del primer grupo quienes puntuaron más alto en el total del CIMEC y cada uno de sus factores (F1C= Malestar por la imagen corporal, F2C= Influencia de la publicidad, F3C= Influencia de los mensajes verbales, F4C= Influencia de los modelos sociales y F5C= Influencia de las situaciones sociales), esto en comparación con las chicas pertenecientes a escuelas públicas.

TABLA 2

INSTITUCION	F1C	F2C	F3C	F4C	F5C	TOTAL CIMEC
ESC. PUBLICA (n= 561)	X= 5.46 DS= 3.82 ES= 0.16	X= 2.86 DS= 3.32 ES= 0.14	X= 2.12 DS= 1.51 ES= 0.06	X= 3.25 DS= 1.43 ES= 0.06	X= 1.73 DS= 1.22 ES= 0.05	X= 24.51 DS= 12.02 ES= 0.51
ESC. PRIVADA (n=439)	X= 7.23 DS= 4.45 ES= 0.20	X= 4.88 DS= 4.75 ES= 0.21	X= 2.47 DS= 1.79 ES= 0.08	X= 3.58 DS= 1.77 ES= 0.08	X= 2.20 DS= 1.58 ES= 0.07	X= 32.13 DS= 18.01 ES= 0.81
Valor de T	6.84 .0001	7.96 .0001	3.41 .001	3.33 .001	5.46 .0001	8.03 .0001

Tabla 2. Puntuaciones promedio, desviación estándar y error promedio de las puntuaciones de los grupos de escuelas públicas y escuelas privadas, con relación al total del CIMEC y cada uno de sus factores.
 $p \leq .001$ ** $p \leq .0001$

Concluyendo con esto, que aún cuando son leves las diferencias entre los tipos de escuela y por ende entre las clases sociales, las mujeres o adolescentes pertenecientes a un estatus socioeconómico alto, son más susceptibles a la influencia del modelo estético corporal, y todo lo que este encierra es decir a la influencia de la sociedad, de la publicidad, de los modelos sociales, generando con esto algún tipo de conducta que restrinja la ingestión de calorías, siendo la conducta más común la dieta restrictiva, y posteriormente, algún otro tipo de conductas que pueden llevar a la adquisición de algún tipo de trastorno alimentario.

Sin embargo, se puede observar, que en la población en general de las chicas con un rango de edad de entre 15-19 años no presentaron diferencias significativas con el grupo de 20-29 años en el BSQ o el CIMEC (ver tablas 3 y 4).

TABLA 3

RANGO EDAD	F1B	F2B	F3B	TOTAL BSQ
15-19 AÑOS (n= 632)	X= 31.42 DS= 10.93 ES= 0.44	X= 19.52 DS= 7.55 ES= 0.30	X= 31.62 DS= 12.80 ES= 0.51	X= 80.68 DS= 28.62 ES= 1.15
20-29 AÑOS (n= 368)	X= 31.08 DS= 10.32 ES= 0.51	X= 18.94 DS= 6.48 ES= 0.35	X= 31.46 DS= 12.40 ES= 0.61	X= 79.73 DS= 27.19 ES= 1.35
Valor de t	0.50 n/s	1.24 n/s	0.19 n/s	0.53 n/s

Tabla 3. Puntuaciones promedio, desviación estándar y error promedio de los grupos en función de la edad, con relación al total del BSQ y cada uno de sus factores.

TABLA 4

RANGO EDAD	F1C	F2C	F3C	F4C	F5C	TOTAL CIMEC
15-19 AÑOS (n= 632)	X= 6.29 DS= 4.11 ES= 0.16	X= 3.79 DS= 4.03 ES= 0.16	X= 2.29 DS= 1.62 ES= 0.06	X= 3.38 DS= 1.59 ES= 0.06	X= 1.97 DS= 1.41 ES= 0.06	X= 28.21 DS= 15.00 ES= 0.90
20-29 AÑOS (n= 368)	X= 6.33 DS= 4.39 ES= 0.22	X= 3.88 DS= 4.41 ES= 0.22	X= 2.27 DS= 1.71 ES= 0.08	X= 3.45 DS= 1.64 ES= 0.08	X= 1.94 DS= 1.44 ES= 0.07	X= 28.08 DS= 16.61 ES= 0.82
Valor de t	0.14 n/s	0.35 n/s	0.14 n/s	0.68 n/s	0.33 n/s	0.13 n/s

Tabla 4. Puntuaciones promedio, desviación estándar y error promedio de los grupos en función de la edad, con relación al total del CIMEC y cada uno de sus factores.

De acuerdo a la tabla 5 se observó de nueva cuenta que en el puntaje total del BSQ y en cada uno de sus factores, el grupo IV perteneciente a escuelas privadas con un rango de edad de 20-29 años y el grupo II del mismo tipo de escuela pero con

edades de entre 15 a 19 años, puntuaron significativamente más alto en comparación a los otros dos grupos, es decir grupo I (escuela pública con edad de 15-19 años) y grupo III (escuela pública con rango de edad de 20-29 años). Lo mismo se observó con relación a los puntajes obtenidos en el EAT y el BULIT. Por tanto, se puede decir que ambos grupos de instituciones privadas -independientemente de la edad- presentaron mayor insatisfacción corporal, miedo a engordar y sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y el deseo de perder peso; asimismo, mayor sintomatología de trastorno alimentario, tanto de tipo anoréxico como bulímico.

TABLA 5

GRUPOS	F1B	F2B	F3B	TOTAL BSQ	TOTAL EAT	TOTAL BULIT
Esc. Pública 15-19 años I (n= 240)	X= 29.64 DS= 9.33 ES= 0.54	X= 18.57 DS= 7.23 ES= 0.42	X= 30.33 DS= 11.84 ES= 0.69	X= 76.47 DS= 25.34 ES= 1.47	X= 14.72 DS= 6.60 ES= 0.50	X= 64.85 DS= 13.28 ES= 0.77
Esc. Privada 15-19 años II (n= 170)	X= 33.04 DS= 11.98 ES= 0.66	X= 20.39 DS= 7.77 ES= 0.43	X= 32.78 DS= 13.52 ES= 0.75	X= 84.89 DS= 30.84 ES= 1.71	X= 16.73 DS= 9.05 ES= 0.50	X= 72.10 DS= 17.75 ES= 0.98
Esc. Pública 20-29 años III (n= 321)	X= 29.68 DS= 9.70 ES= 0.62	X= 17.89 DS= 6.64 ES= 0.43	X= 30.35 DS= 12.21 ES= 0.79	X= 75.90 DS= 25.63 ES= 1.65	X= 14.98 DS= 7.45 ES= 0.48	X= 64.44 DS= 13.89 ES= 0.89
Esc. Privada 20-29 años IV (n= 198)	X= 33.13 DS= 10.85 ES= 0.84	X= 20.46 DS= 7.19 ES= 0.56	X= 33.08 DS= 12.53 ES= 0.97	X= 85.29 DS= 28.49 ES= 2.21	X= 16.37 DS= 6.08 ES= 0.78	X= 79.88 DS= 23.28 ES= 1.81
Valor de F	8.91 **	7.85 **	3.52 *	8.15 **	3.61 *	38.43 **
Prueba Duncan	4, 2 VS 1, 3	4, 2 VS 3, 1	4, 2 VS 1, 3	4, 2 VS 1, 3	2, 4 VS 1, 3	4, 2 VS 1, 3

Tabla 5. Puntuaciones promedio, desviación estándar y error de los grupos: Esc. Pública con edad de 15-19 años (I), Esc. Privada de 15-19 años (II), Esc. Pública de 20-29 años (III) y Esc. Privada de 20-29 años de edad.

* $p \leq .05$ ** $p \leq .0001$

Con respecto al cuestionario del CIMEC que evalúa el Modelo Estético Corporal, se encontró que en el puntaje total y sus factores de este cuestionario, los grupos IV y II (ambos de instituciones privadas) obtuvieron puntuaciones significativamente mayores a las de los otros dos grupos de instituciones públicas, esto independientemente de la edad (tabla 6). Por tanto, las jóvenes de instituciones educativas privadas reportaron un mayor malestar con su imagen corporal, mayor influencia de la publicidad, de los mensajes verbales, así como de los modelos y situaciones sociales.

TABLA 6

GRUPOS	F1C	F2C	F3C	F4C	F5C	TOTAL CIMEC
Esc. Pública 15-19 años I (n= 240)	X= 5.38 DS= 3.67 ES= 0.21	X= 2.79 DS= 3.22 ES= 0.19	X=2.11 DS=1.47 ES= 0.08	X= 3.26 DS= 1.41 ES=0.08	X= 1.73 DS= 1.22 ES=0.07	X= 24.60 DS= 11.69 ES=0.68
Esc. Privada 15-19 años II (n= 170)	X=7.12 DS= 4.32 ES= 0.24	X= 4.68 DS=4.47 ES= 0.25	X= 2.45 DS= 1.74 ES= 0.10	X= 3.49 DS= 1.74 ES= 0.10	X= 2.18 DS= 1.53 ES= 0.08	X= 31.48 DS= 16.82 ES= 0.93
Esc. Pública 20-29 años III (n= 321)	X= 5.56 DS= 3.99 ES= 0.26	X= 2.12 DS= 1.56 ES= 0.10	X= 2.12 DS= 1.56 ES= 0.10	X= 3.23 DS= 1.46 ES= 0.09	X= 1.72 DS=1.22 ES= 0.08	X= 24.41 DS=12.43 ES= 0.80
Esc. Privada 20-29 años IV (n= 198)	X= 7.44 DS= 4.71 ES= 0.37	X= 5.25 DS= 5.25 ES= 0.41	X= 2.51 DS= 1.89 ES= 0.15	X= 3.77 DS= 1.83 ES= 0.14	X= 2.25 DS= 1.66 ES= 0.13	X= 33.40 DS= 20.14 ES= 1.56
Valor de F	15.91 **	21.87 **	3.93 *	4.86 .	10.01 **	22.10 **
Prueba Duncan	4, 2 VS 1, 3	4,2 VS 3,1	4,2 VS 1, 3	4,2 VS 1, 3	4,2 VS 1, 3	4,2 VS 1, 3

Tabla 6. Puntuaciones promedio, desviación estándar y error de los grupos: Esc. Pública de 15-19 años (I), Esc. Privada de 15-19 años (II), Esc. Pública de 20-29 años (III) y Esc. Privada 20-29 años (IV), así como los valores de F con su probabilidad. * $p \leq .01$ ** $p \leq .0001$

De acuerdo a la tabla 7, en la puntuación total del BSQ -que evalúa la imagen corporal- y dos de sus tres factores: (F1B) Insatisfacción corporal y (F2B) Miedo a engordar, se encuentran diferencias significativas ($p \leq .0001$) entre los tres grupos evaluados: con sintomatología de trastorno alimentario, con riesgo y grupo control; mientras, que en el F3B: Sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y deseos de perder peso, sólo se observaron diferencias significativas entre los grupos: con sintomatología y riesgo respecto al grupo control ($p \leq .0001$).

Tabla 7

GRUPOS	F1B	F2B	F3B	TOTAL
C/Sintomatología (1) (n= 146)	X= 42.57 DS= 13.76 ES= 1.29	X= 24. 53 DS= 6.70 ES= 0.63	X= 42.60 DS= 13.87 ES= 1.30	X= 108. 60 DS= 27.68 ES= 2.59
Riesgo (2) (n= 84)	X= 36.92 DS= 10.82 ES= 1.07	X= 21.58 DS= 6.23 ES= 0.62	X= 39.96 DS= 13.75 ES= 1.36	X= 98.88 DS= 28.19 ES= 2.79
S/Sintomatología (3) (n= 160)	X= 28.78 DS= 9.87 ES= 0.89	X= 15.46 DS= 4.77 ES= 0.43	X= 27.65 DS= 9.73 ES= 0.87	X= 71.28 DS= 22.19 ES= 1.99
Valor de F	42.70 *	72.99 *	48.71 *	66.31 *
Prueba Duncan	1 vs 3 y 2 2 vs 3	1 vs 3 y 2 2 vs 3	1 vs 3 2 vs 3	1 vs 3 y 2 2 vs 3

Tabla 7. Puntuaciones promedio, desviación estándar y error de los grupos: con sintomatología (1), riesgo (2) y control (3), así como los valores de F con su probabilidad respecto al BSQ. * $p \leq .0001$

Con lo anterior, se puede observar que el grupo con sintomatología del trastorno alimentario presenta mayor insatisfacción con su imagen corporal, un mayor miedo a engordar, y por ende, más preocupación por sus hábitos alimentarios; a la vez que tienen una baja autoestima a causa de su apariencia física y un mayor deseo de perder peso que las chicas que pertenecientes al grupo de riesgo o al grupo control. Por otro lado, se debe señalar que aún cuando las chicas que pertenecen al grupo de riesgo presentaron una menor puntuación en las características mencionadas anteriormente,

no dejan de tenerlas, representando posiblemente un factor de riesgo para la adquisición de un trastorno alimentario.

Mientras que en la tabla 8, se puede observar que tanto en el total del BSQ como en los factores F1B, F2B, y F3B que evalúan *Insatisfacción corporal*, *Miedo a engordar* y *Sentimientos de baja autoestima debido a la apariencia y deseos de perder peso*, se encontraron diferencias significativas entre los grupos, observando así que los grupos con Sintomatología de Bulimia (grupo 2) y con Sintomatología de Anorexia Nerviosa (grupo 1) puntuaron más alto en comparación al grupo control ($p \leq .0001$); sin embargo las puntuaciones entre los primeros dos grupos no registraron una diferencia significativa entre sí.

TABLA 8

GRUPOS	F1B	F2B	F3B	TOTAL
Sintomatología de Anorexia (1) (n= 68)	X= 43.24 DS= 14.63 ES= 2.18	X= 23.58 DS= 7.65 ES= 1.14	X= 40.76 DS= 15.25 ES= 2.27	X= 106.71 DS= 29.69 ES=4.43
Sintomatología de Bulimia (2) (n= 78)	X= 41.49 DS= 13.54 ES= 1.73	X= 24.49 DS= 5.75 ES= 0.74	X= 42.57 DS= 12.83 ES= 1.64	X= 107.85 DS= 26.22 ES= 3.36
S/sintomatología (3) (n= 85)	X= 29.05 DS= 10.14 ES= 0.91	X= 15.69 DS= 5.17 ES= 0.46	X= 27.85 DS= 9.91 ES= 0.89	X= 72.08 DS= 23.49 ES= 2.10
Valor de F	34.43	59.14	39.74	54.86
Prueba Duncan	1 y 2 vs 3	2 y 1 vs 3	2 y 1 vs 3	2 y 1 vs 3

Tabla 8. Puntuaciones promedio, desviación estándar y error estándar de los grupos: con sintomatología de anorexia (grupo 1), con sintomatología de bulimia (grupo 2) y control (grupo 3), así como los valores de F y su probabilidad. * $p \leq .0001$

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que las chicas con sintomatología de Bulimia Nerviosa o con sintomatología de Anorexia Nerviosa presentan insatisfacción

corporal, preocupación por el peso y a engordar, así como sentimientos de baja autoestima debidos a la apariencia y deseo de perder peso, lo cual genera una preocupación por el seguimiento o el inicio de algún tipo de dietas restrictivas.

Por otro lado, conforme a los factores establecidos por Alvarez (2000) para el instrumento del EAT y su puntaje total, se encuentra que éste y los factores: F1A (EAT) "Motivación para adelgazar" ($p \leq .0001$), F3A (EAT) "Preocupación por la comida" ($p \leq .0001$) y F4A (EAT) "Presión social percibida" ($p \leq .05$), mostraron una correlación significativa con el total del BSQ y sus tres factores. Cabe señalar que fue el F1A (EAT) el que mostró las correlaciones más relevantes (Tabla 9).

TABLA 9

	F1A	F2A	F3A	F4A	F5A	F6A	F7A	TOTAL EAT
F1 BSQ	0.54 ***	0.15 **	0.26 ***	-0.11 .	0.13 .	0.04	0.10	0.35 ***
F2 BSQ	0.57 ***	0.19 ***	0.31 ***	-0.13 .	0.04	0.09	0.21 ***	0.41 ***
F3 BSQ	0.58 ***	0.04	0.31 ***	-0.16 **	0.06	0.10	0.14 .	0.34 ***
TOTAL BSQ	0.61 ***	0.11 .	0.32 ***	-0.17 **	0.07	0.09	0.11 .	0.38 ***

Tabla 9. Coeficientes de correlación de Pearson con respecto al BSQ y el EAT y sus factores.

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .0001$

Con respecto al F2A (EAT) que evalúa "Evitación de alimentos engordantes" mostró correlaciones levemente significativas con el total del BSQ ($p \leq .05$) y los factores F1 y F2 (BSQ) que evalúan *Insatisfacción corporal* y *Miedo a engordar*, respectivamente; no así con el F3 (*Sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y deseos de perder peso*). En cuanto al F5A (EAT) que evalúa "Obsesiones y Compulsiones" no se observaron correlaciones significativas, a excepción del F1 (BSQ), el cual mostró una correlación que aunque leve fue significativa ($p \leq .05$). En el F7A (EAT) que evalúa "Conductas compensatorias" se encontraron correlaciones leves pero significativas con el total del BSQ y F3 ($p \leq .05$) y F2 ($p \leq .01$). No así con F1(BSQ) que

evalúa la *Insatisfacción corporal*, con el que no mostró correlación significativa. Finalmente, en lo que respecta al factor F6A y del EAT, que evalúan "Patrones y estilos alimentarios" y no se encontró ninguna correlación significativa con el total del BSQ ni con alguno de sus tres factores.

Por ello, se puede decir que al existir una mayor insatisfacción corporal, miedo a engordar y una baja autoestima debidos a la apariencia, existirá también una mayor motivación para adelgazar, preocupación por la comida y presión social percibida. Por otro lado, si se presentan "Obsesiones y compulsiones", sólo se presentan una leve insatisfacción corporal, no así el miedo a engordar y la baja autoestima debido a la apariencia. En cambio, si se presenta la evitación de alimentos engordantes, existe una insatisfacción corporal y un miedo a engordar, aunque no baja autoestima. Mientras que si se presentan conductas compensatorias, existe miedo a engordar y sentimientos de baja autoestima, pero no necesariamente insatisfacción corporal. Finalmente, aún cuando se tenga insatisfacción corporal, miedo a engordar y sentimientos de baja autoestima debidos a la apariencia y deseos de perder peso, no necesariamente se presentan patrones y estilos alimentarios específicos.

Por otro lado, en la tabla 10 se puede observar que en cuanto al BULIT y los factores establecidos por Alvarez (1999), se encuentra que tanto el total del BULIT así como sus factores: F1A y F2A que evalúan "Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación" y "Sentimientos negativos después de la sobreingesta" respectivamente, mostraron una correlación significativa ($p \leq .0001$) tanto con el total del BSQ como con cada uno de sus factores: F1B) *Insatisfacción corporal*; F2B) *Miedo a engordar* y F3B) *Sentimientos de baja autoestima debido a la apariencia y el deseo de perder peso*. Cabe señalar que en F1A (BULIT) existió una correlación altamente significativa con el total del BSQ y con sus factores F2B y F3B. Así mismo el F2A que evalúa "Sentimientos negativos después de la sobreingesta" se encontró que éste correlacionó de manera altamente significativa con el total del BSQ y sus factores 2B y 3B. En cuanto a F3A (BULIT) que evalúa "Conductas compensatorias" sólo presentó

correlación significativa con el F2B (BSQ) *Miedo a engordar*, no así con los demás factores o el total del BSQ.

TABLA 10

	F1A	F2A	F3A	TOTAL BULIT
F1 BSQ	0.32 ***	0.48 ***	0.04	0.41 ***
F2 BSQ	0.39 ***	0.58 ***	0.25 ***	0.51 ***
F3 BSQ	0.38 ***	0.52 ***	0.09	0.47 ***
TOTAL BSQ	0.40 ***	0.58 ***	0.10	0.51 ***

Tabla 10. Coeficientes de correlación de Pearson con respecto al BSQ y el BULIT y sus factores.
* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .0001$

A partir de esto, se puede decir que a mayor sobreingesta, sensación de pérdida de control sobre la alimentación y sentimientos negativos después de la sobreingesta, mayor será la insatisfacción corporal, el miedo a engordar y los sentimientos de baja autoestima debidos a la apariencia y el deseo de perder peso. Así también, si se presentan conductas compensatorias y miedo a engordar.

Otro instrumento que se utilizó para evaluar otras variables relacionadas a la imagen corporal, fue el CIMEC (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal) de Toro, Salamero y Martínez (1994), el cual analiza la importancia del modelo corporal propuesto por la sociedad y se divide en cinco factores: 1) Malestar por la imagen corporal; 2) influencia de la publicidad, 3) Influencias de mensajes verbales; 4) Influencia de modelos sociales; y 5) Influencia de situaciones sociales.

En la tabla 11 se puede observar, que de acuerdo a la puntuación total del instrumento que evalúa la influencia del modelo estético corporal (CIMEC), se encuentran diferencias significativas entre los tres grupos evaluados: Grupo con sintomatología de trastorno alimentario, grupo de riesgo y grupo control ($p \leq .0001$). Por

lo que se puede argumentar que las personas que presentan alguna sintomatología del trastorno alimentario o riesgo de presentarla, son más receptivas a la influencia del modelo estético corporal establecido por la sociedad, difundido por medio de la publicidad, los mensajes verbales, modelos sociales, y las situaciones sociales.

TABLA 11

GRUPOS	F1C	F2C	F3C	F4C	F5C	TOTAL CIMEC
C/Sintomatología (1) (n= 146)	X= 11.02 SD= 4.74 ES= 0.44	X= 8.89 SD= 5.20 ES= 0.49	X= 3.93 SD= 1.67 ES= 0.16	X= 5.12 SD= 2.01 ES= 0.19	X= 3.60 SD= 1.85 ES= 0.17	X= 48.46 SD= 18.23 ES= 1.71
Riesgo (2) (n= 84)	X= 8.73 SD= 4.20 ES= 0.42	X= 5.78 SD= 4.22 ES= 0.42	X= 2.99 SD= 1.64 ES= 0.16	X= 3.78 SD= 1.92 ES= 0.19	X= 2.24 SD= 1.45 ES= 0.14	X= 35.11 SD= 14.93 ES= 1.48
S/Sintomatología (3) (n= 160)	X= 5.65 SD= 3.87 ES= 0.35	X= 3.27 SD= 3.82 ES= 0.34	X= 1.84 SD= 1.47 ES= 0.13	X= 3.10 SD= 1.02 ES= 0.15	X= 1.69 SD= 1.42 ES= 0.13	X= 24.61 SD= 12.00 ES= 1.08
Valor de F	47.22 *	47.38 *	51.13 *	36.42 *	44.99 *	73.32 *
Prueba de Duncan	1 vs 3 y 2 2 vs 3	1 vs 3 y 2 2 vs 3	1 vs 3 y 2 2 vs 3	1 vs 3 y 2 2 vs 3	1 vs 3 y 2 2 vs 3	1 vs 3 y 2 2 vs 3

Tabla 11. Puntuación promedio, desviación estándar y error estándar de los grupos: con sintomatología (1), riesgo (2) y control (3), así como el valor de F y el valor de significancia en el CIMEC. * $p \leq .0001$

Mientras que en la tabla 12 se puede observar que respecto a la puntuación total del CIMEC los grupos con sintomatología de bulimia y de anorexia puntuaron significativamente más alto ($p \leq .0001$) en comparación con el grupo sin trastorno alimentario. Así también, el grupo de riesgo presentó una puntuación mayor en comparación al grupo sin sintomatología de trastorno alimentario. Dichas diferencias también se pueden observar en cada uno de los factores que evalúan el Malestar con la imagen corporal (F1C), Influencia de la publicidad (F2C), Influencia de los mensajes verbales (F3C), Influencia de los modelos sociales (F4C) e Influencia de las situaciones sociales (F5C).

TABLA 12

GRUPOS	F1C	F2C	F3C	F4C	F5C	TOTAL CIMEC
Sintomatología de Anorexia (1) (n= 68)	X= 8.76 SD= 4.23 ES= 0.63	X= 5.87 SD= 4.39 ES= 0.65	X= 3.51 SD= 1.71 ES= 0.25	X= 4.40 SD= 1.67 ES= 0.25	X= 3.20 SD= 2.29 ES= 0.34	X= 38.42 SD= 12.39 ES= 1.85
Sintomatología de Bulimia (2) (n= 78)	X= 12.44 SD= 4.74 ES= 0.71	X= 10.98 SD= 4.76 ES= 0.61	X= 4.15 SD= 1.66 ES= 0.21	X= 5.84 SD= 2.05 ES= 0.26	X= 3.84 SD= 1.51 ES= 0.19	X= 55.79 SD= 19.26 ES= 2.47
S/sintomatología (3) (n= 85)	X= 5.77 SD= 3.99 ES= 0.36	X= 3.36 SD= 3.92 ES= 0.35	X= 1.88 SD= 1.52 ES= 0.14	X= 3.12 SD= 1.66 ES= 0.15	X= 1.74 SD= 1.47 ES= 0.13	X= 25.03 SD= 12.75 ES= 1.14
Valor de F	51.30 *	65.97 *	46.87 *	49.00 *	35.93 *	90.79 *
Prueba de Duncan	2 y 1 vs 3 2 vs 1	2 y 1 vs 3 2 vs 1	2 y 1 vs 3 2 vs 1	2 y 1 vs 3 2 vs 1	2 y 1 vs 3	2 y 1 vs 3 2 vs 1

Tabla 12. Puntuaciones promedio de los grupos: con sintomatología de anorexia (1), sintomatología de bulimia (2) y sin sintomatología (3), así como las diferencias significativas entre grupos.

* p ≤ .0001

Así, se puede decir que las personas con algún tipo de sintomatología de trastorno alimentario, ya sea de bulimia o anorexia, son más susceptibles al modelo estético corporal socialmente establecido, derivándose de esto el malestar con la imagen corporal, la influencia de los mensajes dados por la publicidad, los mensajes verbales y las situaciones sociales, en comparación con las personas que no presentan ningún síntoma de trastorno alimentario. Por otro lado, se debe mencionar que se presentó una diferencia leve pero significativa entre el grupo de anorexia nerviosa y el grupo de bulimia nerviosa, presentado este último mayor susceptibilidad a los mensajes verbales, a la publicidad y a las situaciones sociales, así como un mayor malestar con su imagen corporal.

Por otro lado, al correlacionar el CIMEC y sus factores con el EAT y sus factores establecidos por Alvarez (2000), se observó que sólo el total del EAT y cuatro de sus siete factores mostraron una correlación significativa con el total del CIMEC y/o sus

factores (ver tabla 13). De acuerdo al total del EAT, éste correlacionó de manera significativa con el total del CIMEC y tres de sus cinco factores: (F1C) Malestar con la imagen corporal, (F2C) Influencia de los mensajes verbales e (F5C) Influencia de las situaciones sociales. En tanto que F1A (EAT) "Motivación para adelgazar" se encontró que tiene una correlación moderada pero significativa ($p \leq .0001$) tanto con el total del CIMEC como con cuatro de sus factores: *Malestar con la imagen corporal* (F1C), *Influencia de la publicidad* (F2C), *Influencia de los mensajes verbales* (F3C) e *Influencia de las situaciones sociales* (F5C). Con relación al F2A (EAT) que evalúa la "Evitación de alimentos engordantes", sólo se encontró correlación mínima aunque significativa con F5C (CIMEC) *Influencia de las situaciones sociales* ($p \leq .05$).

TABLA 13

	F1A	F2A	F3A	F4A	F5A	F6A	F7A	TOTAL EAT
F1 CIMEC	0.24 ****	0.08	0.25 ****	-0.08	0.10	0.09	0.17 ***	0.20 ****
F2 CIMEC	0.24 ****	-0.01	0.16 **	-0.11	0.07	0.08	0.19 ***	0.10
F3 CIMEC	0.34 ****	0.08	0.22 ****	-0.05	0.05	0.07	0.23 ****	0.25 ****
F4 CIMEC	0.07	0.02	0.11 *	0.07	0.06	0.00	0.16 **	0.05
F5 CIMEC	0.21 ****	0.13 *	0.27 ****	0.03	0.07	0.06	0.24 ****	0.22 ****
TOTAL CIMEC	0.24 ****	0.04	0.22 ****	-0.08	0.10	0.06	0.24 ****	0.14 *

Tabla 13. Coeficientes de correlación de Pearson obtenidos con respecto al CIMEC y el EAT, y sus respectivos factores.

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$ **** $p \leq .0001$

El F3A (EAT) "Preocupación por la comida" y F7A (EAT) "Conductas compensatorias" mostraron correlaciones significativas con relación al total del CIMEC y cada uno de sus factores. Por ejemplo, F3A mostró las correlaciones más importantes ($p \leq .0001$) con el total del CIMEC y tres de sus factores: *Malestar con la imagen corporal* (F1C), *Influencia de los mensajes verbales* (F3C) e *Influencia de las situaciones sociales* (F5C); mientras que con F2C *Influencia de la publicidad* y F4C *Modelos sociales* las correlaciones aunque menores también fueron significativas ($p \leq .01$ y $p \leq .05$, respectivamente). Mientras que por otro lado, F7A correlacionó con el total del CIMEC y sus cinco factores: F3C *Influencia de los mensajes verbales*, F5C *Influencia de las situaciones sociales* ($p \leq .0001$), F1C *Malestar con la imagen corporal*, F2C *Influencia de la publicidad* ($p \leq .001$) y F4C *Modelos sociales* ($p \leq .01$) (Tabla 13).

Finalmente, F4A (EAT) que evalúa la "Presión social percibida", el F5A "Obsesiones y compulsiones", y F6A "Patrones y estilos alimentarios", no mostraron ninguna correlación significativa con el total del CIMEC o alguno de sus factores.

Con lo anterior se puede decir que a mayor preocupación por la comida y presencia de conductas compensatorias se tiene un mayor malestar con la imagen corporal y sensibilidad respecto a la influencia de la publicidad, los mensajes verbales, los modelos sociales y las situaciones sociales. Además, se debe mencionar que al existir una motivación para adelgazar también existirá la presencia de un malestar con la imagen corporal, así como mayor influencia de la publicidad, los mensajes verbales y las situaciones sociales, aunque no así los modelos sociales. Finalmente, aún cuando puedan estar presentes: presión social, conductas obsesivo-compulsivas, conductas compensatorias, trastornos psicobiológicos y patrones o estilos alimentarios específicos, los que no parecen estar asociados a la prescripción de un modelo estético corporal establecido.

Con base en la tabla 14, donde se presentan los coeficientes de correlación entre el CIMEC y el BULIT -y sus respectivos factores-, se encontró que existe una

correlación altamente significativa del total del CIMEC y el total BULIT, así también se puede observar que el F1A que evalúa Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, F2A que evalúa "Sentimientos negativos después de la sobreingesta" y F3A que evalúa "Conductas compensatorias", mostraron una correlación significativa con el total del CIMEC y sus factores, aunque es importante señalar que las correlaciones más significativas y relevantes en este estudio se dieron entre F1A y F2A (BULIT) con F1C y F2C de CIMEC que evalúan el malestar con la imagen corporal y la influencia de la publicidad, respectivamente.

TABLA 14

	F1bul	F2bul	F3bul	TOTAL BULIT
F1 CIMEC	0.52 ****	0.60 ****	0.20 ****	0.57 ****
F2 CIMEC	0.52 ****	0.58 ****	0.27 ****	0.57 ****
F3 CIMEC	0.46 ****	0.49 ****	0.13 .	0.48 ****
F4 CIMEC	0.47 ****	0.42 ****	0.23 ****	0.47 ****
F5 CIMEC	0.37 ****	0.39 ****	0.13 .	0.39 ****
TOTAL CIMEC	0.61 ****	0.66 ****	0.25 ****	0.66 ****

Tabla 14. Coeficientes de correlación de Pearson con respecto al CIMEC y el BULIT.

* p ≤ .05 ** p ≤ .01 *** p ≤ .001 **** p ≤ .0001

Con base en lo anterior, se puede decir que a mayor sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación y de sentimientos negativos después de la sobreingesta, existirá la presencia de malestar con la imagen corporal y la publicidad, lo cual genera el mantenimiento o presencia de algún trastorno alimentario. Así también se puede decir que al presentarse algún tipo de conductas compensatorias, preferencias alimentarias y fluctuaciones en el peso, se tendrá mayor sensibilidad a la

influencia de la publicidad, de los mensajes verbales, los modelos sociales y de las situaciones sociales como el malestar con la imagen corporal.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados en el BSQ y el CIMEC, se observó que las jóvenes de instituciones educativas de tipo privado presentaron significativamente mayor insatisfacción con su imagen corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y el deseo de perder peso; asimismo, también mostraron mayor susceptibilidad para la asimilación del modelo estético social (delgadez), específicamente por medio de la influencia de la publicidad, de los mensajes verbales, así como de los modelos y situaciones sociales. Esto al compararlas con su contraparte de instituciones públicas.

Lo anterior se corrobora con lo encontrado por estudios previos, así en un estudio realizado por Raich, *et al.* (1991) encontraron que las estudiantes de escuelas privadas tienen mayor alteración de la imagen corporal que las que están insertas en colegios públicos. Los autores argumentan que se puede deber a la gran presión social que se ejerce en las clases altas por tener una figura delgada. Mientras que otro estudio reporta que en las escuelas privadas aparecía un nuevo caso de anorexia al año por cada doscientos cincuenta adolescentes, en tanto que en las escuelas públicas se producía un nuevo caso por cada trescientos alumnos (Crisp, Palmer y Kalucy, 1996, cit. en Rivera, 1997). Es decir, existían diferencias significativas en la incidencia en función de la clase social, ya que las escuelas privadas cuentan con una clientela de nivel socioeconómico superior al representado en las escuelas públicas.

En tanto que un estudio realizado con población clínica observaron que la anorexia nerviosa se presenta en un mayor porcentaje en la clase alta (70%) en comparación con la clase baja (30%), aunque sus autores señalan que a partir de 1976 la diferencia no es tan marcada entre los niveles socioeconómicos. (Garfinkel *et al.*, 1982). Al respecto, algunos autores señalan que día a día se generaliza la insatisfacción con la imagen corporal, no siendo exclusiva o determinada por una posición social (Guillemot *et al.*, 1994; Invertí, 1976, cit. en Tiller, 1997). Pese a ello, son diversos los autores que aducen que el nivel socioeconómico sigue siendo una variable importante a considerar, ya que aún permite predecir un mayor riesgo de

presentar insatisfacción con la imagen corporal o un trastorno alimentario (Chinchilla, 1983; Hsu, 1990, cit. en Rodríguez *et al.*, 1996).

No obstante, es importante subrayar que hoy en día ya no es tan marcada la diferencia entre los estratos sociales, debido a que por medio de la amplitud en el alcance e impacto de los medios de comunicación de masas, todos los grupos sociales –independientemente del nivel socioeconómico– están expuestos a la mercadotecnia y publicidad, así como a los mensajes verbales y sociales que definen y promueven los modelos estéticos corporales (Sanders *et al.*, 1994; Toro *et al.*, 1989; Toro *et al.*, 1994). En un estudio realizado por Martínez *et al.* (1993) se encontró que alrededor del 65% de una muestra de adolescentes y jóvenes manifestaron su interés por artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento y la obesidad, y el 42% confesaban sentirse atraídas por los libros y revistas que hablan de calorías

Por otro lado, cuando se comparó con base a rangos de edad (15-19 años vs. 20-29 años) no se observaron diferencias entre estos grupos en cuanto al BSQ y el CIMEC, ni en ninguno de sus respectivos factores. Sin embargo, al comparar con base a la intersección de ambas variables (tipo de institución y edad), se confirmó lo antes mencionado, que los grupos correspondientes a la institución de tipo privado presentaron puntuaciones significativamente mayores en el BSQ y el CIMEC, que sus contrapartes de institución pública, esto independientemente de la edad.

Es necesario mencionar que aún cuando en el presente estudio la edad no fue un factor que mostrara ejercer una influencia relevante, en diversas literaturas se establece a la adolescencia como una etapa determinante para la adquisición de un trastorno en la imagen corporal o para interiorizar el modelo estético corporal existente en la sociedad. Esto puede deberse a que en la adolescencia existen cambios corporales que propician un viraje en su atención, llevándola sobre el propio cuerpo y a integrarlo en la autoimagen general tras su evaluación. Por ello, que se considere que el adolescente es una persona vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación, ya

que convierte a su cuerpo en el símbolo y la fuente para estructurar y ejercer su gestante autonomía, control, eficacia personal e identidad (Raich *et al.*, 1991).

Por otro lado, en la presente investigación se pudo observar que ambos grupos con un tipo específico de sintomatología del trastorno alimentario (anoréxica o bulímica) mostraron mayor insatisfacción corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima debido a la apariencia y los deseos de perder peso que el grupo sin sintomatología (o grupo control), sin existir diferencias entre ambos grupos con trastorno alimentario. No así respecto a cuatro de los cinco factores que evalúa el CIMEC, ya que en estos ambos grupos con trastorno no sólo reportaron puntuaciones significativamente mayores a los del grupo control, sino que además las jóvenes con sintomatología de bulimia mostraron mayor malestar con la imagen corporal, así como mayor susceptibilidad ante la influencia de la publicidad, de los mensajes verbales y de los modelos sociales, que las jóvenes con sintomatología de tipo anoréxico. En tanto que no se registró diferencia entre ambos grupos en cuanto a la influencia de las situaciones sociales.

Esto corrobora un estudio previo realizado por Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla (1998), en el que también evaluaron en una muestra de jóvenes mexicanas, la asociación entre la presencia de sintomatología de trastorno alimentario con la insatisfacción con la imagen corporal, así como la influencia social del modelo estético corporal. Los autores encontraron que las personas con sintomatología de trastorno alimentario tienen mayor insatisfacción con su imagen corporal, mayor temor a engordar, así como una mayor preocupación por llevar dietas con la finalidad de perder peso; también encontraron que estas personas tienden a ser más receptivas a los mensajes de los medios masivos de comunicación, a la vez que son más sensibles a la constante presión que ejercen sobre ellas sus ambientes familiares y sociales.

Por otro lado, en el presente estudio se observó, al correlacionar la sintomatología específica que evalúa el EAT y su puntaje total con los componentes que evalúan el BSQ y el CIMEC, que la motivación para adelgazar, la preocupación por

la comida y el puntaje total en el EAT se asociaron con la presencia de: insatisfacción corporal, el miedo a engordar y los sentimientos de baja autoestima debidos a la apariencia y el deseo de perder peso; aunque específicamente la motivación para adelgazar también se asoció con la influencia de mensajes verbales respecto al modelo estético corporal de la delgadez.

Lo anterior corrobora lo mencionado en la literatura, en cuanto a que la anorexia nerviosa está determinada en gran parte por la presión social aunada a una historia de sobrepeso u obesidad, trayendo como consecuencia la alteración en la actitud hacia el peso y forma corporal (Hsu et. al., 1993). Toro et. al., 1994, evaluaron la influencia del modelo estético corporal en una población de anoréxicas españolas, sus resultados los llevaron a señalar una posible causalidad entre la anorexia y las influencias socioculturales. Así mismo, se ha relacionado estrechamente a la anorexia tanto con la insatisfacción como con la distorsión de la imagen corporal (Hsu et al., 1993; Zelliner et al., 1989).

Finalmente, se observó que en cuanto a la sintomatología que evalúa el BULIT, sólo su puntaje total y dos de sus tres factores (la sobreingesta y los sentimientos negativos después de la sobreingesta) se asociaron con el puntaje total del BSQ y sus tres factores: Insatisfacción corporal, el Miedo a engordar y los Sentimientos de baja autoestima debidos a la apariencia y el deseo de perder peso; así como con el puntaje total del CIMEC y sus cinco factores: Malestar con la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia de los mensajes verbales, influencia de los modelos sociales e influencia de las situaciones sociales. En el estudio ya mencionado de Román, Mancilla, Alvarez y López (1998) encontraron, entre otras cosas, que las chicas con bulimia tienen una mayor tendencia a mostrar una baja autoestima, provocada por la no aceptación de su apariencia y su deseo constante de perder peso, seguidas del grupo de anoréxicas.

CONCLUSIONES

- ◆ Las jóvenes de instituciones educativas de tipo privado presentaron significativamente mayor insatisfacción con su imagen corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia y el deseo de perder peso. También mostraron mayor susceptibilidad para la asimilación del modelo estético social (delgadez), específicamente por medio de la influencia de la publicidad, de los mensajes verbales, así como de los modelos y situaciones sociales.
- ◆ La edad no mostró ejercer una influencia relevante sobre la insatisfacción con la imagen corporal o la asimilación del modelo estético de delgadez.
- ◆ Ambos grupos con sintomatología del trastorno alimentario (anoréxica o bulímica) mostraron mayor insatisfacción corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima debido a la apariencia y los deseos de perder peso, mayor susceptibilidad ante la influencia de la publicidad, de los mensajes verbales y de los modelos sociales que el grupo sin sintomatología (o grupo control).
- ◆ Las jóvenes con sintomatología de bulimia mostraron mayor malestar con la imagen corporal, así como, mayor susceptibilidad ante la influencia de la publicidad, de los mensajes verbales y de los modelos sociales, que las jóvenes con sintomatología de anorexia.
- ◆ La motivación para adelgazar, la preocupación por la comida y el puntaje total en el EAT se asociaron con la presencia de: insatisfacción corporal, el miedo a engordar y los sentimientos de baja autoestima debidos a la apariencia y el deseo de perder peso. Aunque específicamente la motivación para adelgazar

también se asoció con la influencia de mensajes verbales respecto al modelo estético corporal de la delgadez.

- ◆ Finalmente, se observó que en cuanto a la sintomatología que evalúa el BULIT, sólo su puntaje total y dos de sus tres factores (la sobreingesta y los sentimientos negativos después de la sobreingesta) se asociaron con la Insatisfacción corporal, el Miedo a engordar, los Sentimientos de baja autoestima debidos a la apariencia y el deseo de perder peso, el Malestar con la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia de los mensajes verbales, influencia de los modelos sociales e influencia de las situaciones sociales.

REFERENCIAS

- Alvarez, R. G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM.
- Alvarez, R. G., López, A. X., Mancilla, D. J. M. y Ocampo, T.M.T. (en prensa). Factores cognitivo-conductuales asociados con los trastornos alimentarios en una muestra de estudiantes.
- Alvarez, R. G., Mancilla, D. J. M., Martínez, M. M. y López, A. X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. Psicología y Ciencia Social, 2, (1), 50-58.
- Alvarez, R.G., Román, F.M., Manríquez, R.E. y Mancilla, D.J. (1998). Imagen corporal y trastornos alimentarios en una muestra de universitarias mexicanas. Psicología y Ciencia Social, 2(1), 536-541.
- American Psychiatric Association. (1980). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III). Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association. (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Andersen, A. y Didomenico, L. (1992). Diet vs shape content of popular male and female magazines a dose response relationship to the incidence of eating disorders. International Journal of Eating Disorders , 10(4), 389-394.
- Bemis, J.V. y Hollon, S.D. (1990). The investigation of shematic content and processing in eating disorders.
- Brawman, M., Lidyard, B. R., Phillips, K., Morton, D. Czepowicz, N., Emmanuel, N., Villareal, G., Johnson, M. y Ballengen, J. C. (1995). Body dismorphic disorder in patients with anxiety disorder and major depression: A comorbity study. American Journal of Psychiatry, 152 (11), 1665-1667.
- Brownell, K.D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where psychology and culture collide. Behavior Therapy, 22, 1-12.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic books.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. American Journal of Psychiatry, 139 (12), 1531-1538.

- Carter, F. A., Bulik, M. C., Lawson, H. R., Sullivan, F. P. y Wilson, S. J. (1996). Effect of mood and food cues on body image in women with bulimia and controls. International Journal of Eating Disorders, 20(4), 65-76.
- Cash, T.F. y Prurinsky, T. (1990). Body image: Development, deviance, and changes. New York: Guilford.
- Casper, R.C., Eckert, E.D., Halmi, K.A., Goldberg, S.C. y Davis, J.M. (1992). Bulimia: It's incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. Archives of General Psychiatry, 37, 1030-1035.
- Cervera, M. (1996). Riesgo y prevención de la anorexia y bulimia. Barcelona: Martínez Roca.
- Chinchilla, A. (1983). La anorexia nerviosa. Barcelona: Ferrer Internacional.
- Chiodo, J. y Latimer, P.R. (1983). Vomiting as a learned weight control technique in bulimia. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 14, 131-135.
- Cía, H.A. (1995). Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados. Buenos Aires: Ateneo.
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Archives General Psychiatric, 44, 573-588.
- Contreras, J. (1993). La nostra alimentacio contemporanea: Dialectica entre tendencias contradictories?. Revista d' Estnologia de Catalunya, 2, 42-53.
- Cooper, P.J. y Taylor, M. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry, 153 (2), 34-38.
- Cooper, P.J., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. International Journal of Eating Disorders, 6, 485-494.
- Crisp, A. H. (1988). Some possible approaches to prevention of eatin and body weigth/shape disorders, with particular reference of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 7 (1), 1-17.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. España: Gedisa.
- Crowther, J.H., Tennenbaum, D.L., Hobfoll, S.E. y Parris, M.A. (1992). The etiology of bulimia nervosa: The individual and familia context. USA: Hemisphere Publishing Corporation.

- Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I. y Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. International Journal of Eating Disorders, 16, 211-226.
- De León, J., Bott, A. y Simpson, G.M. (1989). Dysmorphobia: Body dysmorphic disorder of desilusalional disorder somatic subtype? Comprehensive Psychiatry, 30, 457-472.
- De Silva, P. y Eysenck, S. (1987). Personality and addictiveness in anorexic an bulimic patients. Personal and Individual Differences, 8, 749-775.
- Duchman, E. G. y Williamson, D. A. (1989). Bulimia, dietary restrain and concern for dieting. Journal of Psychopathology and Behavioral Assesment, 11, 1-3.
- Duker, M. y Slader, R. (1992). Anorexia nerviosa y bulimia. Mexico: Limusa.
- Fairburn, C.G. y Garner, D.M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 5, 403-419.
- Fallon, P., Katzman, M. y Wooley, S. (1994). Feminist perspectives on eating disorders. USA: Guilford Press.
- Fallon, A. y Rozin, D. (1985). Sex differences in perception of desirable body shape. Journal of Abnormal Psychology, 94, 102-105.
- Feinstein, S. y Sorosky, A. (1988). Trastornos de la alimentación. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, F., Probst, M., Meerman, R. y Vandereycken, W. (1994). Body size estimation and body dissastisfaction in eating disorder patients and normal controls. International Journal of Eating Disorders, 16, 307-310.
- French, S. A. y Jeffery, R.W. (1994). The consequences of dieting lose weighth: Effects on Phisical and mental healt. Health Psychology, 13, 195-212.
- Furnhamn, A. y Calnan, A. (1988). Eating disturbance, self-esteem, reason for exercising and body weighth dissastisfaction adolecent males. European Eating Disorders Review, 6 (1), 38-72.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. New York: Bruner-Mazel.
- Garfinkel, P., Kaplan, A., Garner, D. y Darby, P. (1983). The differential diagnosis of vomiting and weight loss as a conversion disorder from anorexia nervosa. American Journal of Psychiatry, 140, 1019-1022.

- Garfinkel, P. E., Moldofsky, H. y Garner, D. M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa: Bulimia as a distinct subgroup. Archives of General Psychiatry, 37, 1036-1040.
- Garner, D. M. (1985). Iatrogenesis in anorexia nervosa and bulimia nervosa. International of Eating Disorders, 4, 701-726.
- Garner, D. M. (1991). Eating disorder inventory -2: Professional manual. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D.M. (1996). Factores culturales y educación en el tratamiento de los trastornos de la alimentación. En: J. Buendía. Psicopatología en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide.
- Garner, D. M. (1997). The 1997 body image survey results. Psychology Today, 30 (17), 1-18.
- Garner, D.M. y Bemis, K. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. Cognitive Therapy and Research, 1 (6), 1-27.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptom of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 273-279.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 10, 647-656
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W. y Olmsted, M. D. (1987). A prospective study of eating disturbance in the ballet. Psychotherapy and Psychomatics, 48, 170-175.
- Garner, D. M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. y Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in woman. Psychological Medicine, 10, 647-656.
- Garner, D. M. y Wooley, S. C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments of obesity. Clinical Psychology Review, 11, 729-780.
- Gilberg, C., Rastam, M. y Gilber, I. (1994). Anorexia nervosa: Who sees the patients and who do the patients see?. Acta Paediatric, 83, 967-971.
- Gilbert, S. (1993). Eating disorders (p 732-766). En: J. Garrow y W. James. Human nutrition and dietetics New York: Chorchill- Livingstone.
- Gómez, P (1996). Anorexia nerviosa, la prevención en familia. Madrid: Piramide.
- Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura. España: Masson.

- Hamilton, K. y Waller, G. (1993). Media influences on body size estimation in anorexia and bulimia: An experimental study.
- Hare, W. (1987). Endocrinología clínica. México: Interamericana.
- Heatherton, T.F. y Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. En: J.H Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll y M. A. Sthephenes. (Eds). The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context. Washington: Hemisphere Publising Corporation.
- Herman, C.P. y Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. Journal of Personality, 43, 647-660.
- Hill, A.J. (1993). Preadolescent dieting: Implications for eating disorders. International Review of Psychiatry, 5, 87-100.
- Holtz, V. (1992). Factores biopsicosociales de los desórdenes de la alimentación: Estudio piloto en una preparatoria. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Iberoamericana, México.
- Hsu, L.K. (1990). Eating disorders. New York: Guilford.
- Hsu, L. G. y Sing-Lee, M. R. (1993). Is weigh phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa. American Journal Psychiatry, 150 (10), 1466- 1471.
- Huon, G.F. y Brown, L.B. (1986). Body images in anorexia nervosa and bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 5, 421-439.
- Humphrey, L. L. y Sterns, S. (1998). Object relations and the family system in bulimia. Journal of Marital and Family Therapy, 14, 337-350.
- Irving, L. M. (1990). Mirror images: Effects of standard of beautiful on the self and body-esteem of woman exhibiting varing levels of bulimic syntoms. Journal of Social and Clinical Pshicology, 9, 230-242.
- Johnson, C. y Connors, M. E. (1987). The etiology and treatment of bulimia nervosa: A biopsychosocial perspectives. New York: Basic Books.
- Jones, D.J., Fox, M.M., Babigan, H.M. y Hutton, H.E. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 42, 551-558.
- Kalucy, R., Crisp, A. y Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. British Journal of Medical Psychology, 50, 381-395.
- KirkPatrick, S. W. y Sanders, D. M. (1978). Body images stereotypes a developmental comparison. Journal of Genetic Psychology, 132, 87-95.

- León, G. R. y Dinkagle, D. (1983). Childhood obesity and anorexia nervosa. (p. 253-275). En: T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds). Handbook of child psychopatolgy. New York: Plenum Press.
- León, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L. y Dube, A. (1994). Family influences school behaviors and risk for the letter development of and eating disorder. Journal of Youth and Adolescent, 23 (5), 499-515.
- Leon, G.R., Lucas, A.R., Colligan R.C., Ferninande, R.J. y Kamp, J.C. (1985). Sexual, body image and personality attitudes in anorexia nervosa. Journal of Abnormal Child Psychology, 13 (2), 245-258.
- Lerner, R. M. y Jobanovic, J. (1990). The role of body images in psychosocial development across the live span: A developmental contextual perspective. (p. 110-127). En: T.T Cash y T. Pruzinski (Eds). Body image: Development, deviance and change.
- Levine, P.M. y Smolack, L. (1992). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence (p. 59-80). En: J.H.Crowthwer, D. L. Tennenbaum, S. E., Hobfoll y M. P. Stephens (Eds). The etiology of bulimia nervosa. New York: Hemphishere Publishing Corporation.
- Ludewig, K. (1991). Reflexiones sobre la anorexia en adolescentes: Un enfoque sistémico del problema psicossomático ejemplificado por la anorexia nerviosa. Estudios Psicológicos, 1 (1), 1-21.
- Martínez, E; Toro, J., Salamero, M., Blecua, M. y Zaragoza (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona,20(2), 51-65.
- Minuchin, S., Rosman, B. y Baker, L. (1978). Psychosomatics families: Anorexia nervosa incontext. Cambridge: Harvard University Press.
- Mintz, L.B. y Betz, N. F. (1998). Prevalence and correlates of eating disordered behavior among undergradum to women. Journal of Counseling Psychology, 35 (4), 463-471.
- Mora, G. y Raich, R. (1993). Restricción alimentaria y bulimia nerviosa: Un vínculo causal? Anales de Psicología, 9 (2), 69-84.
- Mora, M. y Raich, R. M. (1994). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 3, 113-131.
- Nyländer, Y. (1977). The feeling of being fat and dieting in a school population. Acta Sociomédica Escandinava, 1, 17.26.

- Parra, M.A. y Solano, P.N. (1997). Trastorno de la alimentación: Anorexia y bulimia nerviosa. Revista Electrónica de Psicología, 1 (1), 1-27.
- Phillips, K. A (1996). Body dismorphic disorders: The distress of imagined ugliness. American Journal of Psychiatry, 148, 1138-1149.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P.E., Kennedy, S.H. y Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexic patients. International Journal of Eating Disorders, 7, 58-599.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (5), 635-644.
- Raich, R.M. (1994). Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios. España: Pirámide.
- Raich, R.M. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. Psicología y Ciencia Social, 2(1), 15-26.
- Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, M. J., Perez, O. y Requena, A. (1991). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 18, 210- 220.
- Raich, R. M., Mora, M., Marroquin, H., Pulido, S. A. y Soler, A. (1997). Tratamiento cognitivo- conductual de la insatisfacción corporal. Análisis de la Modificación de la Conducta, 27 (89), 406-424.
- Raich, R.M., Mora, M. y Soler, A. (1994). Trastorno de la imagen corporal: Evaluación y tratamiento. Cuadernos de Medicina Conductual, 30, 105-110.
- Rausch, C. y Bay, L. (1990). Anorexia nerviosa y bulimia: Terapia familiar. México: Paidós.
- Rodin, A. L., Siegel, P. T., Koepke, T., Moye, A. W. y Tice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. Developmental and Behavioral Pediatrics, 15, 111-116.
- Rodríguez M.C., Riquelme A. y Buendía J. (1996). Epidemiología de la anorexia nerviosa: Una revisión. Anales de Psiquiatría, 12 (6), 262-269.
- Román, F. M., Mancilla, D. J. M., Álvarez, R. G. y López, A. X.(1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. Psicología Contemporánea, 5 (2), 22-29.
- Rosen, J. C. (1990). Body image, deviance and chances. New York: Guilford Press.

- Rosen, J. C (1995). The nature body dismorphic disorder and treatmen with cognitive-behavior therapy. Cognitive and Behavioral Practice, 2, 143-186.
- Rosen, J.C. y Leitenberg, H. (1988). The anxiety model of bulimia nervosa and treatment with exposure plus rspone prevention. En: K.M. Pirke, W. Vandereycken y D. Ploog (Eds.). The psychobiology of bulimia nervosa. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Rosen, J. C. y Reiter, J. T. (1994). Development of the body dismorphic disorder examination. University of Vermont.
- Rosen, J.C., Reiter, J. T. y Orosan, P. (1995). Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 263-269.
- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 429-448.
- Rutherford, J., McGufin, P., Katz, R.J. y Murray, R. M. (1993). Genetic influences on eating attitudes in anormal female twin population. Psychological Medicine, 23, 425-436.
- Saldaña, C.G. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, C. y Rosell, R. (1988). Obesidad. Barcelona: Martínez-Roca.
- Sanders, T. y Bazalgette, P. (1994). You dont have to diet. Londres: Bantam.
- Sands, R., Tricker, J., Sherman, C., Armatas, C. y Maschette, W. (1997). Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in preadolescent school children. International Journal of Eating Disorders, 21, 159-166.
- Sánchez, D. (1994). Hábitos alimentarios y restricción en jóvenes adolescentes con obesidad y peso normal. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
- Schwartz, R.C. y Barret, M.J. (1987). Women and eating disorders. Journal of Psychotherapy and the Family, 3 (4), 131-144.
- Selvini-Palazzoli, M.(1981). Self starvation. New Jersey: Jason Aronson.
- Shaw, J. (1995). Effects of fashion magazines on body dissatisfaction and eating psychopatology in adolescent and adult females. European Eating Disorders Review, 3 (1), 15-23.

- Silberstein, L. R., Striegel-Moore, R. H., Timko, C. y Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of the body dissatisfaction. Do men and women differ?. Sex roles, 19, 219-232.
- Slade, P. D. (1985). A review of body images studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Psychiatric Research, 19, 255-265.
- Slade, P. D. y Brodie, D. (1994). Body images distortion and eating disorder: a reconceptualization based on recent literature. Eating Disorders Review, 1 (2), 34-46.
- Smith, M. C. y Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52(5), 863-872.
- Stein, D. (1988). Bulimia: A historical perspective. International Journal of Eating Disorders, 3 (3), 39-43.
- Stice, E., Schupack-Neuberg, E, Shaw, H. E. y Stein, R.J. (1994). Relation of the media exposure to eating disorder symptomatology and examination of the mediating mechanism. Journal of Abnormal Psychology, 103 (4), 836-840.
- Striegel-Moore, R. H. (1993). Etiology of binge-eating: A developmental perspective. En: C. G. Fairburn y W. T. Wilson. (Eds). Binge-eating nature assesment and treatment. New York: Guilford Press.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. y Rodin, J. (1986). Towards an understanding of risk factors for bulimia. American Psychologist, 41, 246-263.
- Strober, M. (1995). Family genetic perspectives on anorexia nervosa and bulimia nervosa. Eating disorders and obesity. New York: Guilford Press.
- Szamos, K. (1994). Comer compulsivamente, como romper la esclavitud: Laberinto hacia la libertad. México: Alpe.
- Taylor, M.J. y Cooper, P.J. (1992). An experimental study of the effect of mood on body size perception. Behaviour Research and Therapy, 30 (1), 53-58.
- Thelen, M. H. y Cornier, J. F. (1995). Desire to be thinner an weight control among children and their parents. Behavior-Therapy, 26, 85-89.
- Tiller, M. J., Sloane, G., Schmidt U., Troop, N., Power, M. y Treasure, L. J. (1997). Social Support in Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. International Journal Of Eating Disorders, 21(1), 31-38.
- Tiggemann, M. y Pickering, A. S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction an drive for thinness. International Journal of Eating Disorders, 20 (2), 199-203.

- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Cervera, M. y Perez, P. (1989). Body shape, publicity and anorexia nervosa. Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology, 23, 132-136.
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 147-151.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.
- Turón, V.J. (1997). Trastornos de la alimentación. España: Masson.
- Vandereycken, W. y Meerman, R. (1984). Anorexia nervosa: Is prevention possible?. International Journal of Psychiatry in Medicine, 14, 191-205.
- Vázquez, A.R. (1997). Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa. Tesis Doctoral, UAB, Barcelona.
- Vázquez, R. y Raich, R. M. (1998). Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales, en familias con trastorno alimentario. Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 59-69.
- Vera, G. M. N. (1998). El cuerpo: Culto o tiranía?. Psicothema.
- Wardle, J. y Marsland, J. (1990). Adolescent concerns about weight and eating: A social developmental perspective. Journal of Psychosomatic Research, 34, 377-391.
- Williamson, D.A. (1990). Assesment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nerviosa. U.S.A.: Pergamon Press.
- Williamson, D.A., Davis, C.J., Duchman, E.G, Mckenzie, S.J. y Watkins, P.C. (1990). Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia y bulimia nervosa. New York: Pergamon Press.
- Wisserman, C. V., Gray, J.J., Mosimann, J. E. y Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectation of thinness in woman an update. International Journal of Eating Disorders, 11, 85-89.
- Zamboni, M., Armellini, F., Turcato, E., Todisco., Gallager, D., Grave, R., Heymsfield, S. y Bosello, O. (1997). Body fat distribution and after weight gain in anorexia nervosa. International Journal of Obesity, 21, 31-38.