

31921
65



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**IMAGEN CORPORAL EN MUJERES MEXICANAS
PERTENECIENTES A TRES GRUPOS DE EDAD;
UN ESTUDIO EXPLORATORIO.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
GARDUÑO DAVALOS JOSUE ISRAEL
NIETO GARCIA MARIA DE LOURDES

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



IZTACALA

DICIEMBRE 2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES TEÓRICOS	
1.Trastornos alimentarios	
1. Anorexia nerviosa	4
1.1.1. Definición.....	8
1.1.2. Criterios diagnósticos.....	9
1.2. Bulimia nerviosa	
1.2.1. Definición.....	11
1.2.2. Criterios diagnósticos.....	13
2. Imagen corporal	
2.1.Definición.....	16
2.2. Imagen corporal a lo largo de la historia.....	18
2.3. Importancia de las influencias socioculturales.....	23
2.4. Alteraciones de la imagen corporal.....	31
2.4.1. Insatisfacción.....	32
2.4.2. Distorsión.....	34
2.4.3. Trastornos de la imagen corporal.....	35
3. Imagen corporal y trastornos alimentarios.....	39
OBJETIVOS	47
MÉTODO	48
RESULTADOS	55
DISCUSIÓN	73
CONCLUSIONES	90
REFERENCIAS	94

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

De acuerdo a la literatura, los trastornos alimentarios tienen como punto común afectar a hombres y mujeres adolescentes período donde se tiende a acentuar la preocupación por las características y forma del cuerpo, sin embargo, algunos estudios han demostrado que estos trastornos no son exclusivos de la adolescencia, sino que también son capaces de afectar en edades más tempranas o más tardías (Calderón, Moreno, Gill & Roca, 1998). El estudio de los trastornos alimentarios hoy en día ha ido incrementado, sin embargo, el conocimiento sobre esta temática en población adulta presenta serias carencias, ya que los estudios son escasos a nivel internacional y peor aún en el nacional, donde son prácticamente nulos. Considerando lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue explorar si existían diferencias entre mujeres de tres diferentes grupos de edad (Adolescentes, Jóvenes y Adultas) en cuanto a la presencia de sintomatología de trastorno alimentario, influencia del modelo estético corporal de delgadez e imagen corporal (insatisfacción y distorsión). Participaron 145 mujeres de nivel socioeconómico bajo, de las cuales 50 fueron adolescentes, 47 jóvenes y 48 adultas. Para lo cual se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación: EAT, BULIT, BSQ y CIMEC, además de tomar medidas antropométricas, para derivar los siguientes índices: IMC, ICC y los de percepción (respecto al peso o partes específicas).

Los resultados mostraron que —contrario a lo esperado—, en las mujeres adultas se presentó un mayor número de casos con sintomatología de trastorno alimentario (anorexia 6.2%, bulimia 14.6% ambas 12.5), pero también se caracterizaron por presentar mayor susceptibilidad ante las influencias sociales e insatisfacción y distorsión de la imagen corporal. En cuanto a la insatisfacción corporal, nuestros hallazgos mostraron que a pesar de que ésta estuvo presente en los tres grupos de mujeres, no se observa un patrón característico en su relación con la sintomatología de trastorno alimentario, ya que en el caso de las mujeres adolescentes y adultas, ambos presentaron un mayor porcentaje de casos con sintomatología de trastorno alimentario, respecto al de quienes presentaron insatisfacción corporal. Por su parte, la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal de delgadez, y en particular por medio de la publicidad, se asoció con una mayor motivación para adelgazar, además se observó que a mayor influencia del modelo estético corporal de delgadez fue también mayor la presencia de sintomatología bulímica, y en particular los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta. Mientras que en el grupo de jóvenes las relaciones sociales en la asimilación de modelos estéticos juegan un papel preponderante, aún sobre la influencia de la publicidad o de los modelos estéticos. Por otro lado, en los tres grupos de edad fue notoria la tendencia a sobreestimar las dimensiones de la cintura, —particularmente en las adolescentes—, espalda y cadera.

Con base a los resultados hallados en la presente investigación, se puede concluir que en el campo de estudio de las patologías alimentarias se ha descuidado la investigación en población adulta, la cual como lo demuestra este estudio también presenta sintomatología de trastorno alimentario, que mostró ser más vulnerable a los diversos bombardeos publicitarios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

En la sociedad se desarrollan estereotipos e ideales hacia lo que concretamente se ha denominado belleza y actualmente se llega a considerar a ésta como sinónimo de delgadez, por lo tanto ésta última se ha consagrado como el supremo valor estético a seguir. Sin embargo, es de especial importancia subrayar que no todas personas —o al menos— no la mayoría de ellas cumplen con ciertas condiciones para llegar a tener un cuerpo delgado, ya sea porque biológicamente es imposible —acumulación de grasa, estructura ósea—, o estilos de vida poco propicios a ello.

Por lo consiguiente, la mercadotecnia ha inventado métodos “infalibles” para lograr esa figura tan deseada en horas o días, lo que lleva a un consumo indiscriminado de productos y supuestas recetas para bajar de peso, las cuales en su mayoría están conformadas por una serie de patrones que atentan contra la salud de todos aquellos que, deseosos de obtener resultados con un mínimo de esfuerzo y alentados por una gran credulidad, piensan que con el consumo de un solo alimento o la irracional restricción de varios días desaparecerá el exceso de peso. Como vemos, la mayoría de las dietas engañan al público y omiten las características correctas de la alimentación, induciendo malos hábitos alimentarios que en ocasiones ponen en peligro la salud, sobre todo cuando se siguen durante períodos prolongados (Kaufer, 1990). Así, cuando la exacerbada búsqueda de la delgadez alcanza niveles mórbidos, surgen las llamadas patologías alimentarias, de las que hace algunos siglos se tenía noción, pero no habían sido identificadas y hasta sólo hace tres décadas son englobados bajo el término de trastorno alimentario.

Estos trastornos, mencionan Calderón, Moreno, Gili y Roca (1998), tienen un punto en común y es que afectan a hombres y mujeres (especialmente a estas últimas) en la adolescencia, que es donde se acentúa la preocupación por características físicas y el cuerpo, sin embargo, algunas estudios han demostrado que estos trastornos de la alimentación no son exclusivos de la pubertad o adolescencia, sino que pueden llegar a afectar a personas en edades más tardías. Es aquí donde surge la necesidad por

investigar más a fondo el problema, debido a que los trabajos que se han realizado al respecto —como se mencionó anteriormente— sólo se han centran en grupos de edad tales como la adolescentes.

La investigación aquí reportada es importante por varias razones: se aborda el problema de los trastornos en diferentes grupos de edad, se realiza un análisis para observar si existen diferencias entre ellos y además es una investigación realizada en México, esto resulta relevante, ya que la mayoría de la información acerca de mujeres adultas y nivel socioeconómico bajo que se encuentra disponible viene de otros países y por ende de poblaciones con características distintas a la nuestra, que no dan cuenta del problema en nuestro país.

Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación fue encontrar si existen diferencias en tres diferentes grupos de edad —de nivel socioeconómico bajo— en cuanto a la asociación de sintomatología de trastorno alimentario con el modelo estético corporal de delgadez y la imagen corporal (insatisfacción y distorsión). Los ejes rectores de nuestra investigación serán: edad, sintomatología de trastorno alimentario, imagen corporal (distorsión e insatisfacción) e influencia del modelo estético corporal de delgadez.

De tal forma, el apartado de antecedentes teóricos de la presente se aboca a delimitar qué son los trastornos de la alimentación, sus diferentes tipos, así como delimitar el concepto de imagen corporal y analizar su relevancia a través de la historia y en el campo específico de los trastornos alimentarios.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Al revisar literatura antigua encontramos que diversos autores ya hacían referencia a la presencia de ciertas conductas que sin duda aluden a algunos de los síntomas o componentes de lo que denominamos hoy en día trastornos del comportamiento alimentario. Además, podemos notar que desde hace décadas estos trastornos han despertado gran curiosidad, tanto por su gravedad como por su prevalencia, por ello que diversas disciplinas se hayan enfocado a investigar sobre el tema. Un primer acercamiento consistió en investigar el campo de la alimentación humana, lo que permitió concluir —entre otras cosas— que no basta con centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar lo psicológico, social y cultural que ésta implica. Éste parece ser el camino para aproximarse al estudio de las patologías alimentarias, las que hasta hace poco más de tres décadas han sido identificadas y denominadas como trastornos de la conducta alimentaria, términos que invariablemente llevan a pensar en procesos patológicos de la alimentación (Alvarez, Mancilla, López, Vázquez, Ocampo & López, 1998).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su última versión (APA, 1994), hablamos de trastornos alimentarios en presencia de graves alteraciones de la conducta alimentaria. Por su parte, Mateos y Solano (1997) consideran éstos como problemas meramente psicológicos, que se caracterizan —básicamente— por el temor fóbico a engordar, distorsión de la imagen corporal, y por una amplia gama de conductas que se despliegan con el único objetivo de intentar adelgazar. Estos trastornos tienen más que ver con las manifestaciones de abundancia que con la de privación, a diferencia de los trastornos por desnutrición (Sorosky, 1988).

Por otro lado, los trastornos alimentarios (aunque con manifestaciones muy diferenciadas) tienen como punto común afectar a hombres y mujeres jóvenes, particularmente en la pubertad y adolescencia (y es precisamente en las mujeres en

quienes se reportan las tasas más altas), cuando se acentúa la preocupación por las características y forma del cuerpo, con deseos de adelgazar o temor intenso a ganar peso, guiado por una percepción y cognición deteriorada sobre su imagen corporal y con baja autoestima, como consecuencia de las dificultades para controlar el peso. Aunque algunos estudios han demostrado que estos trastornos no son exclusivos de la adolescencia, sino que también atentan en edades más tempranas o más tardías (Calderón, Moreno, Gili & Roca, 1998).

Los pacientes diagnosticados con trastorno alimentario tienden a considerar su valoración como personas, su éxito social, académico, etc., como dependientes de una única y exclusiva forma de vida "la delgadez". Pero una vez que se ha iniciado un trastorno alimentario, y a medida que va avanzando, estos pacientes consiguen justo lo contrario de lo que se proponían: su autoestima —que por lo regular ya era baja— se ve deteriorada con el paso del tiempo, crece su aislamiento social y cuando consiguen su tan anhelada delgadez, cada vez se encuentran más tristes, solas y angustiadas. También es común que los pacientes con trastorno alimentario presenten elevados niveles de psicopatología, básicamente depresiva, fóbica u obsesiva-compulsiva (Rausch & Bay, 1990). En cuanto a las complicaciones médicas, éstas comprenden básicamente problemas metabólicos, cardiovasculares, renales, hematológicos, endocrinos, dentales, etc. (Calderón *et al.*, 1998).

La probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario se asocia con la presencia de un número de factores de riesgo, que se pueden concebir como producto de la cultura, la familia y el individuo (Garfinkel & Kaplan, 1996). Así, existen ciertos factores que pueden inducir a la instauración de los síntomas de trastorno alimentario, por ejemplo los sociales, es decir, la "cultura de la delgadez" y el hipercontrol alimentario, que hoy en día están tan en boga, y que predispone a una gran parte de la población al desarrollo de una patología alimentaria (Aparicio, 2001).

Rodríguez, Riquelme y Buendía (1996) realizaron una revisión de la epidemiología de la anorexia nerviosa en Estados Unidos y algunos países europeos,

como: Suiza, Escocia, Dinamarca, Holanda y España, encontrando un incremento en la incidencia anual en casi todos los países; sin embargo, ésta sobrepasa específicamente en países como E.U. (8.2/100 y 11.4/100) y Holanda, en este último, particularmente un recurrente incremento en la incidencia anual de los casos reportados por anorexia nerviosa.

En lo que respecta a la bulimia nerviosa, Schotte y Stunkard (1987) señalan una incidencia de 1.3% en mujeres y 0.1 % en varones, mientras que Raush y Bay (1990) refieren que cerca del 10% de la población femenina adolescente padece bulimia nerviosa. Por su parte, Chinchilla (1994) reportó que —en población general— alrededor del 5% de las mujeres y el 1% de los hombres practican —por cuestiones estéticas— conductas compensatorias, como la provocación del vómito o el consumo de laxantes y/o diuréticos; finalmente, Mateos y Solano (1997) establecen una incidencia del 1 al 3% en mujeres, principalmente entre las adolescentes.

Como resultado de lo anterior, los trastornos de la conducta alimentaria representan un área de creciente interés clínico, en medida de que la preocupación por el comer y la práctica de dietas restrictivas son conductas ampliamente difundidas en la población en general, y particularmente, en las mujeres; por lo que actualmente es ampliamente aceptado que las dietas restrictivas representan un espectro de los trastornos de la conducta alimentaria, lo cual tiene sin duda importantes implicaciones para la prevención de los mismos. Asimismo, es sabido que los síndromes más graves (la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa) se presentan en una baja proporción, pero contrariamente, en estudios realizados en poblaciones comunitarias se ha observado que las expresiones parciales o subclínicas se encuentran más extendidas (Unikel & Gómez-Peresmitré, 1999).

El DSM-IV (APA, 1994) denomina como trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE en español o EDNOS= eating disorders not otherwise specified, en inglés) a todos aquellos trastornos del comer que sin llegar a comprender un cuadro completo, es decir, que no concuerdan en su totalidad con los criterios diagnósticos de

alguno de los trastornos específicos, representan problemas de alimentación no menos graves.

Cabe destacar que la presencia de estas conductas anómalas asociadas con los trastornos alimentarios, si bien muestran sólo una tendencia y no una presencia por entero patológica, no deben descuidarse como problemáticas, ya que cuando se considera a éstos, las cifras de incidencia y prevalencia aumentan considerablemente. Así, en un trabajo de Dancyger y Garfinkel (1995) con población general, encontraron que el 1% cumplía con los criterios diagnósticos para un cuadro completo de anorexia o bulimia, mientras que un 5% cumplía criterios para el diagnóstico de un síndrome parcial.

Algunos estudios en México han intentado detectar la presencia de conductas anómalas de la alimentación en diferentes poblaciones estudiantiles. Por ejemplo, Holtz (1992) realizó un estudio con estudiantes de preparatoria, y encontró elevados porcentajes de seguimiento de dietas (59%), accesos bulímicos (52%), consumo de anfetaminas (28%), diuréticos (12%) y laxantes (6%); además de 19% de amenorrea y 81% de casos con excesiva preocupación por el peso.

Por su parte, Escobar (1992) comparó las respuestas que dieron estudiantes de secundaria, preparatoria y licenciatura de instituciones educativas públicas y privadas a un cuestionario que exploraba alteraciones del comer y prácticas relacionadas con éstos. La práctica más frecuente encontrada fue el seguimiento de dietas: 66% en escuelas privadas vs 37% en escuelas públicas; en tanto que entre los estudiantes de secundaria y preparatoria se encontró un porcentaje muy similar en escuelas privadas como públicas de jóvenes con excesiva preocupación por la comida.

Por su parte, Mancilla, Manriquez, Mercado, Román y Alvarez (1996) realizaron una investigación con la finalidad de detectar la presencia de sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa en una población de estudiantes mexicanas, así como algunos factores psicológicos asociados, entre ellos: la presión social sobre el modelo estético de esbeltez e insatisfacción con la imagen corporal. En primer lugar,

encontraron que el 8.4% de la muestra evaluada presentó sintomatología de trastorno alimentario, el 5% específicamente de anorexia y el 3.4% de bulimia. Además, los resultados indicaron que las jóvenes con sintomatología mostraron significativamente mayor susceptibilidad a la influencia y a la presión social conforme al modelo corporal de delgadez, así como una mayor insatisfacción corporal, esto en comparación con el grupo control.

1.1. Anorexia nerviosa

1.1.1. Definición

La anorexia nerviosa puede ser definida como un miedo intenso a ganar peso, aunado a pensamientos peculiares relativos a la figura o a la comida. Otra definición ampliamente aceptada es la de Saldaña (1994), quien la define como la autoinanición o pérdida de peso autoinducida por medio de la abstención total o parcial de la ingestión de alimento, pudiendo aunarse al consumo de laxantes y diuréticos, resultantes del rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Los pacientes con este trastorno generalmente carecen de conciencia de enfermedad y experimentan una exagerada preocupación por el peso, la figura y la dieta, y se caracterizan por presentar una marcada pérdida de peso y persistente deseo de adelgazar, así como por la presencia de una actitud negativa hacia su imagen corporal (Fernández, Turón, Menchón, Vidal, Vallejo & Pifarre, 1996).

La anorexia nerviosa suele considerarse casi exclusiva de la etapa de la adolescencia, específicamente entre los 14 y 19 años, aunque se han encontrado casos clínicos de mujeres anoréxicas en las que se inicia la enfermedad desde los 9 años, edad que da apertura a la pubertad, que es cuando se inicia la búsqueda de la identidad, resultante de intensos cambios tanto corporales como emocionales.

Básicamente se presenta en el sexo femenino, aunque también puede estar presente en menor grado en varones. Por otro lado, hace algunos años se hablaba de

una mayor prevalencia de la anorexia nerviosa en los niveles socioeconómicos medio y alto, sin embargo, desde hace al menos 15 años se viene constatando que este trastorno afecta a todos los niveles sociales (Toro & Vilardell, 1987), y si bien se ha demostrado en diversas ocasiones una relación entre el estatus socioeconómico y el peso corporal, dicha relación no ha mostrado ser consistente a lo largo del tiempo (Rogers, Resnick, Mitchell y Blum, 1997).

1.1.2. Criterios diagnósticos

Para poder determinar la presencia de la anorexia nerviosa, se han desarrollado diferentes métodos de clasificación y diagnóstico, los que han variado en las últimas décadas como resultado de la mayor comprensión de esta psicopatología (Vázquez, 1997). Uno de los manuales que se usa para su diagnóstico es el ICD-10 (OMS, 1992), que consiste en un sistema oficial de códigos, serie de documentos e instrumentos. El otro es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), que de acuerdo a su última versión (APA, 1994), los criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa son:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (el peso corporal es inferior al 85% del peso esperado).

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

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

D. En las mujeres pospuberales presencia de amenorrea (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales).

En el que se plantea que la anorexia nerviosa se puede clasificar en dos tipos:

RESTRICTIVO: En este tipo de anorexia, la pérdida de peso se logra a través de la realización de alguna dieta, ayuno o ejercicio intenso; durante el episodio de anorexia el sujeto no presenta conductas compensatorias inapropiadas (autoprovocación del vómito, diuréticos, laxantes, etc.).

COMPULSIVO-PURGATIVO: En este tipo de anorexia, el individuo recurre regularmente a atracones o conductas purgativas (por ejemplo, provocación del vómito o abuso de laxantes, diuréticos o enemas).

Con relación a los cambios cognitivos que presenta la persona con anorexia, podemos mencionar los pensamientos irracionales que se relacionan con la comida, el peso y la figura. Estas personas rechazan tajantemente la posibilidad de ser obesas, creen que el éxito y la aceptación social se logran a través de la figura delgada que puedan llegar a tener, sin embargo, en su intención de lograr tal delgadez, nunca establecen límites claros, sino que el ideal es estar siempre por debajo de lo esperado, y ser delgado significa ser perfecto, así como poseer autocontrol y virtud. Además, presentan distorsión en la valoración de su figura, por lo que evalúan de manera exagerada las dimensiones de su cuerpo y no valoran la gravedad de su estado (Turón, 1997).

Los cambios conductuales suelen ser también muy diversos, las anoréxicas tienden a evitar las situaciones sociales, por ejemplo, donde la comida se da en compañía de otras personas, además ocultan y manipulan la comida que supuestamente ingieren. Se preocupan exageradamente por el supuesto contenido calórico de los alimentos, pesan cada ración de comida que van a ingerir, comen utilizando las manos, mastican lentamente, sacan comida de la boca para depositarla en el plato, la escupen, la desmenuzan y terminan estropeando los alimentos (Aparicio, 2001).

En el aspecto físico, los cambios son drásticos; Uribe (2000) enlista algunas de estas manifestaciones:

- Presencia de amenorrea
- Bajo peso
- Sialorrea (babeo)
- Cefaleas
- Mareo
- Uñas quebradizas, extremidades (manos y pies) fríos y de color violáceo.
- El aspecto de la piel es agrietada y pigmentada, áspera y quebradiza, que en ocasiones se cubre de lánugo en mejillas y cuello.

Lo anterior pone de manifiesto que el cuadro psicopatológico de la anorexia no es unidireccional, y el sujeto presenta cambios tanto en lo cognitivo como en lo físico, conductual y social, lo cual hace de la enfermedad algo sumamente difícil de enfrentar para la persona, ya que engloba e interfiere con su calidad de vida.

1.2. Bulimia nerviosa

1.2.1. Definición

Como ya es bien sabido, la bulimia nerviosa tuvo que recorrer un largo camino antes de lograr ser considerada como un trastorno independiente y bien diferenciado. Precisamente esto último, conlleva a la necesidad de especificar una definición, ante lo cual surgieron diversas propuestas que —como veremos a continuación— comparten grandes similitudes, acuerdo que ha favorecido en gran magnitud el avance de diversas investigaciones referentes a este trastorno alimentario.

Por su parte, Russell (1979) define a la bulimia nerviosa a partir de tres rasgos esenciales:

- 1) Necesidad urgente e incontrolable de sobrealimentarse;
- 2) Presencia de atracones seguidos de la autoinducción del vómito y uso de purgantes, como medidas para evitar el sobrepeso; y
- 3) Presencia de un gran miedo a engordar.

En tanto que para Vitousek y Manke (1994), la bulimia nerviosa es un trastorno alimentario donde la ingestión de alimentos se realiza de forma rápida e incontrolada, y posteriormente, se recurre a la provocación del vómito, diarrea, deshidratación, etc., todo con la finalidad de intentar evitar la ganancia de peso.

De acuerdo con Collins y King (1994), generalmente la bulimia nerviosa se inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, calculándose que afecta aproximadamente del 1 al 3% de las mujeres entre los 14 y los 40 años, mientras que en los varones la proporción es de 1/10 respecto a las mujeres (De la Serna, 1998). Siendo éste caracterizado por: atracones seguidos de la recurrente práctica de conductas compensatorias con la finalidad de intentar evitar la ganancia de peso, dado el gran temor que se experimenta al sobrepeso o gordura. Por lo regular los alimentos que se consumen durante los atracones son de alto contenido calórico, por ejemplo, dulces, helados y pasteles. esto precisamente porque se ha encontrado que el seguir una dieta restrictiva forzosamente va a provocar excesivo apetito, y por lo tanto, la fuerte necesidad de ingerir hidratos de carbono, lo que frecuentemente ocasiona el primer atracón. La pérdida de control sobre la ingestión incluso puede durar hasta que el individuo llegue a sentir dolor o malestar, provocándole sentimientos de autodesprecio o culpa, y en algunos casos, un estado de ánimo depresivo (APA,1994). En ocasiones estas personas suelen vivir con temor ante el riesgo de ser descubiertos en uno de estos episodios, que normalmente se llevan a cabo en secreto y por la noche (Mateos & Solano, 1997). Después de los atracones (o periodos de sobreingesta) se presentan las conductas compensatorias, las más comunes son: la autoprovocación del vómito (este método de purga se estima que lo emplean del 80 al 90% de los sujetos con diagnóstico de bulimia nerviosa) y el consumo de diuréticos o laxantes, cuyos

efectos inmediatos son la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. Para lograr vomitar estas personas se pueden valer de numerosas herramientas, entre ellas, sus dedos.

1.2.2. Criterios diagnósticos

Con base en el DSM-IV (APA,1994), los criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa son:

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

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

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

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 inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 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.

Las personas con bulimia nerviosa pueden llegar a estar sin comer uno o más días, no obstante —en su gran mayoría— los individuos con bulimia nerviosa se encuentran dentro del margen normo-peso, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la "normalidad"; aunque también el trastorno puede aparecer en individuos con obesidad moderada y mórbida. Algunos datos sugieren que antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen mayor probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente "sana" (APA, 1994).

Existen también dos tipos específicos de bulimia nerviosa, esto con base en la determinación de la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga como conducta compensatoria a la sobreingesta de alimento.

TIPO PURGATIVO: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

TIPO NO PURGATIVO: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

1.2.3. Características

Una de las características esenciales de la bulimia nerviosa es la presencia de autoestima baja, así como también gran temor a madurar, esto es, sienten un fuerte deseo de permanecer en la seguridad de los años pre-adolescentes, pudiendo ocasionarles dificultades para funcionar de manera independiente y autónoma respecto a su familia, viviendo muy pendiente de lo que los demás esperan de ellos, de cumplir con los ideales familiares o de darles satisfacción a los demás (Collins & King, 1994). También es común notar un pensamiento infantil que se mueve en los extremos: "bueno-malo, todo o nada, obeso-delgado".

Por su parte, Saldaña (1994) considera que la ansiedad juega un papel central, principalmente en la conducta de la ingestión. Así, los alimentos sirven para somatizar los miedos, sueños, frustraciones y convicciones, lo que puede conllevar a que se abuse en la cantidad ingerida de comida aunque no se tenga hambre, como un apoyo para enfrentar la angustia ante el rechazo, la desconfianza, la carencia afectiva y el dolor. Por lo regular, estas personas consideran tener hábitos vergonzosos que ocultan mostrando escasa disciplina y acentuada inestabilidad, por ejemplo, muestran cambios frecuentes de elección vocacional y de ocupación laboral (Martínez-Fornés, 1994). Estos pacientes cultivan su vida social y sus amistades, no obstante suelen ser muy demandantes en sus relaciones interpersonales, por lo que usualmente generan rechazo y fracasan en el establecimiento de éstas (Garner & Garfinkel, 1980).

Por otro lado, algunos autores proponen que en la génesis de la bulimia nerviosa es muy importante subrayar una serie de trastornos psicológicos, como es la neurosis de angustia, ya que regularmente estos pacientes se sienten culpables, avergonzados y con rasgos depresivos. Así como también presentan labilidad afectiva, que los puede llevar de la depresión a la euforia y de la euforia a la depresión sin intervalo alguno; asimismo, algunas personas pueden presentar personalidad llimitrofe (Dorantes, 1997; Martínez-Fornés, 1994), ya que son más impulsivas y con frecuencia informan comer en exceso, realizar pequeños hurtos en las tiendas, su sentido de identidad no está consolidado y se deprimen excesivamente cuando están solas. De igual forma, Garner & Garfinkel (1980) han señalado que la bulimia nerviosa se presenta en tasas más altas entre personas con trastornos de la personalidad, del ánimo y del control de impulsos. Por otro lado, cabe mencionar que en el caso del tipo purgativo se observan más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo (APA, 1994).

2. IMAGEN CORPORAL

El estudio de los trastornos alimentarios viene precedido por una amplia gama de factores, que implican tanto el desarrollo como el mantenimiento del trastorno, entre éstos se encuentra la imagen corporal.

Los trastornos alimentarios han aumentado su incidencia en los últimos años, y esto se debe principalmente a que en la actualidad estamos inmersos en una sociedad que glorifica la belleza, convirtiéndose ésta cada vez más en sinónimo de aceptación y de éxito social; por lo que no es extraño que a la vez aumente la preocupación por la apariencia física, es decir, la sobrevaloración de la importancia de la figura y el peso corporal (Basaguren & Guimón, 1997). Así, para que una persona se considere un ser bello, debe de considerar la imagen corporal que tiene de sí misma y la influencia que ejercen sobre ella los modelos estéticos que brinda la cultura, tomando en cuenta que en la actualidad hay una generalizada preferencia social por un físico delgado. La búsqueda por obtener la imagen corporal idealizada puede ser una causa clave por la que muchas mujeres han desarrollado un trastorno alimentario, por lo que se han promovido una serie de estudios enfocados a la valoración del papel de la imagen corporal en la gestación de dichos trastornos.

2.1. Definición

La imagen corporal es un constructo de creciente interés científico y clínico, el cual ha sido conceptualizado de diferentes maneras en función de la perspectiva bajo la que se ha estudiado; y para denotarla se han utilizado diferentes términos —esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido, "yo" corporal, límites del cuerpo y concepto corporal— a través de su larga historia.

Una de las primeras propuestas fue la de Schilder (1980, cit. en Williamson, Davis, Duchman, Mc Kenzie & Watkins, 1990), quien definió a la imagen corporal como la representación mental del propio cuerpo, es decir, se refiere a la manera en como uno percibe, imagina, siente y actúa con respecto a su propio cuerpo; por lo que

en ella se contemplan aspectos perceptivos y subjetivos, que dado su ajuste o desajuste, (satisfacción-insatisfacción) así como su evaluación cognitiva, conllevan preocupación o ansiedad.

De acuerdo con Bruchon-Schweitzer (1994), la imagen corporal es un concepto polisémico que no se tiene que reducir a una simple imagen óptica del cuerpo, esto es, no es meramente un concepto corporal, sino una configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado —a través de diversas experiencias— con respecto a su cuerpo, además de percibirlo como propio, único y diferente a los otros.

Por su parte, Thompson (1990, cit. en Raich, 1998) plantea que la imagen corporal está constituida por tres componentes fundamentales:

PERCEPTUAL. Precisión con la que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos del cuerpo o su totalidad. La distorsión de este componente ha sido descrita por algunos autores como resultado de la insatisfacción corporal (Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos & Zapater, 1996). Es importante subrayar que en la investigación sobre trastornos alimentarios frecuentemente se ha hablado de la presencia de sobrestimación del tamaño corporal (Cash y Prurinsky, 1990; Casullo, González & Sifre, 2000).

SUBJETIVO (COGNITIVO-AFECTIVO). Comprende las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño o peso corporal, sobre partes específicas del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (Bemis y Hollon, 1990).

CONDUCTUAL. Supone las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (ej. conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

2.2. Imagen corporal a lo largo de la historia

El culto de la belleza corporal hacia sí mismo o hacia otras personas ha estado siempre presente en las diferentes sociedades. Esta imagen del cuerpo —tanto masculino, como femenino— ha jugado un papel preponderante, preferentemente a los ojos de la mujer como a los de quienes le rodean, debido a que la belleza femenina ha recibido atención más explícita que la del hombre (Toro, 1996). Sin embargo, esta cualidad llamada belleza es totalmente subjetiva y cambiante, dependiendo del tiempo y del lugar donde se sitúe, lo que ha llevado a repensar a la belleza como un mito, que según Wolf (1991) tiene una existencia universal, por lo que las mujeres deben aspirar a personificarla, mientras que los hombres deben aspirar a poseer mujeres que la personifiquen. Es conveniente, por lo anteriormente mencionado, realizar un recorrido histórico que describa cómo las diferentes sociedades han conceptualizado a la belleza corporal, y cuál ha sido por lo general el modelo “ideal”, ya que éste— como se dijo anteriormente— no ha sido ni es universal ni inmutable. Esto permitirá comprender el cómo y el por qué el modelo corporal de delgadez se han instaurado en las sociedades modernas.

Los orígenes, las sociedades primitivas

En éstas, el modelo corporal preferido era el de aquella mujer rolliza u obesa, la que era considerada portadora de gran energía sexual, y por lo consiguiente, de mayor capacidad de procreación (tal vez por su tamaño), por lo que a las mujeres con esta complexión se les asignaba un estatus social elevado y de mayor prestigio; contrariamente, la delgadez era vista como un signo de esterilidad o enfermedad, asociándosele con la muerte (Noordenboos, cit. en Toro, 1996). Si bien la mayoría de las culturas primitivas han tenido este ideal, existían pueblos como los masais y dobianos (grupos étnicos africanos), que veían la corpulencia y obesidad de la mujer como algo repugnante, ya que consideraban que las mujeres perdían el atractivo si su abdomen era voluminoso (Ford & Beach, cit. en Toro, 1996). Para estas culturas

primitivas, la ornamentación (como la decoración con peinados y tatuajes) y las vestimentas rituales estaban consideradas dentro del marco de lo bello y lo estético.

Etapa clásica: Grecia y Roma

En la Grecia antigua, el ideal corporal tanto femenino como masculino eran vistos desde otra perspectiva, ya que particularmente el cuerpo masculino era digno de admiración. Esta preponderancia se puede observar en el arte de la época, tanto en las esculturas como en la cerámica decorada se destaca la imagen de un cuerpo masculino musculoso, denotando la posesión de gran energía, específicamente sexual.

Por su parte, la mujer era considerada como un objeto que debía estar al cuidado de la casa, ser esposa y madre, menospreciándose el valor de la mujer de cualquier edad (Ford & Beach, cit. en Toro, 1996), sin embargo, a pesar de lo antes dicho, la mujer griega seguía tratando de ser bella, siendo el ideal femenino de compleción delgada y proporciones armoniosas, sin exagerar de manera indiscriminada en alguna parte del cuerpo, y en sí no había exhuberancia en caderas o senos. Esta mujer era cuidadosa en su arreglo personal, se afeitaba todo el cuerpo, utilizaba productos de belleza y se "cuidaba" la cara (Brussendorff & Henningsen, 1963). Por otro lado, la vestimenta femenina de la Grecia antigua (llamada "peplos") se impuso desde los orígenes de esta cultura hasta mediados del siglo VI de nuestra era sin sufrir demasiadas modificaciones.

Para los griegos, el modelo de belleza ideal era la "media de oro", que en sí no implicaba otra cosa que profesar un cierto culto al equilibrio y la "normalidad", o sea que el cuerpo debería estar en armonía, por lo que lo extremo no podía ser perfecto (Toro, 1996). La "media de oro" era aplicable al cuerpo de la mujer, y postulaba igualdad en tres distancias: entre los dos pezones, entre la parte inferior del pecho y el ombligo, y entre el ombligo y el pubis. Según Maisonneuve y Bruchon- Schweitzer (1984), los modelos femeninos de la Grecia antigua representan una idealización y dominio del cuerpo como una preocupación estética, pero desprovista de erotismo.

Por otro lado, en la Roma imperial, los modelos estéticos están muy bien identificados, y aunque existen similitudes respecto a los griegos, también se observan algunas diferencias. Los hombres gustaban de arreglarse, se teñían el pelo y se perfumaban para verse más juveniles y atractivos (Lipovetzky, 1992).

Asimismo, Fallon (cit. en Toro, 1996) y Lipovetzky (1992) mencionan que a los romanos si bien valoraban la delgadez, no era de manera exagerada, ya que su delgadez sólo consistía en no llegar a ser obesos. En cuanto a la práctica de atracones y autoinducción de vómito, ésta era aceptada en aquellos tiempos, ya que los banquetes ofrecidos eran de gran magnitud y era necesario eliminar la sensación de plenitud para volver al atracón (hecho histórico al que se le ha denominado bacanal romano). En lo que se refiere a la complexión de la mujer, ésta debía ser parecida a la del hombre, es decir delgada. Mientras que en cuanto a la vestimenta, ésta no varió de la cultura griega a la romana, la toga y la túnica persistieron —aunque con pequeñas variaciones— desde el comienzo hasta el final del imperio. Por tanto, la búsqueda estética externa no dispone de cosas nuevas o revolucionarias, sino que más bien funciona como complemento decorativo u ornamento periférico.

Edad media hasta siglo XVIII

Este periodo histórico significó un cambio parcialmente radical en la forma de observar el cuerpo, ya que se sucedió una reestructuración profunda en cuanto a las siluetas de hombres y mujeres (Lipovetzky, 1994). Los devaneos de lujo y extravagancias preponderaron en esta época, las mujeres exhibían su atractivo con base a la ornamentación externa (vestidos, joyas, tocados, etc.), y el cuerpo por sí mismo perdió la atención social que había tenido hasta entonces.

El cuerpo deseable de esta época significó un retorno a la obesidad de las mujeres primitivas, aunque con algunas variantes; el cuerpo femenino considerado bello era aquel redondeado y corpulento, el cual parecía irradiar fertilidad, con vientres

maduros, caras y hombros redondeados, que entonces suponían la naturaleza de lo deseable (Wolf, 1991).

Se puede llegar a entender la cultura de la obesidad en estas épocas por el contexto sociocultural en que se desarrolló esta sociedad. La gente se saciaba sin moderación (las personas burguesas o de clase alta) y los placeres como la comida eran inmediatos, de modo que la gordura era signo de riqueza y salud (Toro, 1996). La mujer gorda era considerada erótica y elegante, la mujer hermosa era una matrona rolliza dotada de grandes senos.

La vestimenta fundamental de esta época ciñe al cuerpo, exalta los "atributos" como lo son el busto y las caderas, el escote destaca los pechos y el vientre se pone de relieve por medio de prominentes rellenos escondidos bajo la ropa (Lipovetzky, 1992).

Siglos XIX y XX

Ésta una de las etapas más importantes en el recorrido histórico de la evolución de la imagen corporal, porque durante este periodo se observaron cambios sustanciales en la sociedad, los que dieron incipiente pauta al establecimiento del modelo corporal ideal de delgadez, que ha llegado hasta nuestros días.

Durante el siglo XIX, el cuerpo rollizo, obeso u ancho que imperó durante los siglos anteriores cambió drásticamente al de un cuerpo delgado y delicado. La instauración de este ideal se forjó —en gran parte— gracias a los médicos, ya que éstos recomendaban "grandes dosis de ejercicio" así como del consumo de vegetales. La carne era considerada "nociva", y su ingestión se asociaba a la locura y la ninfomanía, esta última seriamente mal vista y criticada por la sociedad de la época, ya que la mujer debía poseer dos tipos de purezas: la corpórea, que debía preservarse mediante ejercicio físico, y la intestinal, para la cual debían llevarse a cabo dietas "bien

controladas" (comiendo vegetales), a la par de limpiar concienzudamente el intestino, tomando diuréticos, laxantes o la aplicación de enemas (Lipovetzky, 1992).

Estos patrones de conducta (restricción de alimento, uso de laxantes, etc.) eran la vía para conseguir el cuerpo tan deseosamente soñado por la mujer de ese tiempo, un cuerpo con "talle de avispa", delgadas extremidades y abdomen más plano, además de una marcada exageración por acentuar la voluminosidad de las caderas y senos, realizándolos con cojines, almohadillas o cualquier prenda que sirviera para dicho fin. Y en medida de que el mostrar partes del cuerpo, como las piernas u hombros era considerado inmoral, la mujer tenía que realzar sus atributos a partir del vestido. Por lo que si la figura deseable no se conseguía a través de los métodos ya mencionados, como las dietas o el ayuno, siempre quedaba la posibilidad de intentar lucir más bella a través del vestido y ciertos artilugios como el corsé, aquella prenda moldeadora de la figura que sostenía el tronco y la espalda, para aparentar el cuerpo que no se tenía (Lipovetzky, 1992).

Por otro lado, el siglo XX representó la consolidación del ideal venido del siglo previo, Toro (1996) menciona que durante la primera década de este siglo se promovía la figura masculinizada de la mujer, vestida y peinada a la "garçonne" (muchacho joven); en tanto que Wolf (1991) menciona que a principios de este siglo, la dieta y la delgadez comenzaron a ser motivo de preocupación femenina. Así, en las primeras dos décadas del siglo XX entra en juego la "nueva silueta de la mujer", una silueta lineal que reemplaza la curvilínea, la apariencia de "ánfora" fue sustituida por la de "tubo". Mientras que en los años 30's, el cuerpo de la mujer estaba estrictamente ceñido por la cintura y expresaba grandes voluminosidades, tanto en los senos como en las caderas (Bruchon-Schweitzer, 1994). Aproximadamente hacia los 40's, para situarnos mejor, después de la segunda guerra mundial, el interés no se centraba tanto en la zona de las caderas, sino en unas piernas más delgadas y "bien formadas".

En los 50's se pueden identificar dos tipos de estética corporal femenina: uno de ellos con el busto grande, y el otro, de caderas con notable envergadura. Por otra parte,

un cambio notable llegó en los años 60's con la época del "hipismo", con ésta se inicia un fenómeno que tomaría auge durante algún tiempo, y que marcaría la pauta de modelo estético corporal en esos años, el modelo niñezco y esquelético de "Twiggy", una adolescente emaciada que con 17 años se introdujo en el mundo de la moda americana y europea, marcando ciertos patrones a seguir. Este fenómeno no se hubiera extendido —en tal medida— sino hubiera existido tal difusión a través de los medios de comunicación y la mercadotecnia, los que se emplearon para instaurar nuevos valores y criterios a seguir, como lo serían modelos de comportamiento, mecanismos de identificación, espejos deformados, aspiraciones, anhelos y deseos, dirigidos al receptor (Bedolla, Bustos, Flores & García, 2000).

Así, desde los años 60's el modelo estético corporal que se impuso ha sufrido pocas modificaciones en las siguientes décadas, se siguió pensando que el cuerpo femenino debía de ser extremadamente delgado —sin zonas del cuerpo exageradas—, casi anoréxico (Bruchon-Schweitzer, 1994). Sin embargo, en los últimos años este modelo, como ya se dijo, sólo ha variado un poco sobre todo con la influencia de los medios de comunicación, principalmente televisión y revistas ilustradas, muestran frecuentemente mujeres que aunque siguen siendo muy delgadas (principalmente en la zona de la cintura y de los hombros), tienden a contar con grandes protuberancias, principalmente en la zona de los glúteos y los senos; como vemos, si bien desde la década de los 60's se prioriza la delgadez femenina, durante la última década se ha abandonado el modelo niñezco, sustituyéndose por un modelo de extrema delgadez pero que enfatiza las zonas corporales femeninas de caderas y senos.

2.3. Importancia de las influencias socioculturales

Como se ha visto, todas las sociedades han desarrollado ideales de belleza que marcan objetivos a seguir, y dentro de estas exigencias se ha insistido principalmente en el ideal de belleza femenina. Por ello, no es extraño captar a lo largo de la historia numerosos ejemplos de alteraciones de los patrones biológicos en función de las normas sociales de moda, por ejemplo, hace algunos años la deformación de los pies

en las jóvenes y el alargamiento artificial del cuello. Mientras que hoy en día las mujeres recurren al ensanchamiento exagerado de los labios y al uso de tatuajes, entre muchos otros (Raich, 1998). Así, actualmente la moda ha propuesto la disminución exagerada de algunas partes del cuerpo de la mujer, a la vez que han aumentado de forma considerable el busto (principalmente) y los glúteos, lo cual es considerado generalmente como poderosamente erótico para los hombres.

Los llamados "medios de comunicación" son tecnologías complejas y heterogéneas que instauran, cada cual con modalidades específicas, sistemas de comunicación a distancia y redes de intercambio simbólico, permeadas por la simultaneidad y la producción en serie de objetos, mensajes y señales. Lo que establecen son nuevas formas culturales del hiperrealismo del instante y de la visibilidad plena. En este orden de registro, todo pertenece a la esfera de la visión, y lo visible, y donde aquello que se ofrece a la mirada pretende asimilarse a lo real. O si se prefiere, lo que se despliega ante la mirada intenta convertirse en materia de creencia (Bedolla *et al.*, 2000).

El énfasis en la figura corporal no es sorpresa, cuando ocurre que los estándares sociales para la belleza ordinaria ponen acento en la deseabilidad de la delgadez, ideal que es aceptable por la mayoría de las mujeres pero imposible por muchas de lograr (Tiggeman, Marika, Lynch & Jessica, 2001).

Shaw (1995 cit. en Gutierrez, 2000) estudió la influencia de las imágenes visuales en población femenina, para ello trabajó con dos grupos de mujeres; el primero estaba constituido por adolescentes y el otro por adultas. Les fueron expuestas 3 series de 20 fotografías: 1) de adolescentes procedentes de revistas de moda para jóvenes de entre 13 y 17 años; 2) de adultas obtenidas de revistas para mujeres de más de 18 años; y 3) fotografías neutras. Las adolescentes respondieron ante los dos tipos de modelos con mayor insatisfacción corporal que las adultas, aunque ambos grupos reaccionaron con mayor 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.

Con base a lo anterior, podemos notar que al estudiar la imagen corporal encontramos con variables sociales y culturales en juego, que estructuran maneras de actuar y formas de autopercepción. Sin embargo, como ya vimos previamente, los modelos estéticos están lejos de ser los mismos de un país a otro y de una a otra época, y muchas mujeres buscan adaptarse a ellos, aún cuando su tipo morfofisiológico puede estar por naturaleza alejado. En nuestro mundo occidental, la moda está hoy en el régimen del adelgazamiento, y son raras las mujeres que no se han encontrado, en algún momento de su vida, "un poco demasiado gordas" (Baudet, Pean & Gauquelin, 1977).

Por su parte, los medios masivos muestran actitudes positivas hacia los cuerpos de mujeres hermosas y hombres atléticos, comúnmente representados como imágenes ideales, recordándonos que una persona atractiva tiene que parecerse a éste o a ese artista, o a ésta u otra imagen que se idealizó, y a las que la mayoría de la población no puede aproximarse, pudiendo dar esto origen a sentimientos de inferioridad (Basaguren & Guimón, 1997). Sin embargo, es vital para la economía de la belleza que la gente crea que puede realzar su atractivo con la compra de productos designados a cambiar su cabello, ropa, forma corporal y peso, a pesar de que estos métodos para realzar la belleza usualmente se encaminan hacia una desviación respecto a la apariencia natural, e incluso en algunas ocasiones implican su abrupta distorsión, como sucede en el caso de la utilización de algunos métodos quirúrgicos (Alvarez, Mancilla, Martínez & López, 1998). Por lo consiguiente, las personas valoran sobremanera el aspecto físico, prestándole excesiva atención, por lo que hablan sobre él, les preocupa y procuran modificarlo de manera activa. Como vemos, el modelo ideal femenino adquiere una gran significación, ya que se puede decir que se impone.

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 entre las mujeres (Sanders & Balzagette, 1994), dichos beneficios son: a) delgadez, por consiguiente atractivo; b) salud; y c) liberación de culpabilidad. Por otro lado, se debe de mencionar que la mayoría de los productos adelgazantes y comidas "light", entre otros, aunque se dirigen principalmente al público femenino no son exclusivos de éste, incluso también se promocionan productos que pueden ser utilizados por ambos sexos.

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 —aunque no exclusivamente— (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. La extensión de esta preocupación ha sido tal, que se observa a la dieta restrictiva, al ejercicio periódico y a la mentalidad asociada con éstos como normativa.

Toro, Salamero y Martínez (1994) realizaron un estudio en Barcelona con jóvenes adolescentes, el 42% reconoció que llamaban su atención los anuncios de televisión de productos adelgazantes, sólo el 38% decía lo mismo de los anuncios adelgazantes que aparecen en las revistas, y únicamente el 31% lo refirió en cuanto a los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes. Por otro lado, el 40% era capaz de recordar las frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes, mientras que —específicamente— los anuncios de laxantes sólo llamaron la atención de un 14%. Finalmente, entre el 30% y el 60% de las adolescentes que contactan con la publicidad en cuestión, les causa algún impacto. En esta misma población, el 29% de las jóvenes reconocían sentir deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oían o veían anuncios dedicados a esto, y el 35% sentía deseos de utilizar alguna crema adelgazante cuando la veía u oía anunciada; y

en las mismas condiciones el 40% experimentaban deseos de seguir una dieta adelgazante.

Markey, Markey, Birch y Leann (2001) aseguran que la explicación para la prevalencia del empleo de dietas, incluye el énfasis social por la delgadez, que es una parte integral del atractivo físico, ya que diversas investigaciones han mostrado una relación positiva entre la figura corporal y las conductas dietarias presentes en todas las edades, desde niños hasta adultos.

Asimismo, estudios recientes han indicado la importancia de explorar el rol de las influencias socioculturales en la imagen corporal, tal como puede ser la retroalimentación recibida desde la infancia por parte de los padres, o una percepción errónea del propio cuerpo, así como la presión de éstas para la utilización de algunos métodos destinados a cambiar la apariencia del cuerpo.

Sobre esta línea, Hintikka, Hintikka, Lehtonen, Viinamaki, Koskela y Kontula (2000) realizaron un estudio con la finalidad de examinar el impacto de las influencias sociales, en particular la madre y el padre, sobre la percepción del cuerpo y el empleo de métodos para su modificación en sus hijos varones. El primer grupo evaluado fue de varones de entre 12 y 13 años, y el segundo fue de entre 14 y 15 años, para lo cual utilizaron una entrevista semi-estructurada. Encontraron que aproximadamente un tercio percibía la influencia de ambos padres, no obstante, reportaban que las madres eran quienes ejercían mayor influencia. El primer grupo plasmó que eran precisamente éstas quienes los retroalimentaban positivamente con elogios y cumplidos, principalmente; lo que se asoció con percepciones positivas que tenían los varones sobre ellos mismos. Mientras que la mayoría del segundo grupo reportó recibir mensajes de sus madres, tales como: "deberías de perder un poco de peso" o "deberías de comer menos para que pierdas peso", a la par que reportaban deseos de adelgazar y en ocasiones la práctica de actos conducentes a ello, es decir, evitaban algunos alimentos o reducían las raciones de comida. Por su parte, los padres les recomendaban la práctica constante de algún deporte con la finalidad de que perdieran

peso, y efectivamente, este segundo grupo realizaba algún deporte, y aunque cabe aclarar que la mayoría no era constante, ante la presión paterna —principalmente— volvían a practicar algún deporte, modificando con esto su figura y tono muscular. Estos autores concluyen que sus hallazgos son consistentes con los referentes a mujeres, mostrando que para ambos sexos sus madres y padres actúan como modelos y reforzadores sociales de la práctica de métodos para modificar su forma corporal.

Por su parte, Vázquez y Raich (1998) evaluaron la dinámica familiar así como las actitudes paternas hacia el peso corporal y la imagen corporal en familias que contaban con un hijo con trastorno alimentario (15 mujeres y un varón). Reportando que, en lo referente al peso corporal, un 56% de las madres creían presentar sobrepeso, aunque no lo tuvieran; aspecto de suma relevancia en la transmisión de valores acerca de un peso adecuado. Los padres otorgaban excesiva importancia a los valores culturales sobre la estética del cuerpo, al igual que sus hijos, quienes también mostraron alta vulnerabilidad ante los valores culturales con respecto al modelo estético corporal, ya que reaccionaban y llegaban a angustiarse ante la presencia de estímulos que les recordaban los modelos sociales de "delgadez". Cabe subrayar también que los padres reportaban creer que los jóvenes delgados eran más aceptados por los demás, mientras que las madres sentían gran admiración por la voluntad que tienen las personas que hacen régimen dietético. Por otro lado, la frecuencia de dieta para bajar de peso se encontró más marcadamente en las hijas, pero ambos padres mencionaron hacer dieta o haberla hecho con la finalidad de reducir su peso corporal.

Así, los estudios antes mencionados dan muestra del crucial papel de los padres, particularmente las madres en relación con el comportamiento alimentario.

Como vemos, la preocupación por el cuerpo y sus dimensiones —supuestamente excesivas— parece actuar apriorísticamente, como auténtico prejuicio, situando en un lugar secundario tanto al peso real como a la edad o las etapas evolutivas. De acuerdo con Shibley (1995), esta cultura de la delgadez conduce a normas y valores que determinan también las actitudes y conductas hacia la forma

corporal, talla o peso, particularmente en periodos como la adolescencia y la juventud, los que implican importantes cambios físicos, que sin embargo, pueden acarrear algunas consecuencias negativas para las personas que desean adaptarse al modelo estético.

El adolescente sano —por lo general— dobla su peso durante la pubertad y la adolescencia, pero no necesariamente con una tasa constante. Los varones tienden a presentar un aumento temporal en las mediciones de grasa al principio de la pubertad y luego se vuelven más delgados, dando paso al desarrollo de la masa muscular. Las mujeres, por el contrario, tienden a presentar un aumento persistente del tejido adiposo durante la adolescencia, sin embargo, este incipiente aumento de peso, la acumulación del tejido adiposo, el sobrepeso u la obesidad pueden afectar su maduración psicológica y social (Alvarez, Mancilla, Martinez *et al.*, 1998).

Es como si aceptando la presión social, todos hayan llegado a convencerse de que son hipertróficos, dilatados o deformes, e intentaran entonces conseguir la reducción en las dimensiones. El precepto parece ser que: "Todo el mundo ha de adelgazar y además, ha de perder más peso que el otro"; en este sentido, se puede retomar la función de competitividad en la vida cotidiana de las personas, puesto que por lo regular se está enfrascado en un continuo proceso de comparación con los demás (por lo regular del mismo sexo). Y si se nota en el otro más delgadez que en uno mismo, se hace el esfuerzo por estar "mejor" y atraer en mayor medida la atención de los demás, se podría decir que por "vanidad propia". No cabe duda, que sólo la impregnación cultural puede explicar estos fenómenos, una vez que la preocupación por la apariencia corporal y la cantidad de alimentos que se ingiere está constituyéndose en una potencialidad neurotizante (Toro, 1996).

Por su parte, Wooley y Wooley (1979, cit. en Feinstein & Sorosky, 1988) revisaron numerosos estudios sobre el estigma de la obesidad durante la infancia y la adolescencia, encontrando que el niño con sobrepeso es considerado por los demás como responsable de su condición, y el fracaso en remediar esta situación se debe a

"debilidad personal". Estos autores refieren que tanto los niños de peso normal como los que tienen sobrepeso adjudican a los niños obesos calificativos peyorativos tales como: sucio, vulgar o feo, entre otros; mientras que las niñas agregan adjetivos como tristes y solitarias, lo cual sugiere que la obesidad conlleva connotaciones de aislamiento social. Esta actitud negativa hacia los niños con sobrepeso prevalece para ambos sexos; sin embargo, en la adolescencia y la adultez las mujeres parecen resultar más afectadas que los varones por este prejuicio antigordura. Martínez-Fornés (1994) indica que la educación que se da desde la infancia a las mujeres es muy diferente a la de los hombres, ya que a las primeras se les inculca una mayor preocupación por su cuerpo y por la imagen corporal que a los varones. Ya que en el caso de la cultura occidental, se ha considerado a la belleza como un atributo primordial de la mujer.

Fallon, Katzman y Wooley (1994) mencionan que la obstinación en ser delgados es considerada en la actualidad una enfermedad social, y apuntan específicamente a la influencia de los medios de comunicación, por medio de los cuales se ha gestado una poderosa campaña de "dignificación" de la obsesión por el peso y las dietas (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996). Al respecto, Toro y Vilardell (1987) advierten que si ciertos patrones estéticos corporales no fueran tan fuertemente promovidos como parte del rol de la mujer, no tendrían porque existir los trastornos alimentarios.

Por su parte, Padmal de Silva (cit. en Ussher & Baker, 1993) subraya la importancia que tiene la preocupación por la apariencia y la imagen corporal asociadas con el incremento del consumismo, pero menciona además otros dos factores que pueden contribuir al incremento de las patologías alimentarias: (1) la preocupación culturalmente penetrante por el control del peso y (2) un cambio del rol femenino, en donde las mujeres se han centrado en un forcejeo con ellas mismas, para encontrar un balance entre los nuevos ideales de realización y las expectativas tradicionales del rol femenino.

Así, la imagen corporal de la mujer queda extensamente difundida, y el modelo establecido es observado y mostrado tal y como lo mandan los grandes medios de

difusión, con el objetivo de que podamos identificarlo y verlo, y pueda entonces, ser creído.

2.4. Alteraciones de la imagen corporal

Como hemos podido notar, la imagen corporal constituye un elemento de suma importancia dentro de los trastornos alimentarios, ya que juega un papel relevante tanto en la predisposición a desarrollar una patología (anorexia y bulimia), como en el mantenimiento de ésta.

Las personas en algún momento de la vida, o a través de ella, experimentan alguna preocupación por el cuerpo, siendo ésta normal en muchos casos; pero cuando existe una sobrepreocupación, esto puede llegar a convertirse en una obsesión, que termina por relacionarse con otras alteraciones, y por ende, en una enfermedad.

La apreciación del cuerpo que tienen las personas con alguna alteración de la imagen corporal llega ser extremadamente distorsionada; Toro y Vilardell (1987) por ejemplo, hablan de una "ausencia de objetividad en la apreciación de las dimensiones del propio cuerpo". En realidad, por las investigaciones que se han realizado, podemos hablar de dos diferentes tipos de alteraciones, que si bien no son lo mismo, afectan el modo de observar las dimensiones y el tamaño del cuerpo, éstas son: la insatisfacción y la distorsión corporal. Para Wonderlich, Paterson y Mitchell (1997), históricamente la imagen corporal había sido circunscrita a la percepción, pero ahora es conceptualizada como un constructo multidimensional que incorpora un importante número de componentes, incluida la percepción —que supone la propia estimación— y el concepto corporal, el cual refleja factores emocionales, cognitivos y comportamentales, tal y como se verá a continuación.

2.4.1. Insatisfacción corporal

La insatisfacción corporal se presenta de manera tan generalizada en nuestra sociedad, que la mayoría de las mujeres desean cambiar su cuerpo, tratando de alcanzar ese ideal de belleza o emulando aquellas modelos de "excelente cuerpo", que tienen el estatus de "bellas". Según Davies y Wardle (1994), los diferentes estudios muestran que la mayoría de las mujeres adolescentes, y cierto porcentaje de mujeres maduras, se perciben obesas y —por lo consiguiente— insatisfechas con su figura. Pero en sí ¿a qué se refiere exactamente el concepto de insatisfacción corporal?

Según Bruchon-Schwitzer (1994), se le puede conceptualizar a la satisfacción personal como una adaptación personal y social a través de una buena autoestima y un equilibrio emocional. Por otro lado, Garner (1997) define a la insatisfacción corporal como la distancia entre la realidad y la idealidad. Para Gómez-Pérezmitré (1993), la insatisfacción con la imagen corporal es el resultado de la autopercepción del propio cuerpo más o menos alejada de la realidad, la insatisfacción corporal —menciona esta autora— es una de las variables más importantes en el estudio de los trastornos alimentarios, ya que "es un poderoso predictor de factores de riesgo asociados con los trastornos de la alimentación" (p.28), y constituye un común denominador en las patologías alimentarias más frecuentes, como lo son la anorexia y bulimia nerviosas.

Cash (cit. en Toro, 1996) presenta datos de un estudio que se realizó en 1972 en los Estados Unidos, éste reveló que el 23% de las mujeres y el 15% de los varones presentaban insatisfacción con su cuerpo; mientras que el 82% de los varones y el 93% de las mujeres experimentaban una intensa orientación hacia la apariencia física. Nos damos cuenta, por lo visto anteriormente, que la preocupación por el peso y la figura está altamente difundida, y principalmente entre las mujeres, de acuerdo a Toro (1996), se puede considerar a esta preocupación como "parte normal de la experiencia femenina". Posteriormente, Cash y Prurinsky (1990) realizaron un estudio similar, cuyos datos arrojaron que de 2000 ciudadanos norteamericanos, el 38% de las mujeres y el 34% de los varones manifestaron insatisfacción por su apariencia física (un aumento

del 15% en ambos sexos aproximadamente, a diferencia del estudio anterior de Cash dos décadas antes). La preocupación por su imagen corporal se centraba en ciertas partes del cuerpo, como lo eran —en las mujeres—: cintura, caderas, abdomen, nalgas y muslos en los hombres el tórax y el torso medio, por lo tanto, se puede evidenciar que aunque en ambos casos —hombres y mujeres— el porcentaje de personas preocupadas por su figura es relativamente parecida, existen diferencias con relación a las zonas del cuerpo que son preocupantes para ellos, ya que se puede observar que los hombres tienden a desarrollar musculatura, a diferencia de las mujeres que tienden a reducir partes del cuerpo. Al respecto, algunos autores mencionan que la distorsión de la imagen corporal no siempre afecta a la imagen global del cuerpo, es frecuente que la persona se limite a ciertas zonas, como lo serían: muslos, nalgas y abdomen (Gutiérrez, 2000; Toro & Vilardel, 1987). Davies y Furnham (cit. en Toro, 1996) llevaron a cabo una investigación con mujeres adolescentes de Gran Bretaña, encontrando que el 39 % estaban insatisfechas con su cuerpo, más específicamente con el busto, cintura y cadera; particularmente el volumen de nalgas y muslos constituyen las zonas más ansiógenas, un 17% en el grupo de 12 años, un 20% en el de 14 años, un 37% en el de 16 años y un 41% en el de 18 años. Un aspecto que los autores resaltan es que el 80% de las mujeres que participaron en el estudio se percibieron con sobrepeso, lo tuvieran o no.

Casullo *et al.* (2000) realizaron una investigación con el objetivo de conocer si se producía un cambio durante la etapa de la juventud en relación con las variables Insatisfacción corporal y Motivación para adelgazar, entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes, y por último, determinar si existían diferencias significativas entre una muestra española y una argentina. Los resultados arrojaron que en las mujeres de ambos países están presentes —de manera importante— el deseo de adelgazar y la insatisfacción corporal, sin embargo, es importante indicar que entre las mujeres españolas la motivación para adelgazar y la insatisfacción corporal decrecen con la edad, mientras que en las mujeres argentinas aumenta.

Por su parte, Tiggemann *et al.* (2001) desarrollaron una investigación con el objetivo de conocer la presencia de insatisfacción corporal a través de diferentes lapsos de vida de mujeres. Los resultados mostraron que la insatisfacción con la imagen corporal permanece a lo largo de los años, además de que conllevaba consecuencias negativas como la excesiva práctica de dietas restrictivas y la baja autoestima. Además, las personas de mayor edad reportaron estar altamente sensibilizadas a los cambios — los que consideraban negativos— en relación con su estado corporal, tales como pérdida de elasticidad en la piel, el embarazo y la menopausia; ya que esto incrementaba los depósitos de grasa corporal, y ellas deseaban cuerpos más delgados no importando su edad, por lo que la insatisfacción corporal apareció estable a través de los diferentes periodos de vida. Finalmente, los autores hacen mención de que un gran número de estudios en países occidentales han documentado la insatisfacción corporal en mujeres, pero la mayoría de estos lo han hecho con muestras de estudiantes (de 18 a 25 años) y proveen poca información acerca de los efectos de la edad.

Podemos darnos cuenta cómo la gran mayoría de las personas están preocupada por su imagen corporal, y dicha preocupación se encuentra justificada hasta cierto punto por las diferentes condiciones que la propician, pero ¿qué pasa cuando esta insatisfacción se convierte o coexiste con la distorsión corporal?

2.4.2. Distorsión de la imagen corporal

De igual forma que la insatisfacción corporal, la distorsión de la imagen corporal se puede considerar como otra dimensión o factor estrechamente ligado a las alteraciones de la imagen corporal, que puede a su vez predisponer, mantener y/o preservar un trastorno alimentario.

La distorsión corporal se puede considerar como una sobreestimación o subestimación de determinadas partes del cuerpo, en relación al tamaño o a las dimensiones reales (Gutiérrez, 2000); o como menciona Gómez-Péresmitré (1995), el

mayor o menor alejamiento específico respecto al peso corporal real. Asimismo, la distorsión corporal se asocia con la autopercepción del tamaño del cuerpo o las partes corporales. Esta autopercepción es una variable subjetiva, y se determina si se observa una diferencia negativa (subestimación), positiva (sobreestimación), o bien, no se produce (lo que se podría llamar una ausencia de distorsión), todo esto con respecto a una variable objetiva como lo es el índice de masa corporal (Gutiérrez, 2000).

Según Gutiérrez (2000), las personas que presentan alguna alteración de la imagen corporal como la distorsión, comienzan a preocuparse y a prestarle más atención a alguna parte de su cuerpo, aunque ésta tenga apariencia normal. Algunas de sus quejas pueden remitirse a la delgadez del cabello, la presencia de arrugas o a ciertas partes del cuerpo, la cabeza, manos, codos, brazos, piernas, etc. Dichas quejas pueden tener una base objetiva, pero no ser tan "anormales" como la persona lo percibe. Además, es común que afirmen que se ven extremadamente obesas, o que algunas partes de su cuerpo están desproporcionadas. En sí, la persona percibe su cuerpo más pronunciado o más alejado de lo que es en realidad. Según Crisp (1988), cuando ocurren estas distorsiones y su efecto es exagerado, se debería de contemplar la posible existencia de un trastorno dismórfico.

De acuerdo con Gutiérrez (2000), la distorsión de la imagen corporal es causada por una cultura de la delgadez, disturbios en el desarrollo de identidad, una baja autoestima y retroalimentación social (desde la infancia) en relación a la ponderabilidad de la apariencia física; y según Ricciardeli y Mc Abee (2001), la retroalimentación desde la infancia también es un componente importante en el desarrollo de la imagen corporal.

2.4.3. Trastornos 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 que forman un conjunto, por ejemplo, la presión social

respecto al ideal estético, la que puede 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, talla o silueta corporal (Gutiérrez, 2000).

El trastorno de la imagen corporal se define como una preocupación exagerada, que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremo de la apariencia física (Rosen, 1990), y puede hablarse de éste bajo dos dimensiones precisas: a) se trata de una constelación de aspectos como un conjunto, y b) representa un grado de malestar e inhabilitación más severo que el expresado por otros términos, o el correspondiente a una simple alteración (Raich *et al.*, 1996). Así, la persona percibe su defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en realidad, y consecuentemente, organiza su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal.

En 1903, Janet (cit. en Raich, 2000) habló de "la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo", que implica el miedo a ser visto como ridículo o feo, expresándose un sentimiento de profunda vergüenza por ser como se es, con el añadido sentimiento de injusticia, puesto que uno no es como quiere, sino como le han hecho.

Por su parte, en el DSM-IV (APA, 1994) se denomina al trastorno de la imagen corporal como trastorno dismórfico corporal, y la característica esencial de éste es la preocupación por algún defecto físico. El defecto por lo regular es imaginario, y si existe, la preocupación del individuo es claramente excesiva. La preocupación causa malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo. Además, cabe señalar que dicha preocupación puede centrarse en varias partes del cuerpo al mismo tiempo, y a pesar de que las quejas son normalmente específicas, algunas veces llegan a ser considerablemente vagas. Debido al malestar que les ocasiona la exagerada preocupación, los individuos con trastorno dismórfico corporal tienden a evitar describir con detalles sus "defectos" y se limitan a hablar siempre de su "fealdad". Aunado a esto, las valoraciones de tipo cultural sobre el

aspecto físico pueden influir o amplificar las preocupaciones del individuo sobre un defecto físico imaginario.

Por lo tanto, con base al DSM-IV (APA, 1994), los criterios diagnósticos para el trastorno dismórfico corporal, son:

A. Preocupación por algún defecto imaginario del aspecto físico. 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 (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

Como vemos, esta búsqueda de la delgadez puede traer consigo trastornos de la imagen corporal, los que suponen alteraciones tanto perceptuales, como cognitivas y conductuales.

En cuanto a las perceptuales, es lo que comúnmente se conoce como "distorsión perceptual"; dentro de éste, las personas le prestan demasiada atención a su cuerpo y a su insatisfacción con él, lo que las lleva a modificarlo. Se puede ver como muestra de estos aspectos, el gran porcentaje de la población (64%) que modifican su cuerpo y que hacen de este problema algo extremo, ya que la insatisfacción con su propio cuerpo es ampliamente difundida y genera tanta ansiedad que tienen que encontrar una vía de solución, la cual generalmente es el control excesivo del peso corporal (Raich, 2000). Un ejemplo de esto, es el caso de los trastornos alimentarios, particularmente en la anorexia nerviosa, a la que se le ha llegado a relacionar con ciertos procesos psicóticos, planteando en la posible existencia de un trastorno

perceptivo del pensamiento, semejante al observado en la psicosis (Toro & Vilardell, 1987).

Las alteraciones cognitivas cobran gran relevancia en cuanto a la apariencia, pues éstas pueden formar parte de "errores cognitivos" o distorsiones, dependiendo de la manera de interpretar los acontecimientos y de preveer cómo será el futuro a partir de la observación de la realidad. Los cambios de imagen corporal se vuelven patológicos (por ejemplo; "estoy muy gorda"), estos pensamientos suelen desencadenar conductas que pueden traer consecuencias extremadamente graves, que conduzcan incluso a la instauración de actitudes y patrones alimentarios patológicos, como son la anorexia y la bulimia nerviosas.

Cuando los pensamientos que se tienen se sitúan dentro de la línea del "blanco o negro", de "si no soy la mejor, soy la peor", se está cometiendo un error de tipo dicotómico, una exageración donde no es posible incluir tonos intermedios, por lo que se condena irremediabilmente a la "más fea fealdad" sino se está en la más estricta belleza. Esta distorsión es muy frecuente y lo que hace es polarizar el pensamiento entre dos contrarios absolutos (Raich, 2000).

De acuerdo con Phillips (1996, cit. en Raich, 2000), las conductas más comunes de los pacientes que sufren un trastorno de la imagen corporal son de evitación o de rituales, o sea conductas repetitivas, que a veces dan la impresión de automatización, que estas personas se ven "obligadas" a realizar.

Los comportamientos más comunes son: mirarse al espejo, arreglarse durante mucho tiempo, camuflar su defecto con maquillaje, flequillos, posturas específicas, ropas y consumo de productos prometedores de la eterna juventud, delgadez o protuberancias de diferentes partes corporales (Raich, 2000). Para Rosen (1995), otra característica común es la práctica de dietas y ejercicio físico intenso, pues considera que éstas también se pueden clasificar como conductas de evitación de la visión de un

defecto, que en este caso puede ser ver el cuerpo demasiado grueso y desear la reducción de peso o desarrollar y disminuir determinada parte de éste.

Hasta el momento se ha hablado de diferentes factores que contribuyen a desarrollar un trastorno de la imagen corporal, a los cuales la gran mayoría estamos expuestos; entonces cabría preguntarnos ¿si todos estamos expuestos constantemente a estímulos similares, por qué no todos desarrollamos trastornos de la imagen corporal?. De acuerdo con Román, Mancilla, Alvarez y López (1998), las personas que sufren de trastornos alimentarios suelen identificar su autoestima con su propio cuerpo, esto es: "si no me considero atractiva, no sirvo para nada", ya que algunos estudios demuestran que el grado de insatisfacción corporal o autoestima física, está asociada con la autoestima en general. Las mujeres con trastorno alimentario tienen una autoestima extremadamente baja y experimentan sentimientos de rechazo hacia sí mismas (Garner & Garfinkel, 1982).

3. IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Las alteraciones de la imagen corporal pueden ser causa de importantes problemas emocionales, incluso pueden llegar a actuar como un factor de riesgo predisponente, precipitante o mantenedor de algún trastorno alimentario (De Gracia, Marcó, Fernández & Juan, 1999, cit. en De Gracia, Ballester, Patiño & Suñol, 2001), ya que comúnmente las pacientes con patología alimentaria prestan excesiva importancia a la apariencia física y desarrollan un gran temor a subir de peso, como reflejo de la insatisfacción consigo mismas. Al respecto, Gutiérrez (2000) plantea que las mujeres con anorexia y bulimia nerviosa suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo; así, el grado de insatisfacción corporal o autoestima física está asociada con la autoestima en general.

En los trastornos alimentarios, la alteración de la imagen corporal se manifiesta, como ya se dijo, tanto en la bulimia como en la anorexia nerviosa; no obstante, existen diferencias en cuanto a dicha alteración entre ambos trastornos. Por ejemplo, las

anoréxicas sobrevaloran de manera exagerada el peso corporal, existiendo una autopercepción muy alejada de la realidad, mencionan estar sumamente gordas e insatisfechas con su figura, cuando claramente puede observarse el grado de emaciación que presentan (Gómez-Péresmitre, 1993), una gran obsesión por el cuerpo, por su posible sobrepeso, lo que a su vez acentúa que centren una mayor atención hacia éste, incrementando esto la posibilidad de una mayor distorsión. Cuanta más asociación de señales de enfermedad —autoimagen deficiente, neurotismo y falta de autocontrol— peor pronóstico (Toro & Vilardell, 1987). En un estudio que realizó Slade (1985) con pacientes anoréxicas y un grupo control, encontró que las anoréxicas tienden a sobrestimar su tamaño corporal (más del 50 % de ellas lo hicieron), mientras que las del grupo control tienden a subestimar su cuerpo.

Por otro lado, en el caso de las personas que presentan obesidad, se puede decir que la insatisfacción con la imagen corporal si tiene un fundamento real y está justificada, también hasta cierto punto, ya que en las personas obesas sí existe una proporción de grasa excedente, pero también puede darse una sobrevaloración, no considerando la realidad del sobrepeso. La insatisfacción de las personas obesas se caracteriza por la fragmentación del propio cuerpo, no quieren saber acerca de él, no lo quieren ver, lo rechazan, etc. (Gómez-Péresmitre, 1993)

Según Ricciardelli y McCabe (2001), estudios longitudinales que se han realizado en mujeres (adolescentes y adultas), han mostrado que la presencia de insatisfacción con la imagen corporal representa un factor de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario, ya que éste se encuentra permanentemente ligado a la anorexia y a la bulimia nerviosas, trastornos en los que se ha observado la presencia de una imagen corporal incierta, inestable y débil. Por su parte, Lamb, Jackson, Cassidy y Priest (1993, cit. en Casullo, *et al.*, 2000) señalan que estudios realizados en Estados Unidos sobre determinantes potenciales del aumento de los trastornos alimentarios, indican que las estudiantes universitarias desean ser mucho más delgadas de lo que son, rasgos aún más presentes en las mujeres de mayor edad. Más recientemente, Markey, *et al.* (2001) aseguran que a lo largo de sus investigaciones han encontrado

que la mayoría de las adultas norteamericanas practican conductas adelgazantes, principalmente la restricción alimentaria, ya que el 70% al 90% de las mujeres han asegurado “haber estado a dieta” en algún momento de su vida, o por lo menos, haber empleado diuréticos con la exclusiva finalidad de perder peso; esto es considerado por los autores como una tendencia especialmente problemática, ya que aproximadamente la mitad de los “dietistas crónicos” en un punto de su vida se encuentran situados en la frontera que da entrada a un trastorno alimentario.

Por otro lado, Fernández, Probst, Meerman y Vandereycken (1994) reportaron que el 52% de las pacientes bulímicas se subestimaban, 15% se sobreestimaban y 33% estimaban exactamente su propio cuerpo; por otro lado, De Gracia *et al.* (2001) estudiaron la prevalencia de trastorno alimentario y su asociación con la imagen corporal en una muestra de adolescentes españolas. Los datos obtenidos indicaron que el 17.3% de mujeres de la muestra obtuvieron puntuaciones superiores al punto de corte del EAT-40, mientras que observaron mayor insatisfacción corporal —de acuerdo al BSQ— en las de mayor edad. Así, los autores afirmaron que los adolescentes que presentaron sintomatología propia de los trastornos alimentarios, también presentaron asociada una mayor insatisfacción con la propia imagen corporal.

De acuerdo con Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel & Stuckless (1998), las mujeres con bulimia nerviosa presentan un alto grado de insatisfacción corporal, además diversos hallazgos han mostrado que esto es uno de los dos más frecuente y acentuado cuando se les expone a imágenes de modelos, y como consecuencia de ello, exagerada preocupación por la comida y sobreestimación de su peso corporal. Tomando como base lo anterior, los autores decidieron examinar la relación entre la exposición —a mujeres jóvenes— de imágenes visuales que representan el ideal de belleza femenino en la cultura occidental y sus consecuencias sobre el estado de ánimo, la insatisfacción corporal y la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. Les fue mostrada una serie de imágenes de revistas de moda, donde tenían que subrayar a las modelos con la finalidad de controlar que los sujetos concentraran en ellas su atención; mientras que al grupo control no se les mostraron. Los datos indicaron que la exposición de

imágenes del ideal de belleza femenino tiene efecto inmediato sobre los estados de ánimo de las mujeres, ya que éstas se sienten feas y mostraron un alto grado de depresión. También se pudo concluir que las mujeres, particularmente las que están insatisfechas con sus cuerpos, pueden tener otros problemas psicológicos, como la presentación de sintomatología de trastorno alimentario, y por lo tanto, son más vulnerables a la presentación de dichas imágenes visuales. Así, los autores concluyen que las mujeres expuestas constantemente a imágenes visuales que representan el ideal de belleza femenino experimentarán mayor estado de ánimo depresivo e insatisfacción con sus cuerpos. Además, las mujeres que poseían rasgos psicológicos y conductuales asociados a los trastornos alimentarios, también presentaron un mayor estado de ánimo depresivo e insatisfacción corporal, así como mayor susceptibilidad a las influencias sociales.

Por otro lado, Raich (1998) resalta que los trastornos alimentarios tienen como característica central el trastorno de la imagen corporal, evidenciándose porque tanto la anorexia como la bulimia nerviosas tienen en común algunos criterios diagnósticos íntimamente relacionados con la imagen corporal: "preocupación persistente con el peso y la silueta" o la "autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales". Sin embargo, Ricciardeli y Mc Abee (2001) llevaron a cabo una revisión de literatura relacionada a la imagen corporal y los trastornos alimentarios, encontrando que las mismas determinantes (de imagen corporal y trastornos alimentarios) detectadas en jóvenes y adultos, se pueden aplicar a niños de ambos sexos. Sin embargo, mencionan que esta comprensión está limitada por el hecho de que la mayoría de los estudios han usado datos correlacionales obtenidos a partir de estudios transeccionales, es decir, que tal vez se estén confundiendo causas y consecuencias, ya que si bien se puede encontrar que los síntomas de los trastornos alimentarios son determinantes de la imagen corporal. Sin embargo, también la presencia de síntomas de trastorno de la imagen corporal pueden predecir la presencia del trastorno alimentario (Mateo, 2002).

Al respecto, Fernández, Dahme y Meermann (1999) realizaron un estudio con los siguientes objetivos: 1) verificar si los pacientes con trastorno alimentario tienen dificultades para percibir la talla de su cuerpo; 2) averiguar las diferencias en la percepción de la imagen corporal entre los pacientes con anorexia y bulimia nerviosas; 3) evaluar los efectos del tratamiento en pacientes, usando la terapia cognitivo-conductual y terapia orientada hacia el cuerpo; y 4) explorar el grado de insatisfacción y distorsión corporal, así como determinar sus consecuencias. Evaluaron a 44 pacientes diagnosticadas con trastorno alimentario (19 con anorexia de tipo restrictivo y 25 bulímicas), todas bajo un tratamiento cognitivo-conductual. Se encontró que al comienzo de la terapia, si bien era cierto que ambos grupos mostraban gran insatisfacción con la imagen corporal, era más acentuado en los pacientes con bulimia nerviosa. Además, de que si bien exhibían actitudes negativas hacia su cuerpo, no necesariamente presentaban distorsión de la imagen corporal. En conclusión, dichos resultados sugieren que la explicación del "miedo a la gordura" entre los pacientes con trastorno alimentario no se debe de sustentar con base en la sobreestimación de la talla corporal. Por tanto, los autores sugieren que este aspecto tendría que reconsiderarse en posteriores investigaciones, ya que estos hallazgos también podrían depender de la técnica empleada para medir la estimación corporal, y no necesariamente representar un problema de percepción corporal propio del trastorno alimentario.

Por otro lado, como ya es bien sabido, los trastornos de la conducta alimentaria cada vez representan mayor preocupación clínica dadas sus repercusiones —la mayoría de las veces irreversibles—, por lo que se han impulsado diversas investigaciones para fortalecer el conocimiento de éstos y detectar tempranamente poblaciones de riesgo. Así se habla de que los individuos con riesgo de desarrollar trastornos alimentarios gravitan en torno a actividades culturales, vocacionales y profesionales en las que existe un focalizado interés en la forma corporal (peso y tamaño) y grandes expectativas de logro, como sucede con los deportistas, bailarines, modelos, etc. Por tal razón, la imagen corporal se convierte en un estresor psicosocial

que puede inducir a la instauración y desarrollo de algún trastorno alimentario (Unikel & Gómes-Peresmitré, 1999).

Así, López (2001) evaluó las características socioculturales y la insatisfacción corporal relacionadas a la presencia de un trastorno alimentario entre estudiantes mexicanas de danza. Con base en medidas antropométricas, la autora observó que el perímetro más ansiógeno fue la cintura; en tanto que el grupo con anorexia nerviosa presentó mayor alteración en su percepción corporal, al subestimar sus medidas de espalda y cadera, y sobreestimar la medida de su cintura. En cuanto a la influencia de la publicidad y su relación con el malestar por la imagen corporal, encontraron relaciones relevantes de ésta con la sintomatología alimentaria, apreciándose que a mayor edad las estudiantes de danza introyectan más el modelo corporal de extrema delgadez. Cabe aclarar que la insatisfacción no fue una constante, sin embargo, cuando ésta se presentó adquirió relevancia por su asociación con la sintomatología bulímica, motivación para adelgazar y frecuencia de la práctica de dietas restrictivas, factores de riesgo en los trastornos alimentarios.

Por su parte, Gutiérrez (2000) hace mención de la presencia de alteraciones de la imagen corporal en individuos sin trastorno alimentario, tanto en la forma de insatisfacción corporal (con el cuerpo en general o con ciertos aspectos de éste) o de imprecisión perceptual (particularmente sobrestimación). Es decir, hace referencia a todos aquellos grupos que por circunstancias diversas han experimentado cambios corporales: embarazos, obesidad etc., los cuales también pueden ser mayormente susceptibles a mostrar alteraciones de la imagen corporal y a convertirse en poblaciones de riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

Al respecto, Román *et al.* (1998) evaluaron la asociación entre los trastornos alimentarios y la insatisfacción con la imagen corporal en mujeres estudiantes de licenciatura. Para ello, compararon a un grupo con sintomatología de trastorno alimentario —determinadas con base a los puntos de corte del EAT-40 y el BULIT— y un grupo control. Encontraron que las jóvenes con sintomatología de trastorno

alimentario tienen mayor insatisfacción con su imagen corporal, temor a engordar y una desmesurada preocupación por llevar a cabo dietas restrictivas con la finalidad de perder peso. Finalmente, concluyen que las personas con sintomatología de trastorno alimentario tienden a ser más receptivas a los mensajes transmitidos por los medios masivos de comunicación, y por ende, también a la presión que pueden llegar a ejercer sus ambientes familiares y/o sociales.

Más recientemente, Alvarez, Franco, Vázquez, López y Mancilla (2001), realizaron una investigación con el objetivo de 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. La muestra estuvo constituida por 1000 mujeres con un rango de edad de 15 a 29 años, pertenecientes a instituciones educativas públicas (n= 561) y privadas (n= 439), población a la cual se le aplicaron los cuestionarios: EAT, BULIT, BSQ y CIMEC. Los datos arrojados mostraron que 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 corporal social (delgadez), específicamente por medio de la influencia de la publicidad, de los mensajes verbales, así como de los modelos y situaciones sociales. Por otro lado, al comparar con base a la intersección de las variables: tipo de institución y edad, se confirmó 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.

Por otro parte, se pudo observar que las personas que rebasaron el punto de corte del EAT y del BULIT mostraron mayor insatisfacción corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima debidos a la apariencia y deseos de perder peso, que el grupo control. Respecto a cuatro de los cinco factores que evalúa el CIMEC, en ambos grupos con trastorno no sólo reportaron puntuaciones significativamente

mayores a las 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.

Por otro lado, en dicho 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, miedo a engordar y sentimientos de baja autoestima debido 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 delgadez.

Finalmente, Alvarez *et al.* (2001) observaron que en cuanto a la sintomatología que evalúa el BULIT, sólo su puntuación total y dos de sus tres factores (la sobreingesta y los sentimientos negativos posteriores) se asociaron con insatisfacción corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima debidos a la apariencia, influencia de la publicidad, de los mensajes verbales, de los modelos sociales y de las situaciones sociales.

En cuanto a la prevalencia del trastorno de la imagen corporal, algunos autores sugieren que es más frecuente su presencia en mujeres, sin embargo, de acuerdo al DSM-IV, esto aún no se puede establecer con exactitud, pero podría mencionarse que aproximadamente un 1.29% de mujeres y menos de 1% de hombres padecen este trastorno. Sin embargo, algunos autores difieren de esto, pues consideran que es aproximadamente igual para ambos sexos (Rosen & Reiter, 1994; Raich, 2000).

OBJETIVO GENERAL

Explorar si existen diferencias entre mujeres de tres diferentes grupos de edad (Adolescentes, Jóvenes y Adultas) en cuanto a la sintomatología de trastorno alimentario, la influencia del modelo estético corporal de delgadez y la imagen corporal (insatisfacción y distorsión).

OBJETIVOS PARTICULARES

- ✧ Evaluar la presencia de sintomatología de trastorno alimentario, de insatisfacción y distorsión de la imagen corporal así como de la influencia del modelo estético de delgadez entre mujeres de tres diferentes grupos de edad.
- ✧ Evaluar si existe asociación entre la imagen corporal (insatisfacción y distorsión) y la influencia del modelo estético corporal de delgadez con la variable edad.
- ✧ Evaluar si existe asociación entre la imagen corporal (insatisfacción y distorsión) y la influencia del modelo estético de delgadez con la sintomatología de trastorno alimentario.
- ✧ Determinar si existen diferencias entre los tres grupos de mujeres de diferentes edades, respecto a la imagen corporal (insatisfacción y distorsión), influencia del modelo estético corporal de delgadez y la sintomatología de trastorno alimentario.

MÉTODO

Tipo de Investigación

Inicialmente exploratorio, ya que en población adulta el tema de los trastornos alimentarios y la imagen corporal han sido poco investigados, y la literatura al respecto aporta poca información. Además es de tipo descriptivo y correlacional, debido a que se analiza la asociación entre variables.

Tipo de diseño

No experimental, transversal. Se considera no experimental porque no se manipulan deliberadamente las variables, por tanto sólo se observan los fenómenos tal y como se presentan en el ambiente natural del individuo. Y transversal porque las variables se analizaron en un sólo momento.

Muestra

No probabilística de tipo intencional, constituida por 145 mujeres de nivel socioeconómico bajo: 50 de las cuales fueron alumnas de secundaria, con un rango de edad comprendido entre los 12 y los 15 años (\bar{X} = 13.1, D.E.= 0.8); 47 fueron alumnas universitarias, con un rango de edad de entre los 18 y 21 años (\bar{X} = 19.7, D.E.= 1.1); y finalmente, participaron 48 mujeres adultas con un rango de edad de 34 a 46 años (\bar{X} = 38.9, D.E.=3.9).

Instrumentos

Hoja de datos generales: diseñada por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la FES Iztacala (UNAM), con el objeto de recabar información general del individuo, tal como: nombre, edad, estatura, peso, grado de estudios, nivel socioeconómico, etc. Para el cálculo del nivel socioeconómico se considera el nivel de estudio de

los padres y la ocupación de éstos; para tal fin, se consideraron los índices baremos propuestos por Hollingshed (cit. en Vázquez, 1997), tomando en cuenta las once categorías existentes en el nivel de estudios y las diez consideradas en ocupación. Esto con base a la siguiente fórmula:

$$\frac{[(P. \text{ Papá} \times 5) + (E. \text{ Papá} \times 3)] + [(P. \text{ Mamá} \times 5) + (E. \text{ Mamá} \times 3)]}{2}$$

donde: P= Profesión

E= Escolaridad

Cuestionario de influencias del modelo estético corporal (C.I.M.E.C.), fue diseñado para evaluar la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal de delgadez, así como detectar las situaciones que transmite este modelo (Toro, et al., 1994 y sugieren el punto de corte ≥ 23 -24). Consta de 40 preguntas bajo una escala bipolar de tres opciones de respuesta; fue validado en mujeres mexicanas por Vázquez, Alvarez y Mancilla (2000), derivando 4 factores: 1) Malestar por la imagen corporal, 2) Influencia de la publicidad, 3) Influencia de mensajes verbales y 4) Influencia de los modelos sociales.

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Mide la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de otros. Fue concebido como un instrumento que permitiese medir la insatisfacción corporal asociada a los trastornos alimentarios y discriminar dichos casos de entre la población normal. Consta de 34 reactivos bajo una escala bipolar de seis opciones, no tiene factores y su punto de corte es = 105.

Cuestionario de Bulimia (BULIT), se utiliza para la detección de la sintomatología de bulimia nerviosa. Fue realizado por Smith y Thelen en 1984, bajo el diseño de un cuestionario de autoinforme que consta de 36 preguntas, con una escala bipolar

de cinco opciones. En población mexicana la validación fue hecha por Alvarez (2000), sugiriendo como punto de corte ≥ 85 y derivando tres factores (Alvarez, Mancilla y Vázquez, 2000): 1) Sobreingesta, 2) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, 3) Conductas compensatorias.

Cuestionario de Actitudes hacia la alimentación (EAT-40), fue creado por Garner y Garfinkel en 1979 y validado en su versión española por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991). Este cuestionario se utiliza para detectar la presencia de sintomatología de anorexia nerviosa, constando de 40 reactivos bajo una escala bipolar de seis opciones de respuesta. Este cuestionario en México ha sido validado por Alvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez-Peresmitré (2002) sugiriendo como punto de corte 28, y proponiendo cinco factores (Alvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado, *en prensa*) de los cuales en la presente investigación se descartó el referente a bulimia, en medida que para tal fin se retomaría el BULIT, ya antes referido. Por tanto, los factores del EAT que se consideraron fueron: 1) Motivación para adelgazar, 2) Restricción alimentaria, 3) Preocupación por la comida, 4) Presión social percibida

Evaluación antropométrica. Con base a la cual se derivaron los siguientes indicadores de composición y percepción corporal:

Composición corporal

Índice de Masa Corporal (IMC, peso/estatura al cuadrado), el cual establece una relación de proporción del peso con respecto a la estatura, por medio de la cual es posible obtener un diagnóstico del déficit o exceso ponderal. Para su valoración existen criterios para mujeres adolescentes (Vargas y Casillas, 1993), siendo los siguientes:

Bajo peso	15-18.9
Normal	19-22.9
Sobrepeso	23-27
Obesidad	≥ 27

Mientras que para el caso de las mujeres adultas (Vargas y Casillas, 1993), se emplearon los siguientes:

Bajo peso severo	< 15
Bajo peso	15-18.9
Normal	19-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad	30-39.9
Obesidad severa	>40

Índice Cintura-Cadera (ICC= circunferencia cintura x 100), estima el grado de predominio de la grasa corporal subcutánea en la parte superior o inferior del cuerpo ha sido empleado como indicador de la grasa corporal y se le asocia con la propensión o desarrollo de diversas patologías, por lo que es usada como indicador de salud, así como también predictor de la percepción del atractivo físico.

Percepción corporal

a) *Índice de Percepción Corporal*. Este indicador se deriva a partir de la contrastación de las medidas corporales reales, respecto a las percibidas. De esta manera, se puede establecer un vínculo entre la realidad objetiva (estatura, peso, masa-grasa, etc.) y los comportamientos que suscitan estos aspectos del cuerpo (Frisancho, 1990). De esta forma la insatisfacción corporal puede llevar a percibir las dimensiones corporales equivocadamente, ya sea subestimándolas o sobreestimándolas.

Por otro lado, a partir de las medidas antropométricas reales se toman las medidas subjetivas con el señalamiento de cinta y pizarrón, para obtener el Índice de percepción corporal (IPC), es decir, tamaño percibido/tamaño actual X 100, éste índice supone la estimación del propio cuerpo y exige que la persona delimite dimensiones concretas de determinadas partes de cuerpo, las cuales se contrastan con las medidas antropométricas. Las puntuaciones mayores a 100 denotan una sobreestimación, mientras que las puntuaciones menores a 100 señalan una subestimación. Éste índice ha sido utilizado en México por Ocampo, López, Alvarez y Mancilla (1999).

- b) Peso, peso percibido/real y Peso ideal/real
- c) Medida con señalamiento en cinta: Espalda, Cintura y Cadera
- d) Medida con señalamiento en pizarrón: Espalda, Cintura y Cadera

Procedimiento

Recolección de datos

En una primera sesión se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos BULIT y EAT-40, mientras que en una segunda, se aplicaron los instrumentos BSQ y CIMEC, así como las medidas antropométricas para cada uno de los grupos. Para las 145 mujeres de la muestra ésta se efectuó en las diferentes instituciones educativas de procedencia, mientras que para el grupo de edad de 34 a 46 años se realizó en las instalaciones del DIF Cuautitlán-México. Cabe aclarar, que en todos los casos la aplicación de los cuestionarios fue grupal, y obviamente la evaluación antropométrica fue individual.

Por otro lado, se derivaron los parámetros para la determinación del ajuste de la percepción corporal en cada uno de los grupos evaluados. Esto permitió determinar la ocurrencia de distorsión de la percepción de la imagen corporal bajo la forma y grado de subestimación o sobreestimación, y fueron los siguientes:

Subestimación severa	≤ 89
Subestimación moderada	90-94
Normal	95-105
Ajuste perfecto	100
Sobreestimación moderada	106-110
Sobreestimación severa	≥ 111

Diseño de análisis de datos

Con la finalidad de alcanzar los objetivos planteados, los datos recabados se analizaron a través de métodos de la estadística descriptiva e inferencial.

Dado que los datos no cubrieron los criterios de normalidad se emplearon las siguientes pruebas no-paramétricas:

Para asociación entre variables la r^s de Spearman, aunque cabe señalar que si bien en las tablas de resultados se expresaran todos los coeficientes que hayan denota correlación significativa, en la redacción únicamente se retomarán aquellos que hayan obtenido un coeficiente ≥ 0.030 . Específicamente se correlacionaron las siguientes variables:

- a) Presencia de insatisfacción (BSQ), estatus corporal (Índices antropométricos) y distorsión (Índices de percepción) de la imagen corporal y la edad.
- b) La influencia de los modelos estético corporales (CIMEC) y la edad.
- c) Insatisfacción (BSQ) y distorsión (medidas antropométricas) de la imagen corporal y la presencia de sintomatología específica de trastornos alimentarios (BULIT y EAT-40), así como la edad.

Finalmente, para comparar la imagen corporal (insatisfacción y distorsión), así

como la susceptibilidad a la influencia del modelo estético corporal (delgadez) en mujeres de tres grupos diferentes de edad se empleó el análisis estadístico de **Kruskal-Wallis** complementado con la prueba de la **Mediana**.

RESULTADOS

Con la finalidad de comparar entre los grupos el porcentaje de sujetos que rebasaron los puntos de corte de los instrumentos, éste se derivó para cada grupo (Tabla 1). Con respecto al EAT, BULIT y BSQ, se observa que tanto el grupo de mujeres adultas como el de adolescentes fueron quienes reportaron los mayores porcentajes. Por tanto, la presencia de sintomatología anoréxica y/o bulímica y la insatisfacción con la imagen corporal estuvieron presentes en mayor proporción en el caso de las mujeres adultas y adolescentes; y en el caso de la sintomatología bulímica, fue particularmente mayor el porcentaje de mujeres adultas afectadas.

	EAT (P.C ≥ 28)	BULIT (P.C ≥ 85)	EAT Y BULIT	BSQ (P.C ≥ 105)	CIMEC (P.C ≥ 24)
Adolescentes n= 50	3 (6.0%)	5 (10.0%)	5 (10.0%)	9 (18.0%)	21 (42.0%)
Jóvenes n= 47	1 (2.1%)	3 (6.4%)	2 (4.2%)	5 (10.6%)	21 (46.7%)
Adultas n= 48	3 (6.2%)	7 (14.6%)	6 (12.5%)	10 (20.8%)	30 (62.5%)

TABLA 1. Porcentaje —por grupo— de los sujetos que rebasaron el punto de corte (P.C.) de cada uno de los instrumentos: EAT, BULIT, BSQ y CIMEC.

Asimismo, es importante notar que en el caso de las mujeres adolescentes y adultas, existe una notable diferencia entre el porcentaje de casos que rebasaron los puntos de corte del EAT y/o BULIT (26.0% y 33.3%, respectivamente) con el que rebasó el del BSQ (18.0% y 20.8%, respectivamente); lo que indica que en estos grupos la insatisfacción con la imagen corporal estuvo presente en una menor proporción que la sintomatología de trastorno alimentario, como se puede ver, esto estuvo particularmente acentuado entre las mujeres adultas.

Finalmente, en el CIMEC se muestran los porcentajes más elevados en comparación con los otros instrumentos, siendo en las mujeres adultas sobre las que la influencia del modelo estético corporal de delgadez cobra mayor fuerza (62%), ya que en los dos grupos restantes (adolescentes y jóvenes) los porcentajes obtenidos fueron semejantes (42% y 47%, respectivamente).

Posteriormente, se procedió a comparar a los grupos respecto al peso corporal de las participantes, esto con base al Índice de masa corporal (Tabla 2). En lo que respecta a la condición de bajo peso severo, ésta estuvo presente únicamente en el grupo de mujeres adultas (17%). No obstante, en la categoría de bajo peso, el grupo de adolescentes fue el que mayor porcentaje obtuvo (32%), seguido de las adultas, con una variación entre éstos de tan sólo un 3%. Por su parte, en el grupo de jóvenes se detectaron menos casos de bajo peso, encontrándose sólo un 8%, sin embargo, es en este grupo en donde se reporta el mayor número de casos normo-peso (45%) y el menor en el de adultas (27%).

	Bajo peso Severo	Bajo Peso	Normo-peso	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad severa
Adolescentes n= 50	0 (0%)	12 (32%)	18 (36%)	11 (22%)	5 (10%)	0 (0%)
Jóvenes n= 47	0 (0%)	4 (8%)	21 (45%)	17 (36%)	5 (11%)	0 (0%)
Adultas n= 48	8 (17%)	14 (29%)	13 (27%)	8 (17%)	5 (10%)	0 (0%)

TABLA 2. Distribución porcentual de los sujetos de cada grupo de acuerdo a su Índice de Masa Corporal.

Cabe mencionar, que a pesar de que el grupo de mujeres jóvenes fue el que se ajustó en mayor proporción en la categoría normo-peso, también reportaron el mayor índice de sobrepeso (36%). Asimismo, se observa que en el grupo de adultas se encontraron los mismos porcentajes para dos de las categorías, primero para el bajo peso severo y posteriormente para el sobrepeso. Por último, cabe indicar que no se registraron casos de obesidad severa en ninguno de los grupos, y aunque si se reportaron casos de obesidad, ésta se distribuyó de manera semejante entre los grupos.

Por otra parte, en la tabla 3 se puede apreciar la comparación entre los tres grupos en cuanto al Índice de percepción del peso percibido/real vs Índice de percepción del peso ideal/real.

En primer lugar, las mujeres adolescentes fueron quienes presentaron mayor distorsión de la imagen corporal en cuanto a que subestimaron severamente su peso (18%), esto es que ellas reportaron no tener un peso considerablemente inferior al real; mientras que los dos grupos restantes la presentaron en tan sólo un 4%. No obstante a ello, la muestra de mujeres adultas dista de manera realmente importante en cuanto a su peso ideal respecto al real (71%), esto en el sentido de que su ideal supondría una importante pérdida de peso; seguido del grupo de adolescentes con un 42%. Contrariamente, en cuanto a la subestimación moderada del peso corporal, también fue el grupo de mujeres adultas el que presentó en mayor porcentaje esta condición (23%), y seguido del de jóvenes con un 15%. En cuanto a la distancia entre el Índice de percepción del peso ideal/real, las jóvenes y las adultas si bien presentaron una distancia moderada entre su cuerpo ideal y real (17% y 15%, respectivamente), ésta sigue implicando una pérdida de peso.

Por otro lado, como era de suponer, en la categoría de percepción normal se concentraron los porcentajes más elevados de los tres grupos, aunque también es preciso observar que el grupo de jóvenes reporta el menor porcentaje (47%) en relación con los otros dos grupos. Ahora, con respecto al Índice de Percepción del Peso ideal/real —como se ha venido observando— el grupo de adultas se concentró en las primeras categorías, lo que habla de que su ideal no corresponde con un aumento de peso corporal, sino a la inversa, con una reducción del mismo. Para el Índice de Percepción del Peso percibido/real, el ajuste perfecto, que sería la exacta correspondencia entre el peso que el sujeto percibe tener con el que realmente tiene, el grupo de jóvenes sobresalió con un 13%, mientras que los grupos restantes sólo obtuvieron un 8%. En cuanto al IPP ideal/real, las adolescentes y las jóvenes fueron quienes obtuvieron los porcentajes más altos, aunque este último grupo destacó en la categoría de ajuste perfecto con un 4%. Por último, nuevamente en el grupo de jóvenes se localiza el mayor porcentaje de mujeres que se perciben —de forma moderada— con dimensiones mayores a las reales. Finalmente, aunque se presentaron algunos casos de sobreestimación severa, éstos fueron mínimos.

	SUBESTIMACIÓN								SOBRESTIMACIÓN			
	Severa		Moderada		Normal		Ajuste perfecto		Moderada		Severa	
	P/R	I/R	P/R	I/R	P/R	I/R	P/R	I/R	P/R	I/R	P/R	I/R
Adol. n= 50	9 (18%)	21 (42%)	3 (6%)	5 (10%)	27 (54%)	13 (26%)	4 (8%)	1 (2%)	5 (10%)	4 (8%)	2 (4%)	6 (12%)
Jóv. n= 47	2 (4%)	14 (30%)	7 (15%)	8 (17%)	22 (47%)	15 (32%)	6 (13%)	2 (4%)	8 (17%)	3 (6%)	2 (4%)	5 (11%)
Adul. N= 48	2 (4%)	34 (71%)	11 (23%)	7 (15%)	28 (61%)	4 (8%)	4 (8%)	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)

TABLA 3. Distribución porcentual de cada grupo de acuerdo a sus índices de percepción del peso (percibido/real vs Ideal/real). P/R= Índice de percepción del peso Percibido/Real
I/R= Índice de percepción del peso Ideal/Real

Por otra parte, se procedió a analizar si existía correlación entre la variables edad y la sintomatología de trastorno alimentario —con base a las puntuaciones totales del EAT y BULIT, así como sus respectivos factores— a partir de la aplicación de la prueba r^s de Spearman, cuando los coeficientes de correlación, que fueron desde 0.04 hasta 0.15, no reportaron ninguna asociación significativa.

Posteriormente, se replicó dicho análisis pero ahora para conocer si existía asociación entre el CIMEC y sus factores con las variables edad y presencia de sintomatología anoréxica (EAT), (Tabla 4). En primera instancia, la *puntuación total* del CIMEC y su *Influencia de la publicidad* correlacionaron moderadamente con el factor *Motivación para adelgazar* (MA) del EAT, y débilmente con la edad y la *puntuación total* del EAT. En tanto que el factor *Influencia de los modelos estéticos* del CIMEC correlacionó moderadamente con el total del EAT y su factor MA. Finalmente, el factor *Influencia de las relaciones sociales* del CIMEC se correlacionó débilmente con la edad y con el factor *Preocupación por la comida* (PC) del EAT. Cabe señalar que todas estas correlaciones fueron positivas, a excepción de la de PC con *Influencia de las relaciones sociales*, en tanto que los factores *Presión social* y *Restricción alimentaria* del EAT no reportaron ninguna correlación significativa con el CIMEC. Lo anterior permite destacar que la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal de delgadez, y en particular por medio de

la publicidad, se asocia con una mayor motivación para adelgazar. Contrariamente, cabe señalar que la asociación de la edad con la influencia del modelo estético corporal no pareció ser relevante.

TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN				
CIMEC	Motivación para Adelgazar	Preocupación por la comida	TOTAL	EDAD
Publicidad	0.33***	—	0.25**	0.26**
Modelos estéticos corporales	0.38****	—	0.30***	—
Relaciones sociales	—	-.16*	—	0.21*
TOTAL	0.39****	—	0.26**	0.24**

TABLA 4. Coeficientes de correlación r^s de Spearman entre el total y cada uno de los factores del CIMEC con la edad, el total del EAT y sus factores para la muestra total.
 * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$. *** $p \leq 0.001$. **** $p \leq 0.0001$

Posteriormente, se analizó si existía asociación entre los cuestionarios CIMEC y BULIT, replicando el análisis anterior. De inicio, es importante subrayar que sólo se reportaron correlaciones positivas, y que tanto el total del CIMEC como sus tres factores se correlacionaron con el total del BULIT y con sus factores *Sobreingesta* (SOB) y *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* (SNS), mientras que el factor *Conductas compensatorias* fue el único que no presentó correlación alguna, por ello fue omitido de la tabla. De esta forma, se observó que la *puntuación total* en el CIMEC correlacionó moderadamente con la puntuación total del BULIT y sus factores: SOB y SNS; en tanto que *Influencia de la publicidad* y de los *Modelos estético corporales* del CIMEC correlacionaron moderadamente con la puntuación total del BULIT y con SNS, pero débilmente con SOB. Finalmente, *Influencia de relaciones sociales* del CIMEC correlacionó moderadamente con el total del BULIT y débilmente con sus factores SOB y SNS. Así, lo que se observa es que a mayor influencia del modelo estético corporal de delgadez fue también mayor la presencia de sintomatología bulímica, y en particular los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta.

CIMEC	TEST DE BULIMIA		
	Sobreingesta	Sentimientos negativos	TOTAL
Publicidad	0.28*	0.40***	0.35***
Modelos Estéticos	0.26*	0.39***	0.34**
Relaciones sociales	0.29**	0.26*	0.32**
TOTAL	0.30**	0.44***	0.38***

TABLA 5. Coeficientes de correlación (r^s de Spearman) entre el total y los factores del CIMEC con el total del BULIT y sus factores.
* $p \leq 0.01$, ** $p \leq 0.001$, *** $p \leq 0.0001$

A continuación, se evaluó la asociación entre la insatisfacción y percepción de la imagen corporal con la edad y la presencia de sintomatología de anorexia (Tabla 6). Como se puede observar, la puntuación en el BSQ correlacionó positivamente —de forma predictiva— con el factor *Motivación para adelgazar* (MA) del EAT, de manera fuerte con su puntuación total y débilmente con *Restricción alimentaria*. Por otro lado, el *Índice de percepción del peso* (percibido/real) sólo se asoció débilmente —de forma negativa— con *Preocupación por la comida* (PC) del EAT; mientras que el *Índice de percepción del peso* (ideal/real) lo hizo moderadamente con MA y débilmente con: edad, puntuación total del EAT, PC y *Presión social percibida*, todas negativas a excepción de esta última. Contrariamente, el *Índice de percepción de espalda* (señalamiento con cinta) sólo se correlacionó —de forma débil y negativa— con la edad y PC. Por último, la variable edad se asoció negativamente —aunque también débilmente— con los *Índices de percepción de cintura* (cinta y pizarrón) y espalda (sólo pizarrón). Con base en lo anterior, notamos que ante una mayor insatisfacción con la imagen corporal fue también mayor la presencia de sintomatología de anorexia, y particularmente, la motivación para adelgazar. Asimismo, se evidencia que a menor correspondencia entre el ideal corporal de los sujetos evaluados con su cuerpo real éstos presentaron mayor motivación para adelgazar.

TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN						
	EDAD	Restricción Alimentaria	Motivación para Adelgazar	Preocupación por la comida	Presión Social	TOTAL
BSQ	—	0.27***	0.72****	—	—	0.50****
IPP ₁	—	—	—	-0.21**	—	—
IPP ₂	-0.29***	—	-0.44****	-0.25**	0.22**	-0.29***
IPE ₃	-0.24**	—	—	-0.19*	—	—
IPC ₄	-0.23**	—	—	—	—	—
IPE ₅	-0.17*	—	—	—	—	—
IPC ₆	-0.22**	—	—	—	—	—

TABLA 6. Coeficientes de correlación (r^s de Spearman) entre el BSQ y los indicadores de percepción de la imagen corporal con las variables: edad y EAT.
* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$, **** $p \leq 0.0001$

Índices de Percepción del Peso	Índices de Percepción Corporal
IPP ₁ = Percibido/Real IPP ₂ = Ideal/Real	IPE ₃ = Espalda con cinta IPC ₄ = Cintura con cinta IPE ₅ = Espalda con pizarrón IPC ₆ = Cintura con pizarrón

Después de lo anterior, se procedió a valorar la existencia de asociación entre la insatisfacción con la imagen corporal y la percepción de la misma, pero ahora con el total del BULIT y sus factores. Únicamente se encontró que la puntuación total en el BSQ correlacionó positivamente —de forma moderada— con el total del BULIT ($r^2 = 0.44$, $p \leq .0001$) y sus factores: *Sobreingesta/SOB* ($r^2 = 0.41$, $p \leq .0001$) y *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta/SNS* ($r^2 = 0.54$, $p \leq .0001$). Así, a mayor insatisfacción con la imagen corporal fue también mayor la presencia de sintomatología bulímica, y de forma específica, la práctica de sobreingesta y los sentimientos negativos posteriores. Por otro lado, el *Índice de percepción del peso* (ideal/real) se correlacionó negativamente —también moderada— con el total del BULIT y su factor SNS ($r^2 = -0.36$ y -0.42 , respectivamente, $p \leq .0001$), y también —aunque débilmente— con el factor SOB ($r^2 = -0.26$, $p \leq .001$). Esto sugiere que a menor correspondencia entre el ideal corporal y el cuerpo real, las mujeres del

estudio presentaron una mayor sintomatología bulímica. Por último, es importante notar que la asociación entre la sintomatología de bulimia con respecto a los índices de percepción corporal evaluados con cinta y pizarrón (espalda, cintura y cadera) no fueron relevantes.

Por otro lado, para poder determinar si existían diferencias entre los tres grupos de edad (adolescentes, jóvenes y adultas) con respecto a la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, se llevó a cabo una comparación entre ellos por medio de las pruebas —no paramétricas— Kruskal-Wallis y de la Mediana. Como se puede observar en la tabla 7, se detecta la presencia de diferencias significativas entre los grupos en cuanto al BSQ y los Índices de percepción evaluados, a excepción de los correspondientes a la *espalda (con cinta)* y la *cadera (con pizarrón)*. En cuanto al BSQ, fue en el grupo de adultas donde la mediana fue mayor, y también el porcentaje de mujeres que la rebasaron (62%) en comparación con los grupos de adolescentes y jóvenes (44% y 40%, respectivamente). Por su parte, en cuanto a los indicadores de percepción: *Peso percibido/real*, *Peso ideal/real* y *Espalda (con pizarrón)* fue el grupo de mujeres jóvenes el que reportó los porcentajes más elevados de sujetos que rebasaron la mediana (64%, 66% y 70%, respectivamente), seguido del grupo de adolescentes (52%, 54% y 50%, respectivamente), sin embargo, cabe indicar que los porcentajes de ambos grupos casi duplicaron los obtenidos por las mujeres adultas.

En tanto, que en lo que refiere a los índices de percepción de *cintura (con cinta)* y *cintura (con pizarrón)* fue en el grupo de mujeres adolescentes en el que se observó la mediana más elevada y a su vez el mayor porcentaje de participantes que la rebasaron (60% y 64%, respectivamente). Por último, respecto al *índice de percepción de cadera (con cinta)* en las mujeres adolescentes y adultas fue donde se instalaron las medianas más altas, además presentaron los porcentajes más elevados (66% y 62%, respectivamente), quedando muy por debajo —con tan sólo un 19%— el grupo de mujeres jóvenes.

	ADOLESCENTES (n= 50)	JÓVENES (n= 47)	ADULTAS (n= 48)	KRUSKAL WALLIS
BSQ	RP= 63.53 Me= 71.00 SRMe= 44% RP= 74.63	RP=70.49 Me= 75.00 SRMe= 40% RP= 84.31	RP= 85.32 Me= 87.00 SRMe= 62% RP= 60.23	6.84*
IPP ₁	Me= 100.00 SRMe= 52% RP= 79.11	Me= 100.00 SRMe= 64% RP= 87.81	Me= 97.55 SRMe= 33% RP= 52.14	7.93*
IPP ₂	Me= 93.00 SRMe= 54% RP= 79.28	Me= 96.15 SRMe= 66% RP= 75.99	Me= 84.61 SRMe= 27% RP= 63.52	18.75***
IPE ₃	Me= 123.27 SRMe= 50% RP= 83.70	Me= 127.78 SRMe= 60% RP= 73.30	Me= 120.36 SRMe= 40% RP= 61.56	3.80
IPC ₄	Mo= 168.75 SRMe= 60% RP= 92.92	Mo= 165.38 SRMe= 51% RP= 42.43	Mo= 151.89 SRMe= 37% RP= 82.19	6.81*
IPC ₅	Me= 145.44 SRMe= 66% RP= 72.14	Me= 115.79 SRMe= 19% RP= 94.10	Me= 138.49 SRMe= 62% RP= 53.24	38.45***
IPE ₆	Me= 127.62 SRMe= 50% RP= 90.77	Me= 134.09 SRMe= 70% RP= 62.63	Me= 118.06 SRMe= 29% RP= 64.54	22.50***
IPC ₇	Mo= 159.40 SRMe= 64% RP= 83.19	Mo= 139.24 SRMe= 36% RP= 67.61	Mo= 142.72 SRMe= 44% RP= 67.67	13.70**
IPC ₈	Me= 139.13 SRMe= 60% RP= 83.19	Me= 131.25 SRMe= 38% RP= 67.61	Me= 133.81 SRMe= 50% RP= 67.67	4.49

TABLA 7. Comparación entre los grupos de adolescentes, jóvenes y adultas —por medio de las pruebas Kruskal-Wallis y de la Mediana— respecto al total del BSQ y los índices de Percepción Corporal. RP= Rango promedio, Mo= Mediana y SRMe= Porcentaje de sujetos que robaron la mediana. * p ≤ 0.05, ** p ≤ 0.001, *** p ≤ 0.0001

Índices de Percepción del Peso	Índices de Percepción Corporal
IPP ₁ = Percibido/Real	IPE ₁ = Espalda (cintura)
IPP ₂ = Ideal/Real	IPC ₁ = Cintura (cintura)
	IPC ₂ = Cadera (cintura)
	IPE ₂ = Espalda (pizarrón)
	IPC ₃ = Cintura (pizarrón)
	IPC ₄ = Cadera (pizarrón)

Lo anterior permite identificar que en el grupo de mujeres adultas es donde está presente en mayor medida la insatisfacción con la imagen corporal, así como la subestimación de su peso corporal; esto último en contraste con las mujeres jóvenes, quienes más bien tendieron a su sobreestimación. Nuevamente se puede observar que el grupo de adultas tiende a la subestimación, pero en este caso con respecto al ideal corporal; mientras que las mujeres jóvenes sobreestimaron el ideal corporal, aunque cabe indicar que dentro de este grupo hay un mayor ajuste entre el ideal corporal y el real, pues la mediana denota únicamente una disminución del 4% del

peso. Por otro lado, en los tres grupos de edad es notoria la tendencia a sobreestimar las dimensiones de la cintura, particularmente en las adolescentes (tanto en la evaluación con cinta como con pizarrón), mientras que en las adultas esta sobreestimación sólo fue relevante al momento de evaluar su cintura con cinta, en contraste con las jóvenes, donde se presenta pero con pizarrón. Por otra parte, en los tres grupos evaluados se encontró una tendencia a sobreestimar las dimensiones de la cadera, en especial al evaluarla con cinta, no obstante a ello, en el grupo de mujeres adolescentes ésta es muy leve. Finalmente, las mujeres jóvenes y las adultas sobreestimaron las dimensiones de la espalda al evaluarla con pizarrón, aunque ésta estuvo particularmente presente entre las primeras.

Asimismo, en la tabla 8 se muestran los resultados al replicar la anterior comparación, pero ahora respecto al total del CIMEC y sus factores. Se puede observar que solamente se encuentran diferencias significativas en *Influencia de la publicidad* y de las *relaciones sociales* en la asimilación de los modelos estéticos del CIMEC. Con relación al primer factor, es en el grupo de adultas en el que se encuentra la mediana más alta y el mayor número de sujetos que la rebasaron (62%), en contraste con los grupos de adolescentes y jóvenes, quienes obtuvieron porcentajes similares (34 y 38%, respectivamente); esto indica que las mujeres adultas se encuentran significativamente más influenciadas por los medios publicitarios. Mientras que respecto a la *Influencia de las relaciones sociales*, fue el grupo de jóvenes el que obtuvo la mayor mediana, así como el porcentaje más elevado de sujetos que la rebasaron (40%), contra sólo un 24% de las adolescentes. Esto lleva a decir que en el grupo de jóvenes las relaciones sociales en la asimilación de modelos estéticos juegan un papel preponderante, aún sobre la influencia de la publicidad o de los modelos estéticos.

	ADOLESCENTES (n= 50)	JÓVENES (n= 47)	ADULTAS (n = 48)	KRUSKAL WALLIS
CIMEC	RP= 61.71 Me= 20.00 SRMe= 40%	RP= 74.00 Me= 22.00 SRMe= 42%	RP= 80.84 Me=28.00 SRMe= 58%	5.38
Publicidad	RP= 62.08 Me= 4.00 SRMe= 34%	RP= 71.52 Me= 6.00 SRMe= 38%	RP= 82.78 Me= 10.00 SRMe= 62%	6.15*
Modelo Estético Corporal	RP= 66.22 Me= 3.00 SRMe= 32%	RP= 76.40 Me= 4.00 SRMe= 36%	RP= 73.90 Me= 4.00 SRMe= 44%	1.61
Relaciones Sociales	RP= 58.93 Me= 3.00 SRMe= 24%	RP= 82.69 Me= 4.00 SRMe= 40%	RP= 75.59 Me= 4.00 SRMe= 35%	8.51*

TABLA 8. Comparación entre los grupos de adolescentes, jóvenes y adultas —por medio de las pruebas Kruskal-Wallis y la Mediana— respecto al total del CIMEC y sus factores.
RP= Rango promedio, Me= Mediana y SRMe= Sujetos que rebasaron la mediana. * $p \leq 0.05$

Una vez más, se pudo apreciar la existencia de diferencias significativas entre los tres grupos en cuanto a la sintomatología anoréxica (Tabla 9). La primera diferencia significativa se presentó en cuanto al total del EAT, donde las adolescentes y las adultas mostraron las medianas más elevadas, así como los mayores porcentajes de mujeres que las rebasaron (46% y 65%, respectivamente) contra un 23% de las jóvenes. En tanto que los dos factores del EAT que mostraron diferencias significativas fueron *Motivación para Adelgazar* y *Preocupación por la Comida* (PC). Con respecto al primero, las adultas mostraron la mediana más elevada, así como también el mayor porcentaje de sujetos que la rebasaron (56%), esto en oposición al grupo de adolescentes y jóvenes, quienes reportaron medianas muy bajas. Ahora con relación a PC, las adolescentes y las adultas obtuvieron las mismas medianas, y el porcentaje de mujeres que las rebasaron no disto de manera importante entre ambos grupos (30 y 35, respectivamente), mientras que en las jóvenes fue mínimo el número de participantes que rebasaron la mediana.

Lo antes reportado indica que la sintomatología anoréxica, y en especial la preocupación por la comida, están presentes en mayor medida en las mujeres adolescentes y adultas, sin embargo, son estas últimas quienes están significativamente más motivadas para adelgazar.

Cabe mencionar, que para el caso de la sintomatología bulímica se replicó el anterior procedimiento estadístico, pero éste no reportó diferencias significativas entre los grupos, por lo tanto, se omitió la presentación de la tabla correspondiente.

	ADOLESCENTES (n= 50)	JÓVENES (n= 47)	ADULTAS (n= 48)	KRUSKAL WALLIS
EAT	RP= 73.77 Me= 15 SRMe= 46%	RP= 56.13 Me= 12 SRMe= 23%	RP= 88.72 Me= 17 SRMe= 65%	14.36**
Restricción Alimentaria	RP= 73.98 Me= 1.00 SRMe= 34%	RP= 63.21 Me= 0 SRMe= 23%	RP= 81.56 Me= 1.00 SRMe= 44%	5.03
Motivación para Adelgazar	RP= 68.96 Me= 50 SRMe= 36%	RP= 65.30 Me= 1.00 SRMe= 30%	RP= 84.75 Me= 3 SRMe= 56%	6.31*
Preocupación por la comida	RP= 82.44 Me= 1.00 SRMe= 30%	RP= 53.14 Me= 0 SRMe= 13	RP= 82.61 Me= 1.00 SRMe= 35%	17.70***
Presión social	RP= 82.46 Me= 0 SRMe= 48%	RP= 65.90 Me= 0 SRMe= 28%	RP= 70.09 Me= 0 SRMe= 35%	5.47

TABLA 9. Comparación entre los grupos de adolescentes, jóvenes y adultas —por medio de las pruebas Kruskal-Wallis y la Mediana— respecto al total del EAT y sus factores.
 RP= Rango promedio, Me= Mediana y SRMe= Sujetos que rebasaron la mediana.
 *p ≤ 0.05, **p ≤ 0.001, ***p ≤ 0.0001

Por otro lado, con la finalidad de conocer si existe asociación entre la influencia del modelo estético corporal (CIMEC) con la sintomatología de anorexia nerviosa (EAT), pero ahora para cada grupo evaluado de mujeres, se realizó un análisis de correlación r^s de Spearman (ver Tabla 10), en ésta sólo se expresan aquellos coeficientes que denotaron correlaciones significativas. Asimismo, es importante señalar que en el caso de estas variables, en el grupo de mujeres jóvenes no se detectó ninguna correlación significativa, por lo que éste se omite de la tabla; además, en el factor *Presión social percibida* —del EAT— el grupo de adultas no presentó coeficientes de correlación significativos.

De inicio, observamos que el grupo de mujeres adolescentes mostró correlaciones importantes entre el total del CIMEC y sus factores *Influencia de los modelos estéticos corporales* y de la *publicidad* con el total del EAT y su factor *Motivación para adelgazar* (MA), siendo con este último de carácter predictivo. En

tanto que se registraron correlaciones moderadas entre *Influencia de la relaciones sociales* del CIMEC con el total del EAT y sus factores MA y *Presión social percibida*, y este último factor además correlacionó de forma moderada con *Influencia de los modelos estéticos corporales* del CIMEC. Con relación al factor *Restricción alimentaria* del EAT, existen dos correlaciones significativas —en este caso también moderadas—, la primera fue positiva con el total del CIMEC, y la segunda negativa con la *Influencia de la publicidad*.

TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN								
CIMEC	TOTAL		Restricción alimentaria		Motivación para adelgazar		Presión social	
	A	AD	A	AD	A	AD	A	AD
CIMEC	0.62 ****	—	-0.32 *	—	0.74 ****	0.40 **	—	—
Publicidad	0.64 ****	0.34 **	—	—	0.71 ****	0.46 ***	0.35 *	—
Modelo Estético Corporal	0.30 *	—	—	—	0.29 *	—	0.30 *	—
Relaciones sociales	0.63 ****	—	0.34 **	—	0.74 ****	0.52 ****	—	—
TOTAL								

TABLA 10. Coeficientes de correlación (r^s de Spearman) entre el total del CIMEC y sus factores con el total del EAT y sus factores, para los grupos de adolescentes (A) y adultas (AD).
* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$, **** $p \leq 0.0001$

Por otro lado, con relación al grupo de mujeres adultas, fue menor el número de asociaciones significativas, su correlación más importante se observó entre el total del CIMEC y la Motivación para adelgazar (MA), y de este último —aunque sólo moderadas— con *Influencia de la publicidad* y de los *modelos estéticos corporales*. Por último, MA factor también correlacionó moderadamente con el total del CIMEC.

Lo anterior permite señalar que en el grupo de adolescentes la sintomatología anoréxica, en especial la motivación para adelgazar, está fuertemente ligada al modelo estético corporal vigente (delgadez), siendo promovido en mayor medida por la publicidad, sin embargo, aunque no es tan relevante, se debe mencionar que en este grupo de mujeres se observó que a mayor influencia de la publicidad fue menor la restricción alimentaria. Contrariamente, en el grupo de adultas los medios publicitarios (televisión, radio, etc.) que promueven el modelo estético corporal

vigente comprenden la principal motivación para alcanzar ese ideal corporal, y no así las relaciones sociales.

Posteriormente se replicó el análisis anterior, pero ahora entre el CIMEC y el BULIT —con sus respectivos factores— para cada uno de los grupos evaluados (Tabla 10). En lo que respecta al grupo de mujeres adolescentes, tanto el total del CIMEC como dos de sus factores: *Influencia de la publicidad* y de *modelos estéticos corporales* correlacionaron de forma importante con el total del BULIT y su factor *Sobreingesta*, mientras que la *Influencia de las relaciones sociales* sólo lo hizo moderadamente. En tanto que el factor Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta del BULIT, a pesar de que nuevamente correlacionó fuertemente con el total del CIMEC e *Influencia de la publicidad*, no fue así para el caso de la *Influencia de modelos estéticos corporales*, donde sólo lo hizo de forma moderada.

CIMEC	TEST DE BULIMIA					
	TOTAL		Sobreingesta		Sentimientos Negativos	
	A	AD	A	AD	A	AD
TOTAL	0.58 ****	0.49 ****	0.57 ****	0.37 **	0.59 ****	0.50 ****
Publicidad	0.57 ****	0.49 ****	0.54 ****	0.41 **	0.62 ****	0.43 **
Modelos Estéticos Corporales	0.56 ****	0.31 *	0.59 ****	—	0.47 ***	0.39 **
Relaciones sociales	0.43 **	0.37 **	0.48 ****	0.29 *	—	—

TABLA 11. Correlación r^s de Spearman entre el total y cada uno de los factores del CIMEC con el total del BULIT y cada uno de sus factores del grupo de adolescentes (A) y adultas (AD).
 $p \leq 0.05$, $**p \leq 0.01$, $***p \leq 0.001$, $****p \leq 0.0001$

Por otro lado, es importante destacar que en el grupo de mujeres adultas el total del CIMEC y su factor *Influencia de la publicidad* correlacionaron moderadamente con el total del BULIT y sus factores *Sobreingesta* (SOB) y *Sentimientos negativos posteriores* (SNS). En tanto que *Influencia de los modelos estéticos* sólo correlacionó moderadamente con el total del BULIT y con el factor SNS; e *Influencia de las relaciones sociales* también con el total y débilmente con su

factor SOB. Cabe señalar que tanto el grupo de mujeres jóvenes, así como el factor *Conductas Compensatorias* del BULIT fueron omitidos de la tabla, dado que no presentaron ninguna correlación significativa. Así, con base en lo anterior, se puede afirmar que —en ambos grupos— la influencia del modelo estético corporal de delgadez, de la publicidad y de las relaciones sociales sobre la asimilación de modelos estéticos están asociadas a la sintomatología bulímica, y en particular, a la sobreingesta y a los sentimientos negativos posteriores a ésta.

Por otra parte, en la tabla 12 se puede apreciar dicho análisis correlacional, pero ahora entre el BSQ y los indicadores de percepción de la imagen corporal con el EAT y sus factores. En primer lugar, se observó que el total del BSQ se correlacionó significativamente con el total del EAT en los tres grupos de edad, sin embargo, la correlación más importante —fuerte— se ubicó en el grupo de mujeres adolescentes, así como también —en dicho grupo— el BSQ se correlacionó —de manera moderada— con el factor *Restricción alimentaria* (RA) del EAT. En el factor *Motivación para adelgazar* (MA) fue en el que hubo un mayor número de correlaciones importantes, pero para el grupo de adolescentes dicha correlación fue predictiva, mientras que para los de jóvenes y adultas sólo fue fuerte. El *Índice de percepción del peso ideal/real* correlacionó negativamente con MA, tanto en el grupo de adolescentes como en el de jóvenes, y finalmente, con *Presión social percibida* (PS), pero sólo en el grupo de adultas, siendo todas éstas moderadas. Por su parte, *Los Índices de percepción de espalda (con cinta y pizarrón)* correlacionaron moderadamente, pero sólo en el grupo de adultas, así el primero negativamente con el factor PS, y el segundo, positivamente con el factor MA.

Considerando lo anterior, es posible notar que la insatisfacción con la imagen corporal está asociada a la sintomatología de anorexia, y particularmente con la motivación para adelgazar en el caso de los tres grupos. Aunque es importante notar que el de adultas ante tal motivación también tiende a sobreestimar las dimensiones de la cintura. Sin embargo, sólo en la población adolescente se puede asociar la insatisfacción corporal con la restricción alimentaria. También es notorio —en las

adolescentes y en las adultas— que mientras menor es la correspondencia entre el cuerpo real y el ideal, éstas presentan a la par una mayor motivación para adelgazar. En cuanto a la población adulta, ésta es la que más se ve presionada a aumentar de peso, sin embargo, tienden a subestimar el tamaño de su espalda.

TEST DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN												
	TOTAL			Restricción alimentaria			Motivación para adelgazar			Presión social		
	A	J	AD	A	J	AD	A	J	AD	A	J	AD
BSQ	0.60 ****	0.40 **	0.36 **	0.39 **	—	—	0.76 ****	0.66 ****	0.67 ****	—	—	—
IPP ₂	—	—	—	—	—	—	-0.44 ***	0.46 ***	—	—	—	0.31 *
IPE ₃	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-0.36 *
IPC ₆	—	—	—	—	—	—	—	—	0.31 *	—	—	—

TABLA 12. Coeficientes de correlación r^s de Spearman entre el BSQ y los indicadores de percepción de la imagen corporal con el total del EAT y cada uno de sus factores en los tres grupos de edad: adolescentes (A), jóvenes (J) y adultas (AD).

IPP₂= Ideal/Real, IPE₃= Espalda (cinta), IPE₆= Espalda (pizarrón)
* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$, **** $p \leq 0.0001$

Posteriormente, con el objetivo de conocer si existe asociación entre la insatisfacción corporal (BSQ) y la percepción de la misma con el total del BULIT y sus factores, se aplicó a los datos el análisis de correlación r^s de Spearman (Tabla 13). En la tabla se puede observar que en los tres grupos de edad existen correlaciones moderadas entre el BULIT y el total del BSQ, así como con el *Índice de percepción del peso ideal/real*, aunque con este último todas las correlaciones fueron negativas. El *Índice de percepción de cadera (con cinta)* también se encontró una correlación positiva moderada, aunque solamente en el grupo de adultas.

De la misma forma, en los tres grupos de edad se observaron coeficientes importantes, pero ahora entre el factor *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta* (SNS) del BULIT y el BSQ, encontrándose una correlación fuerte sólo en el grupo de adultas, a diferencia de los otros dos, las cuales sólo fueron moderadas. Con relación al *Índice de percepción del peso ideal/real* y el factor del BULIT antes mencionado, las asociaciones fueron moderadas en los tres grupos, aunque a diferencia de la anterior, tanto en el grupo de adultas como en el de

adolescentes la tendencia fue negativa. Por otro lado, cabe indicar que las correlaciones obtenidas entre el total del BSQ y el factor *Sobreingesta*, reportaron asociaciones semejantes —moderadas— entre los grupos de adolescentes y de adultas. Finalmente, con respecto al factor *Conductas compensatorias* del BULIT es importante mencionar que sólo en el grupo de adolescentes se encontraron asociaciones —moderadas y negativas— en relación con los siguientes índices de percepción: *cintura (con pizarrón)* y *cadera (con pizarrón)*. Por último, es importante señalar que en los índices IPC₅, IPC₆ e IPC₈ no se encontraron correlaciones significativas con el total del BULIT ni sus factores, esto a excepción de IPC₅ y el total del BULIT, ya antes mencionado.

	TEST DE BULIMIA											
	BULIT			Sobreingesta			Sentimientos Negativos			Conductas Compensatorias		
	A	J	AD	A	J	AD	A	J	AD	A	J	AD
BSQ	0.46 ***	0.37 *	0.47 ***	0.46 ***	—	0.45 ***	0.58 ****	0.48 ***	0.45 ***	—	—	—
IPP ₂	-0.30 **	-0.37 **	-0.39 **	—	—	—	-0.48 ***	0.46 ***	-0.36 **	—	—	-0.29 *
IPE ₅	—	—	0.36 **	—	—	—	—	—	0.29 *	—	—	—
IPC ₆	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-0.39 **	—	—
IPC ₈	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-0.33 **	—	—

TABLA 13. Coeficientes de correlación r^s de Spearman entre el BSQ y los indicadores de percepción de la imagen corporal con el total del BULIT y cada uno de sus factores en los tres grupos de edad: adolescentes (A), jóvenes (J) y adultas (AD).

IPP₂= Ideal/Real, IPC₅= Cadera (cinta), IPE₅= Espalda (pizarrón), IPC₆= Cadera (pizarrón)

* p ≤ 0.05, ** p ≤ 0.01, *** p ≤ 0.001, **** p ≤ 0.0001

Lo visto anteriormente, indica que entre las adolescentes y adultas, la presencia de insatisfacción con la imagen corporal está asociada a la sintomatología de bulimia nerviosa, especialmente la sobreingesta y los sentimientos negativos posteriores. Además, los datos sugieren que —en las adolescentes y adultas— a una menor correspondencia entre el cuerpo ideal y el real, hubo una mayor presencia de sintomatología bulímica, y en especial de los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta. Mientras que en las jóvenes ante una mayor correspondencia entre el ideal corporal y el real también son mayores sus sentimientos negativos

posteriores a la sobreingesta. Finalmente, es importante mencionar que las conductas compensatorias sólo correlacionaron débil y negativamente en caso de las adultas.

DISCUSIÓN

Dentro del presente estudio se encontró que la sintomatología de trastorno alimentario (26.0% y 33.3%) y la insatisfacción con la imagen corporal (18.0% y 20.8%), respectivamente, estuvieron porcentualmente más presentes entre las mujeres adolescentes y adultas, y la sintomatología bulímica especialmente en estas últimas. Aspecto muy interesante si consideramos que —de acuerdo a la literatura— los trastornos alimentarios tienen como punto común afectar a mujeres en la adolescencia (Raush y Bay, 1990; Mateos y Solano, 1997; Aparicio, 2001), etapa en la que se acentúa la preocupación por las características y la forma del cuerpo. Aunque sí bien, en la presente investigación no se puede hablar de un trastorno alimentario propiamente dicho, sí de la presencia de su sintomatología en mujeres adultas, por lo que se apoya la tesis de Calderón, Moreno, Gili y Roca (1998), quienes aseguran que los trastornos alimentarios no son de ninguna manera exclusivos de la adolescencia, sino que también son capaces de afectar a mujeres de edades más tardías; y a su vez, en el sentido de que los patrones bulímicos tienden a desarrollarse a una mayor edad que los anoréxicos (Gómez-Peresmitré, 1993).

Esto tal vez como producto de la influencia ejercida por los medios de comunicación que poco a poco han ido ampliando sus mensajes pro-adelgazamiento a diferentes sectores de la población, hasta que hoy en día es claro que una gran parte de ellos se transmiten hacia personas adultas, evidenciándose la generalizada preferencia social por un físico delgado, —obviamente sin tomar en cuenta los cambios evolutivos de que es objeto el cuerpo humano— y a su vez promocionando supuestas alternativas, tales como: medicamentos, aparatos, téis, etc., por medio de los cuales se promete un cambio corporal (sobre todo enfocado a la delgadez) de la noche a la mañana, “sin esfuerzo, sin pérdida de tiempo y en la comodidad de su hogar”; además, esta publicidad se apoya en la presentación de cuerpos delgados de mujeres maduras que dan “fé” de los logros obtenidos por el empleo de dichos métodos (Kaufer, 1990).

Por otro lado, cabe destacar que la presencia de síntomas de los trastornos alimentarios, independientemente de la edad en la que se presenten, si bien muestran sólo una tendencia y no una presencia por entero patológica, no deben descuidarse como problemáticas, ya que de acuerdo con Dancyger y Garfinkel (1995), cuando se considera a las personas con trastornos subclínicos, las cifras de incidencia y prevalencia aumentan considerablemente. Así, estos autores reportan que si bien en población general sólo el 1% cumple con los criterios diagnósticos para un cuadro completo de anorexia o bulimia, el 5% los cumple para el diagnóstico de un síndrome parcial. Por su parte, Unikel y Gómez-Peresmitré (1999) han observado que en poblaciones comunitarias las expresiones parciales o subclínicas se encuentran ampliamente extendidas.

Con respecto a la insatisfacción con la imagen corporal, ésta es considerada un componente de suma importancia dentro de los trastornos alimentarios, ya que juega un papel relevante tanto en la predisposición a desarrollar una patología alimentaria, así como en el mantenimiento de ésta (Gómez-Peresmitré, 1993). Al respecto, Fernández, *et al.*, (1996) consideran la presencia de actitudes negativas hacia la imagen corporal como inherente a los trastornos alimentarios.

Con relación a ello, nuestros hallazgos muestran que la insatisfacción con la imagen corporal está presente en los tres grupos evaluados de mujeres, sin embargo, se observa un patrón característico en su relación con la sintomatología de trastorno alimentario. Por ejemplo, en el caso de las mujeres jóvenes, notamos que la proporción de participantes que presentaron insatisfacción con la imagen corporal corresponde cercanamente con quienes presentaron sintomatología de trastorno alimentario (11% y 13%, respectivamente). Pero esto no fue así en las mujeres adolescentes y adultas, ya que en ambos grupos fue significativamente mayor el porcentaje de quienes presentaron sintomatología de trastorno alimentario (26% y 33%, respectivamente) respecto al de quienes presentaron insatisfacción corporal (18% y 21%, respectivamente); esto particularmente acentuado entre las mujeres adultas. Lo que nos indica que entre las mujeres adolescentes y adultas de nuestra población, hubo

algunas que manifestaron conductas propias de trastorno alimentario sin necesariamente presentar insatisfacción con su imagen corporal. Ante lo cual, es importante subrayar que para los fines del presente estudio se evaluó insatisfacción corporal patológica, por lo que quizás algunas mujeres detectadas en nuestra investigación sólo muestren rasgos de malestar con la imagen corporal y no insatisfacción propiamente dicha.

Al respecto, Gutiérrez (2002) destaca la necesidad de que las diferentes investigaciones interesadas en este fenómeno precisen el criterio empleado para determinar la presencia de insatisfacción con la imagen corporal, ya que de ello dependerá si se está detectando la insatisfacción corporal patológica, o si también incluyen en sus datos formas no patológicas como el malestar con la imagen corporal. La misma literatura da muestra del empleo de ambos términos como sinónimos, por ejemplo, Davies y Wardle (1994) aseguran que la insatisfacción corporal se presenta de manera tan generalizada en nuestra sociedad, que la mayoría de las mujeres desean cambiar su cuerpo, tratando de alcanzar ese ideal de belleza o emulando aquellas modelos de "excelente cuerpo" que tienen el estatus de "bellas". También Toro (1996) considera a la insatisfacción con la imagen corporal y a la preocupación por ésta como "parte normal de la experiencia femenina", dado que el culto a la belleza corporal ha estado siempre presente en las diferentes sociedades, jugando un papel preponderante, preferentemente a los ojos de la mujer como a los de quienes le rodean, debido a que la belleza femenina ha recibido atención más explícita que la del hombre. Así, la importancia de especificar los términos empleados en las diversas investigaciones radica en que se lograría una mejor comprensión del fenómeno en estudio, evitando con ello que se pueda sobredimensionar la presencia de la insatisfacción corporal sobre la población en general.

Por otro lado, respecto a la influencia del modelo estético de delgadez —evaluado por medio del CIMEC— observamos que si bien en los tres grupos de mujeres cobra relevancia, en las adultas esto es más marcado; lo que indica que dicha población tiende a ser más susceptible ante las diversas influencias que promocionan el

modelo estético corporal de delgadez. Sin embargo, este hallazgo contradice parcialmente la tesis de Shibley (1995), quien por un lado asevera que la cultura de la delgadez conduce a normas y valores que determinan también actitudes y conductas hacia la forma corporal, estatura o peso, pero por otro lado, ubica que esto sucede particularmente en periodos como la adolescencia y la juventud; no obstante; en el presente estudio se encontró que estas normas y valores que Shibley menciona no afectan exclusivamente a mujeres en edades tempranas, sino también afecta —y principalmente— a las adultas.

Al respecto, Tiggeman *et al.* (2001) indican que las mujeres adultas reportan sufrir cambios negativos en relación con la imagen corporal, tales como: pérdida de elasticidad en la piel, particularmente durante el embarazo y la menopausia, ya que estos procesos incrementan los depósitos de grasa corporal. Situación sin duda contraria a la socialmente prescrita en cuanto a la deseabilidad de delgadez corporal; pero recordemos que la imagen corporal no es fija e inamovible, sino que se reestructura a lo largo de los años de la vida, y no se debe perder de vista que esto es dependiente de las diversas circunstancias y formas de interpretarla (Raich, 2000), proceso que sin duda supone la comparación del propio cuerpo en relación a otros cuerpos, ya que no sólo se juzga sino también se es juzgado (López, 2001). No obstante, es importante realizar una apreciación en cuanto al instrumento empleado en la presente investigación para evaluar la influencia del modelo estético corporal de delgadez (CIMEC), ya que éste aún no cuenta con un punto de corte acorde a la población mexicana, ante lo cual ya diversas investigaciones han manifestado que el utilizado actualmente pudiera ser demasiado bajo para dicha población (Mateo, 2002; López, 2001), lo cual puede estar sobredimensionando la vulnerabilidad a la influencia del modelo estético de delgadez.

Aunado a lo anterior, los datos obtenidos en esta investigación con relación al peso corporal mostraron una tendencia interesante, ya que se esperaba que en el grupo de mujeres adultas se evidenciaran problemas de sobrepeso u obesidad, dados los cambios físicos sufridos por éstas —ya antes mencionados por Tiggeman *et al.*

(2001)—, pero esto no fue así, y además recordemos que fue en ellas donde la sintomatología de trastorno alimentario se presentó en mayor medida, y especialmente la de bulimia nerviosa. Sin embargo, al respecto la literatura reporta que generalmente las personas que presentan bulimia nerviosa se ubican dentro del margen normo-peso o con una ligera variación respecto a éste; y paralelamente, suele considerarse que la población en mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, es aquella con sobrepeso (APA, 1994). Pero en el caso del presente estudio, dicha tendencia pareció ser inversa, esto es, casi un 50% de las mujeres adultas presentaron bajo peso, en tanto que su contraparte —sobrepeso y obesidad— correspondieron en igual proporción a las mujeres jóvenes, mismas en donde se registraron los menores índices de mujeres insatisfechas con su imagen corporal o con sintomatología de trastorno alimentario.

Lo anterior lleva a replantear el supuesto de que el sobrepeso en sí mismo es un factor clave para comprender la insatisfacción con la imagen corporal, y que además ésta se asocia indudablemente al desarrollo y mantenimiento del trastorno alimentario (Gutiérrez, 2000). Pero, si el sobrepeso no parece ser un factor tan relevante —según los datos obtenidos— ¿Puede entonces ser más importante que el estado corporal real, la apreciación que la persona tenga de éste?. De acuerdo a un estudio realizado por Gómez-Peresmitré (1998), el sentirse atractivo parece ser más relevante que el ser atractivo, es decir, la autora menciona que la percepción corporal es un posible indicador de la variable satisfacción/insatisfacción, que a su vez está en relación con la preocupación por el peso y la comida, factores de riesgo asociados al desarrollo del trastorno alimentario.

Los resultados del presente estudio con respecto a la percepción corporal, nos revelan que la distorsión de la misma estuvo ampliamente presente en los tres grupos evaluados, no obstante, lo estuvo particularmente entre las adolescentes y jóvenes. Sin embargo, en el caso de la subestimación, fueron las adolescentes y las adultas quienes la presentaron en mayor medida, mientras que la sobreestimación lo fue entre las jóvenes. Por tanto, nuestros datos no confirman lo referido por Davies y Wardle (1994),

en el sentido de que las adolescentes y —en un menor grado— las adultas tienden a percibirse obesas, ya que contrariamente, nosotros observamos que las jóvenes fueron quienes se percibieron con mayor peso corporal del que realmente tenían. Al respecto, Gutiérrez (2000) aclara que la distorsión de la imagen corporal es propiciada —al menos en gran parte— por la cultura de la delgadez, la cual preescribe que el modelo o figura ideal es aquélla que promueve la delgadez —al menos en lo que a figura femenina se refiere—. Este ideal de delgadez resulta muy relevante, puesto que ya se mencionó que los mayores índices se centraron en la sobreestimación del cuerpo —en este caso percibido/real—, es decir, cierto porcentaje de las mujeres de la investigación dicen tener más peso del que en realidad tienen, y aún así desean estar más delgadas —ideal/real—. Esto en concordancia con Saldaña (1994), quien menciona que un físico delgado es de actual preferencia de las mujeres, debido a la importancia social que reviste.

Al respecto, Toro y Vilardell (1987) establecen que en la actualidad la delgadez se toma como un valor positivo, como una meta a alcanzar y como modelo a imitar, dado que ser delgado significa tener éxito, y por el contrario, no ser delgado es fracasar y no agrada ni agradarse. Esto fue particularmente notorio en el caso de las mujeres adultas evaluadas, ya que es en este grupo donde la mayoría de sujetos presentó infrapeso, y sin embargo, un 86% de ellas reportó desear tener una figura aún más delgada. Esto contrasta con lo señalado por Lamb, Jackson, Cassiday y Priest (1993, cit. en Casullo, *et al.* 2000), en cuanto a que estudios realizados en E.U. han indicado que las estudiantes universitarias —en comparación a las mujeres de mayor edad— desean ser mucho más delgadas de lo que son; mientras que nuestro estudio revela que si bien la mitad de las mujeres adolescentes y jóvenes desean disminuir su peso corporal, observamos que es en las adultas en quienes en realidad esto se presenta en mayor proporción.

Como podemos observar, los datos hasta aquí referidos no coinciden totalmente con una parte de la literatura especializada, la que indica que las mujeres adolescentes y jóvenes son en las que se presentan en mayor medida sintomatología de trastorno

alimentario, alteración de la imagen corporal (en cuanto a insatisfacción y distorsión) e influencia del modelo estético corporal de delgadez.

Esto se pudo corroborar posteriormente, al evidenciar la ausencia de asociación entre la edad con la sintomatología de trastorno alimentario y con la insatisfacción corporal, en tanto que fue mínima con la influencia del modelo estético corporal de delgadez (específicamente de la publicidad y las relaciones sociales) y con la sobreestimación de la espalda y la cintura (esto tanto en señalamiento con cinta como con pizarrón). En cuanto a la sintomatología de trastorno alimentario, Collins y King (1994) ya han reportado la presencia de trastorno alimentario tanto en mujeres adolescentes como en adultas, calculando que éstos pueden llegar a afectar aproximadamente del 1 al 3% de las mujeres entre los 14 y los 40 años. Por su parte, diversos estudios han mostrado interés en investigar la relación entre la edad y la insatisfacción corporal, por ejemplo, Casullo *et al.* (2000) han reportado que entre las mujeres adolescentes y adultas españolas y argentinas están presentes de manera importante la motivación para adelgazar y la insatisfacción corporal, sin embargo, en las mujeres españolas éstas decrecen con la edad, mientras que en las argentinas aumenta. Por su parte, Tiggemann *et al.* (2001) consideran que la insatisfacción con la imagen corporal permanece a lo largo de los años, además de que puede conllevar a consecuencias negativas, como la práctica de dietas restrictivas y la baja autoestima. Finalmente, estos autores hacen mención de que un gran número de estudios en países occidentales han documentado la presencia de insatisfacción corporal en mujeres, pero la mayoría de éstos lo han hecho con muestras de estudiantes (de 18 a 25 años), por lo que proveen poca información acerca de los efectos de la variable edad.

Por otra parte, otros autores aseguran que las influencias del modelo estético corporal, como lo es el énfasis social por la delgadez, es una parte integral del atractivo físico que afecta a todas las edades, desde niños hasta adultos (Markey *et al.* 2001). Así, la "cultura de la delgadez" ha repercutido en la población de manera importante, ya que ha fortalecido la excesiva preocupación por el cuerpo y sus dimensiones

—supuestamente excesivas—, actuando apriorísticamente, como auténtico prejuicio, situando en un lugar secundario tanto al peso real como a la edad o las etapas evolutivas. Como se puede derivar, poco a poco la delgadez se ha establecido como un valor altamente positivo, sin embargo, en los últimos años este modelo ha variado un tanto, sobre todo con la influencia de los medios de comunicación, principalmente televisión y revistas ilustradas, lo que nos muestran frecuentemente mujeres que aunque siguen siendo excesivamente delgadas —principalmente en la zona de la cintura y de los hombros—, tienden a contar con grandes protuberancias en la zona de los glúteos y los senos; constituyendo un modelo de extrema delgadez que enfatiza las zonas corporales “femeninas” de caderas y senos. Así, actualmente la moda ha propuesto la disminución exagerada de algunas partes del cuerpo de la mujer, a la vez que promueve el aumento —a veces desmesurado— de algunas otras.

Por su parte, en la presente investigación se observó que a mayor influencia del modelo estético corporal de delgadez fue mayor la motivación para adelgazar y la sintomatología bulímica —particularmente los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta—, lo que confirma los hallazgos de Alvarez *et al.* (2001) respecto a que las mujeres que presentan sintomatología de trastorno alimentario son más vulnerables a interiorizar el modelo estético corporal de delgadez. Hecho de suma importancia, si consideramos que los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta adquirieron mayor relevancia que la sobreingesta propiamente dicha, lo cual quizá implique que a pesar de que los sujetos no necesariamente practiquen la sobreingesta, ellos pueden percibir que la realizaron —esto con base a una sobreestimación de las cantidades ingeridas— y por ende esté presente la culpa. Aspecto antes señalado por Sánchez (2001) en su investigación con mujeres estudiantes de danza, cuyos resultados indicaron una alta frecuencia de episodios de sobreingesta seguidos de sentimientos de culpa, sin embargo, no se trataba de una sobreingesta “real” asociada a la sintomatología bulímica, sino más bien de la sensación de haber comido demasiado, es decir, la sobreingesta reflejaba que las estudiantes parecían percibir que ingerían más alimento del que quisieran, dado el requerimiento de delgadez exigido por su profesión.

Con relación a lo anterior, Aparicio (2001). ha referido que las personas diagnosticadas con trastorno alimentario tienden a preocuparse exageradamente por el supuesto contenido calórico de los alimentos, pesan cada ración de comida que van a ingerir, comen utilizando las manos, mastican lentamente, sacan comida de la boca para depositarla en el plato, la escupen, la desmenuzan y terminan estropeando los alimentos, por ende, no ingieren una adecuada proporción de alimento, sin embargo, a la vez suelen reportar haber consumido una gran porción de alimento —al menos así parecen percibirla— ante lo cual la culpa por haberlo hecho está latente.

Por otro lado, nuestro estudio también mostró que la presión social respecto a la deseabilidad de la delgadez se asocia particularmente con la motivación para adelgazar; ante lo cual, Shibley (1995) menciona que en esta cultura de delgadez, vienen implícitas reglas, valores y normas que determinan conductas hacia la talla o el peso. Así, se puede decir que las influencias culturales relevantes para los trastornos alimentarios son aquellas que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento por razones estéticas o sociales. Para Aparicio (2001), esta relación es también importante, pues en la actualidad algunos de los factores antes mencionados, como lo es la insatisfacción corporal, predisponen a una gran parte de la población al desarrollo de patologías alimentarias.

Por último, es importante indicar que la influencia del modelo estético corporal de delgadez no mostró asociación —o fue mínima— con: restricción alimentaria, preocupación por la comida, presión social percibida y puntuación total —todos del EAT—; o bien con: sobreingesta y conductas compensatorias del BULIT.

Por otro lado, los datos arrojados en la presente investigación respecto a la insatisfacción corporal revelan que ésta estuvo fuertemente asociada tanto con la sintomatología anoréxica —en especial con la motivación para adelgazar— como con la sintomatología bulímica —particularmente con base a la práctica de sobreingesta y a los sentimientos negativos posteriores—. Por tanto, es importante destacar que tanto la influencia del modelo de delgadez —particularmente por medio de la publicidad y la

relaciones sociales— así como la insatisfacción corporal están diferencialmente relacionados con la sintomatología bulímica y la anoréxica, y como se observa, fue más relevante el papel de la insatisfacción corporal. Al respecto, retomemos que para Raich (1998), los trastornos alimentarios tienen en común algunos criterios diagnósticos ligados a la imagen corporal “preocupación persistente por la silueta y por el peso” o la “autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal”. Y recordemos que la insatisfacción con la imagen corporal es considerada un factor predisponente o mantenedor de trastorno alimentario.

Anteriormente se dijo que la cultura glorifica de manera exagerada la belleza de un cuerpo delgado y el hipercontrol alimentario, difundidos de manera preponderante por los medios de comunicación que promueven el modelo estético corporal “ideal”. Esto en relación con nuestros hallazgos, las mujeres evaluadas mostraron que ante una menor correspondencia entre su cuerpo real con el ideal, fue mayor la presencia de sintomatología de trastorno alimentario; en el caso de la sintomatología anoréxica por medio de la motivación para adelgazar, y en el de la bulímica con base a los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta. Y si bien, los medios masivos son creadores y portadores del estereotipo de delgadez, Hintikka *et al.* (2000) también destacan la influencia de las relaciones sociales con personas cercanas, como: hermanos o padres, y en especial, identificaron que las madres influyen de manera poderosa sobre la preocupación por modificar (“mejorar”) la forma corporal.

Por otra parte, dentro de nuestro estudio se observó que las mujeres adultas mostraron en mayor medida insatisfacción con la imagen corporal, así como mayor tendencia a la subestimación de su peso y del ideal corporal, aquí cabría recordar que su peso ideal significó una disminución del 15% respecto a su peso corporal real; contrariamente, fueron las mujeres jóvenes quienes tendieron a la sobreestimación, tanto del peso corporal como del ideal corporal. Al respecto, Davies y Wardle (1994) aseguran que la mayoría de las mujeres adolescentes, y cierto porcentaje de mujeres maduras, se perciben obesas e —por lo consiguiente— insatisfechas con su figura, además la distorsión de la imagen corporal, específicamente la sobreestimación es

considerada una variante dentro de las alteraciones de la imagen corporal, que puede a su vez predisponer, mantener y/o preservar un trastorno alimentario; pues se ha hallado que las pacientes anoréxicas tienden a evaluar de manera exagerada las dimensiones de su cuerpo y no valoran la gravedad de su estado (Turón, 1997). De igual forma, Gómez-Péresmitre (1993) ha reportado que las anoréxicas sobrevaloran de manera exagerada su peso corporal, existiendo una autopercepción ampliamente alejada de la realidad, ya que reportan estar sumamente gordas e insatisfechas con su figura, cuando claramente puede observarse el grado de emaciación que presentan, aunado a una gran obsesión por el cuerpo y por su posible sobrepeso. Incluso, Slade (1985) en una investigación, donde evaluó tanto a población clínica como a control, demostró que las anoréxicas tendían a sobrestimar su tamaño corporal (más del 50% de ellas lo hicieron), mientras que las del grupo control tendieron a subestimarlo.

Con base a lo anterior, cabría precisar que a pesar de que nuestra población no es clínica, los resultados parecen contradecir los supuestos anteriores, ya que las mujeres adultas —quienes mostraron mayor insatisfacción corporal— no obstante tendieron a la subestimación. Al respecto, Fernández *et al.* (1999) realizaron un estudio en pacientes con trastorno alimentario (anorexia y bulimia nerviosas), todas bajo un tratamiento cognitivo-conductual, reportando que si bien exhibían actitudes negativas hacia su cuerpo, no necesariamente presentaban distorsión de la imagen corporal. Ante lo cual, los autores propusieron que la explicación del "miedo a la gordura" entre los pacientes con trastorno alimentario no se debe de sustentar en la sobreestimación de la talla corporal; esto también aunado a que este constructo es altamente dependiente de la técnica empleada para medir la estimación corporal, por lo que no necesariamente debe suponerse un problema de percepción corporal inherente al trastorno alimentario.

En el presente estudio se observó que aunque en los tres grupos de edad fue notoria la tendencia a sobreestimar las dimensiones de la espalda, cintura y cadera, fueron las mujeres adolescentes quienes sobreestimaron en mayor medida su cintura y cadera, y particularmente la primera. Al respecto, Cash y Prurinsky (1990) han reportado que de 2000 ciudadanos norteamericanos evaluados, el 38% de las mujeres

manifestaron insatisfacción por su apariencia física, centrando su preocupación en ciertas partes corporales, como lo fueron: cintura, caderas, abdomen, nalgas y muslos. Otro ejemplo es el de Thompson (1990), quien encontró que el 35% de su muestra sobrevaloró la dimensión de su cintura y sólo el 17% la de la cadera. Por su parte, Davies y Furnham (cit. en Toro, 1996) llevaron a cabo una investigación con mujeres adolescentes de la Gran Bretaña, encontrando que 39% estaban insatisfechas con su cuerpo, más específicamente con el busto, cintura y cadera, y particularmente nalgas y muslos constituían las zonas más ansiógenas. Como lo mencionan algunos autores, la distorsión de la imagen corporal no siempre afecta a la imagen global del cuerpo, es frecuente que la persona se limite a ciertas zonas, sin embargo, esto puede depender del modelo estético corporal vigente (Gutiérrez, 2000; Toro y Vilardell, 1987).

Con respecto a lo anterior, Gutierrez (2002) observó —en mujeres adolescentes mexicanas— que a mayor medida corporal fueron menores el peso ideal y el percibido, además de que a mayor peso corporal y perímetro de las caderas, reportaron desear pesar menos. Con base a lo anterior, se puede concluir que la percepción del cuerpo en su conjunto es diferente a la percepción de zonas específicas de éste, ya que algunas pueden resultar más ansiógenas que otras.

Por otra parte, las mujeres adultas de nuestro estudio mostraron encontrarse más influenciadas por los medios publicitarios, esto debido a que dentro de la sociedad occidental, el estereotipo de belleza juega un papel preponderante, ya que los medios de difusión masiva han logrado tener un gran poder de influencia sobre los sectores urbanos de la sociedad, como creadores y a la vez portavoces de los estereotipos estéticos corporales de la población en general, promoviendo entre ésta la llamada "fantasía de imagen corporal", generalmente inalcanzable por la mayoría de las mujeres (Bruchon-Schweitzer, 1994; Tiggeman *et al.*, 2001). Para Saldaña (1994), las influencias culturales relevantes para los trastornos alimentarios son aquéllas que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales.

Según nuestros datos, y contrariamente a lo observado anteriormente, en cierto sector de nuestra muestra (las mujeres jóvenes), la influencia de las relaciones sociales en la asimilación del modelo estético de delgadez jugó un papel preponderante, aún sobre la influencia de la publicidad o de los modelos estéticos. Sobre esta línea, Hintikka *et al.* (2000) realizaron un estudio con la finalidad de examinar el impacto de las influencias sociales, en particular de la madre y el padre, sobre la percepción del cuerpo y el empleo de métodos para su modificación en sus hijos, encontrando que para ambos sexos sus madres y padres actúan como modelos y reforzadores sociales de la práctica de métodos para modificar su forma corporal, no obstante, reportaban que las madres eran quienes ejercían mayor influencia.

Al respecto, Vázquez y Raich (1998) evaluaron la dinámica familiar así como las actitudes paternas hacia el peso y la imagen corporal en familias que contaban con un hijo con trastorno alimentario, demostrando que los padres otorgaban excesiva importancia a los valores culturales sobre la estética del cuerpo, al igual que sus hijos, quienes también mostraron alta vulnerabilidad ante los valores culturales con respecto al modelo estético corporal; además, los padres reportaban creer que los jóvenes delgados eran más aceptados por los demás, en tanto que las madres sentían gran admiración por la "voluntad" de las personas que hacen dieta restrictiva.

Por otro lado, las relaciones sociales con amigos también parecen ejercer gran influencia, ya que algunas personas tienden a ser fuertemente susceptibles a la percepción de lo que hacen y piensan los otros, incluso pudiendo constituir un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios. Al respecto, se ha visto que las mujeres con más amigas que seguían dietas restrictivas, a su vez presentaban más síntomas de trastorno alimentario (Crandall, 1988); en tanto que Cattarin y Thompson (1994) hallaron que las "bromas" hechas a mujeres adolescentes por sus amigos, les producían insatisfacción con su propio cuerpo, e incluso, podía llevarlas a restringir su alimentación (cits. en Shisslak, Crago, Gray, Estes, McKnight, Parnaby, Sharpe, Bryson, Killen y Taylor, 2000). En consecuencia, la imagen corporal es un multiconstructo de factores tanto sociales como individuales que juegan un papel

fundamental dentro del trastorno alimentario; en este caso, se ha observado que no sólo es unidireccional, es decir, que los medios informativos y la publicidad son los mayores difusores de estereotipos (una imagen corporal delgada), sino también amigos, familia o compañeros cercanos son una fuente alimentadora de esta imagen ideal, sin embargo estas relaciones se encuentran escasamente estudiadas, y por lo consiguiente, no existe la información que nos pueda llevar a ahondar más en el tema, lo que sin duda serviría como apoyo al diseño de programas más efectivos para la prevención de los trastornos alimentarios.

Posteriormente, al comparar entre los tres grupos evaluados de mujeres con respecto a la asociación entre variables, se observó que únicamente en las mujeres adolescentes la presencia de sintomatología anoréxica se relacionó con la influencia del modelo estético de delgadez y de la publicidad; sin embargo, la motivación para adelgazar se asoció con esos factores, tanto en el grupo de adolescentes como en el de adultas. Por otra parte, la sintomatología bulímica se asoció —en los grupos de adolescentes y adultas— con la influencia del modelo de delgadez, la publicidad, y de las relaciones sociales. Por otra parte, con respecto a la sobreingesta, ésta mostró asociación con la puntuación total y todos los factores del CIMEC en el caso de las adolescentes, en oposición a las adultas, donde sólo se asoció con la influencia del modelo de delgadez y de la publicidad. En relación con los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, observamos que estuvieron relacionados con la influencia del modelo de delgadez y de la publicidad —tanto en las adolescentes como en las adultas— pero no así con la influencia de las relaciones sociales. Finalmente, cabe destacar que la práctica de conductas compensatorias no mostró ninguna asociación, y que en el grupo de mujeres jóvenes no se detectó ninguna asociación significativa.

Así, con base a lo anterior resulta interesante observar la relevancia del estudio de la influencia del modelo estético corporal de delgadez y su relación con la sintomatología de trastorno alimentario en nuestra sociedad, pues hoy en día pese a la gran diversidad de medios, y por consiguiente, la cantidad de mensajes posibles, se percibe una progresiva homogeneización de sus contenidos, en su mayoría dirigidos a

enfatar la "cultura de la delgadez" y el hipercontrol alimentario (Toro y Vilardell, 1987). Por ejemplo, la publicidad de productos adelgazantes se muestra en demasía atractiva, mostrando en su publicidad diversas imágenes de cuerpos ideales —delgados— reiterando e incrementando el arraigo social, su interiorización individual y colectiva, sobre todo entre las mujeres. La publicidad habitual de productos adelgazantes suele consistir en mensajes verbales apoyados en reproducciones de jóvenes esbeltos y delgados, dichos mensajes suelen utilizar palabras claves donde se suponen beneficios que los consumidores obtienen de la utilización de este tipo de productos (Sanders y Balzagette, 1994; Gutiérrez, 2002), dichos beneficios son: a) delgadez, por consiguiente atractivo; b) salud; y c) liberación de culpabilidad.

En relación con lo anterior, nuestro estudio muestra que la insatisfacción con la imagen corporal se asoció tanto con la sintomatología de anorexia nerviosa, como con la de bulimia nerviosa —existiendo más correlaciones con esta última—, es decir, la insatisfacción corporal y la anorexia nerviosa se encuentran presentes en los tres grupos de mujeres, pero en especial en el de adolescentes, las cuales también presentan mayor restricción alimentaria. Sin embargo, en este punto es importante precisar que la motivación para adelgazar es el factor más influyente que está en relación con la insatisfacción corporal, ya que se encuentra en los tres grupos de mujeres (no así la presión social percibida ni las conductas compensatorias), y en especial fue un factor predictor en el caso de las mujeres adolescentes. Así, en concordancia con Fernández *et al.* (1996), las personas con sintomatología anoréxica generalmente carecen de conciencia de la enfermedad y mantienen una exagerada preocupación por el peso, la figura y la dieta, caracterizándose por presentar una marcada pérdida de peso y continuo deseo por adelgazar, así como por la presencia de una actitud negativa hacia su imagen corporal.

Paralelamente, en las adolescentes y las jóvenes, mientras menor fue la correspondencia entre el cuerpo real y el ideal, éstas presentaron a la par una mayor motivación para adelgazar. En cuanto a la población adolescente, ésta es la que se ve más presionada a aumentar de peso, sin embargo, tienden a subestimar su espalda. De

Gracia, Marcó, Fernández y Juan (1999, cit. en De Gracia *et al.* 2001) hacen alusión a que comúnmente las pacientes con patología alimentaria prestan excesiva importancia a la apariencia física y desarrollan un gran temor a subir de peso, como reflejo de la insatisfacción consigo mismas, por lo que suelen anular la retroalimentación positiva que les puedan brindar las personas respecto a su apariencia corporal (Ricardelli y McCabe, 2001).

Por su parte, como ya se mencionó, la insatisfacción corporal estuvo relacionada con la sintomatología de bulimia nerviosa (de igual forma en los tres grupos de mujeres) y en especial —hay que resaltarlo— en el de adolescentes. Sin embargo, para precisar es necesario hacer mención de que el factor sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta fue donde se detectaron mayores correlaciones, en especial en las mujeres adolescentes y jóvenes. Además estos datos nos sugieren que en los grupos antes mencionados, a una menor correspondencia entre el cuerpo ideal y el real, hubo una mayor presencia de sintomatología bulímica, y en especial, de los sentimientos posteriores a la sobreingesta. Si se considera lo ansiógeno que puede resultar para una persona el no poseer el cuerpo que desea, comprenderemos entonces que la conducta de sobreingesta esté presente, puesto que Saldaña (1994) considera que la ansiedad juega un papel central sobre la conducta de ingesta, ya que los alimentos sirven para somatizar temores, sueños, frustraciones y convicciones, lo que puede llevar a que se abuse de la comida aunque no se tenga hambre, como un apoyo para enfrentar la angustia ante el rechazo, la carencia afectiva y el dolor. Por otra parte, para Mateos y Solano (1997) las personas con sintomatología de este trastorno alimentario se caracterizan por un temor fóbico a engordar, a tal grado que cuidan al extremo su ingesta de alimento, ya que cualquier “descuido” podría significar la gordura, y así despliegan una amplia gama de conductas con el objetivo de intentar acentuar su adelgazamiento.

Finalmente, es necesario mencionar que en el grupo de adolescentes la sobreingesta y las conductas compensatorias mostraron una importante relación con la insatisfacción corporal. Lo que confirma la relación existente entre algunas conductas

propias de la bulimia nerviosa y la insatisfacción corporal. Estos resultados repercuten de manera importante en los grupos de edad, sin embargo, el grupo más vulnerable, y por ende, el más proclive a desarrollar bulimia nerviosa parece ser el de mujeres adultas.

CONCLUSIONES

- ◆ La presencia de sintomatología de trastorno alimentario no es exclusiva de la adolescencia, sino también es evidente en mujeres de edades más tardías (26% y 33%, respectivamente). En este estudio, tanto las de tipo anoréxico y bulímico así como la mixta predominaron en las mujeres adultas (6%, 15% y 12.5%, respectivamente) seguidas de las adolescentes (6%, 10% y 10%, respectivamente).
- ◆ Se evidenció que una importante proporción de mujeres adolescentes y adultas (8% y 7%, respectivamente) pueden llegar a manifestar conductas propias de trastorno alimentario sin necesariamente presentar insatisfacción corporal patológica, aunque sí cierto grado de malestar con la imagen corporal.
- ◆ La insatisfacción corporal estuvo fuertemente asociada con la presencia de sintomatología anoréxica —en especial con la motivación para adelgazar— y con la sintomatología bulímica —particularmente con la sobreingesta y los sentimientos negativos posteriores—.
- ◆ Las mujeres adolescentes con sintomatología de trastorno alimentario mostraron ser más susceptibles a la influencia del modelo estético de delgadez y de la publicidad; y por su parte, la influencia específica de las relaciones sociales sólo se agragó en el caso de la sintomatología bulímica.
- ◆ La influencia ejercida por la cultura de la delgadez no afectó exclusivamente a mujeres adolescentes, sino contrariamente, las mujeres adultas mostraron ser más susceptible a su influencia.
- ◆ Las personas con sintomatología de trastorno alimentario son más susceptibles a las diferentes influencias ejercidas por el modelo estético corporal de delgadez. En especial, para la del caso de tipo anoréxico, la influencia de modelos estéticos

corporales; mientras que para la de tipo bulímico lo fueron: la influencia de la publicidad y de las relaciones sociales.

◆ El sobre peso no fue un factor clave en su asociación con la presencia de insatisfacción corporal ni con la sintomatología de trastorno alimentario.

◆ Ante una menor correspondencia entre el cuerpo real con el ideal, fue mayor la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. En el caso específico de la sintomatología anoréxica, por medio de la motivación para adelgazar; y en el de la bulímica con base a los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta.

◆ Las mujeres adultas están más insatisfechas con su imagen corporal, y subestiman tanto su peso como el ideal corporal, lo cual significaría una disminución del 15% de su peso corporal real. Contrariamente a las mujeres jóvenes, quienes sobreestimaron tanto su peso corporal como su ideal corporal. Esto de forma semejante a las adolescentes, quienes lo hicieron pero en relación con su espalda, cintura y cadera.

◆ En los tres grupos de mujeres evaluadas, la insatisfacción corporal se relacionó con la sintomatología de bulimia y anorexia nerviosa, especialmente en las adolescentes; pero en éstas, específicamente con la sobreingesta y las conductas compensatorias.

◆ Ante una menor correspondencia entre el cuerpo real con el ideal, fue mayor la presencia de sintomatología bulímica, y en especial, de los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta.

LIMITACIONES

- ◆ El tamaño de la muestra fue pequeño y ubicado únicamente en mujeres de nivel socioeconómico bajo, lo que impidió el poder realizar algunas generalizaciones, sin embargo, recordemos que la naturaleza del presente estudio fue exploratoria descriptiva y correlacional.
- ◆ Los instrumentos empleados en la investigación originalmente fueron creados para población adolescente, sin embargo, fueron aplicados a población adulta.
- ◆ Asimismo, en el caso particular del CIMEC y el BSQ, no se cuenta con un punto de corte que haya mostrado ser válido para mujeres mexicanas, por lo que tuvieron que emplearse los de las versiones originales.
- ◆ Para valorar la percepción corporal, no se cuenta con criterios establecidos y validados para determinar al grado de sobreestimación y subestimación.

PROPUESTAS

- ◆ Realizar estudios longitudinales para dar seguimiento a los casos detectados con sintomatología de trastorno alimentario.
- ◆ Fortalecer investigaciones centradas en la insatisfacción corporal, ya que ésta es considerada por la literatura como un factor de riesgo en las patologías alimentarias, así como también analizar si la publicidad es la responsable de la insatisfacción corporal o si ésta implica un largo proceso que comienza en la adolescencia.
- ◆ Ampliar el conocimiento de los trastornos alimentarios hacia poblaciones que hasta el momento han sido poco estudiadas, tales como, las adultas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

◆ **Crear o adaptar instrumentos de evaluación que originariamente se enfoquen a población adulta.**

◆ **Replicar el presente estudio considerando muestras de nivel socio-económico medio y alto. Así como incluir muestras infantiles y de varones.**

REFERENCIAS

- Alvarez, R. G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, R. G., Franco, P. K., Vázquez, A. R., López, A. X. & Mancilla, D. J. M. (2001). Asociación entre insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario. Trabajo presentado en el XIX Congreso Nacional de Investigación Biomédica. Nvo. León, México.
- Alvarez, R. G., Mancilla, D. J. M., López, A. X., Vázquez, A. R., Ocampo, M. T. & López, A. V. (1998). Variables psicológicas asociadas a la obesidad: Algunos avances de investigación. *Psicología Iberoamericana*, 6 (2), 22-28.
- Alvarez, R. G., Mancilla, D. J. M., Martínez, M. M. & López, A. X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 50-58.
- Alvarez, R. G., Mancilla, D. J. M. & Vázquez, A. R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7 (1), 74-85.
- Alvarez, R. G., Mancilla, D. J. M., Vázquez, A. R., Unikel, C., Caballero, A. and Mercado, D. (en prensa). Validity of the eating attitudes test: A study of mexican eating disorders patients. *Journal of Eating and Weight Disorders*.
- Alvarez, R. G., Vázquez, A. R., Mancilla, D. J. M. & Gómez-Peresmitré. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. Memorias del X Congreso de Psicología.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Aparicio, B. O. (2001). Evaluación diagnóstica y conceptual de los trastornos alimentarios: Anorexia y bulimia nerviosa. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Basaguren, E. & Guilmón, J. (1997). Factores sociales en las perturbaciones de la propia imagen. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 1 (3), 1-10.
- Baudet, S., Pean, M. & Gauquelin, F. (1977). *El cuerpo. Lo que revela: La personalidad y el carácter*. España: Mensajero.
- Bedolla, P., Bustos, O., Flores, F. & García, B. (2000). *Estudios de género y feminismo*. México: Fontamara.
- Bemis, K. V. & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1994). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Heideger.
- Brussendorff, A. & Henningsen, C. (1963). *Libros de los cuadernos del amor*. España: Bording Copenhagen.
- Calderón, E., Moreno, P., Gili, M. & Roca, M. (1998). Psicopatología y trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio con el SCL-90-R. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 2 (1), 1-19.
- Cash, F. & Prurinsky, T. (1990). *Body image: Development, deviance and changes*. New York: Guilford.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the spanish versión. *Psychological Assessment*, 2, 175-190.
- Casullo, M., Gonzáles, B. & Sifré, S. (2000). Comportamientos alimentarios en adolescentes argentinos y españoles. *Psicología Contemporánea*, 7 (1), 66-73.
- Chinchilla, A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosa*. Madrid: Ergon.
- Collins, S. & King, M. (1994). Ten-year: Follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 164, 80-87.

- Cooper, P. J., Taylor, M., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (4), 485-494.
- Corona, A. (1998). El gobierno del cuerpo: Tecnologías disciplinarias y administración dietética. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 3-14.
- Crisp, A. (1988). Some possible approaches to prevention of eating and body weight/shape disorders, with particular reference of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1), 1-17.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Dancyger, L. & Garfinkel, P. (1995). The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 25, 1019-1026.
- Davies, E. & Wardle, J. (1994). Body image and dieting in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (8), 787-799.
- De Gracia, M., Ballester, D., Patiño, J. & Suñol, C. (2001). Prevalencia de la imagen corporal y del trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Interpsiquis*, 2, 1-7.
- De la Serna, P. (1998). Aspectos clínicos diferenciales de la bulimia. *Psiquis*, 19 (15), 201-207.
- Dorantes, A. I. & Ramos, R. M. (1997). Los trastornos alimentarios y su vínculo con la dinámica familiar. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Escobar, G. (1992). Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nervosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana, México.

- Fallon, P., Katzman, M. & Wooley, S. (1994). *Feminist perspectives an eating disorders*. U. S. A: Guilford Press.
- Feinstein, S. & Sorosky, A. (1988). *Trastornos de la alimentación*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, A., Dahme, B. & Merman, R. (1999). Body image in eating disorders and análisis of its relevance: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 419-428.
- Fernández, F., Probst, M., Merman, R. & Vandereycken, W. (1994). Body size estimation and body dissatisfaction in eating disorders patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 16 (3), 307-310.
- Fernández, F., Turón, V., Menchón, M., Vidal, S., Vallejo, J. & Pifarre, J. (1996). Ansiedad social y dificultades interpersonales en la anorexia nerviosa: Consideraciones terapéuticas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23 (1), 30-35.
- Frisancho, A. R. (1990). *Antropometric standars for thee assessmet of growth and nutritional status*. U.S.A.: University of Michigan Press.
- García, C. (1993). Imagen femenina y vida cotidiana (p. 3-25). En: P. Bedolla, O. Bustos, G. Delgado, B. García y L. Parado. (Comps). *Estudios de género y feminismo II*. México: Facultad de Psicología.
- Garfinkel, P. & Kaplan, S. (1996). Psicopatología y trastornos de la alimentación (p. 371-400). En: J. Buendía. *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Garner, D. M. (1997). The 1997 body image survey results. *Psychology Today*, 30 (17), 1-18.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.

- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional and perspective*. New York: Bruner-Mazel.
- Gómez-Peresmitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y distorsiones del comer: Problemas de peso. *Revista de investigación Psicológica*, 3 (1), 95-112.
- Gómez-Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12 (2), 185-197.
- Gómez-Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante ser atractivo o sentirse atractivo?. *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 27-33.
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia: El peso de la cultura*. España: Masson.
- Gutiérrez, G. E. (2002). Evaluación de la imagen corporal en adolescentes y su asociación con la influencia de los modelos estético corporales. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gutiérrez, V. M. (2000). Evaluación de la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y la sintomatología de trastorno alimentario. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hintikka, J., Hintikka, U., Lehtonen, J., Viinamaki, H., Koskela, K. & Kontula, O. (2000). Sociocultural influences on body image and body change methods. *Journal of Adolescent Health*, 26 (1), 3-7.
- Holtz, V. (1992). Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: Estudio piloto en una preparatoria. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana, México.
- Kaufér, M. (1990). Dietas para bajar de peso. *Cuadernos de Nutrición*, 13 (1), 5-11.

- Lipovetzky, G. (1992). *El imperio de lo efímero*. España: Anagrama.
- Lipovetzky, G. (1994). *La era del vacío: Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. España: Anagrama.
- López, C. R. (2001). Influencias sociales e insatisfacción corporal relacionados a trastornos alimentarios en estudiantes de danza. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Maisonneuve, J. & Bruchon- Schweitzer, M. (1984). *Modelos del cuerpo y psicología estética*. Argentina: Pladós.
- Mancilla, D. J. M., Manríquez, R. E., Mercado, G. L., Román, F. M. & Alvarez, R. G. (1996). Trastornos alimentarios. Memorias del Congreso Regional para Profesionales en América. Cd. de México, México.
- Markey, C., Markey, P., Birch M. & Leann, L. (2001). Interpersonal predictors of Dieting practices among married couples. *Journal of Family Psychology*, 15 (3), 1-11.
- Martínez-Fornés, S. (1994). *La obsesión por adelgazar: Bulimia y anorexia*. México: Espasa Calpe.
- Mateo, G. C. (2002). Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastornos alimentarios y sus factores asociados. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mateos, A. & Solano, N. (1997). Trastornos de la alimentación: Anorexia y bulimia nerviosas. *Revista Electrónica de Psicología*, 1 (1), 1-19.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Manual de trastornos mentales y del comportamiento (ICD-10)*. Madrid: Meditor.
- Pinhas, L., Toner, B., Ali, A., Garfinkel, E. & Stuckless, N. (1998). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *Female Beauty*, 25, 223-226.

- Raich, R. M. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 15-25.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. España: Pirámide.
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clinica y Salud*, 7 (1), 51-66.
- Rausch, C. & Bay, L. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia: Terapia familiar*. México: Paidós.
- Ricciardelli, L. & McCabe, M. (2001). Childrens body image concerns and eating disturbance: A review of literature. *Clinical Psychology Review*, 21 (3), 325-344.
- Rodríguez, M., Riquelme, A. & Buendía, J. (1996). Epidemiología de la anorexia nerviosa: Una revisión. *Anales de Psiquiatría*, 12 (6), 262-269.
- Rogers, L., Resnick, J., Mitchell, E. & Blum, W. (1997). The relationship between socioeconomic status and eating disordered behavior in a community sample of adolescent girls. International. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 15-23.
- Román, F. M., Mancilla, D. J. M., Alvarez, R. G. & López, A. X. (1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. *Psicología Contemporánea*, 5 (2), 22-28.
- Rosen, J. C. (1990). Body-image disturbance in eating disorders (p. 190-214). In. T.F. Cash & Pruzinsky (Eds.). *Body images: Development, deviance and change*. New York: Guilford Press.
- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavior Practice*, 2, 143-166.
- Rosen, J. C. & Reiter, J. (1994). *Development of the body dysmorphic disorder examination*. University of Vermont.

- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Saldaña, G. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. España: Fundación Universidad: Empresa.
- Sánchez, F. (2001). Aspectos cognitivos y conductuales relacionados a los trastornos alimentarios en una población de danza. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sanders, T. & Bazalgette, P. (1994). *You don't have to diet*. Londres: Bantam.
- Schotte, D. & Stunkard, A. (1987). Bulimia versus bulimic behaviors on a college. *Journal of American Medical Association*, 258, 1213-1215.
- Shibley, H. (1995). *Psicología de la mujer: La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- Shisslak, C., Crago, M., Gray, N., Estes, L. McKnight, K., Parnaby, O., Sharpe, T., Bryson, S., Killen, J. & Taylor, C. (2000). El estudio prospectivo de los factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios (p. 81-100). En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios*. España: Granica.
- Slade, P. (1985). A review of body images studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 255-265.
- Smith, M. C. & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (5), 863-872.
- Sorosky, A. (1988). Un panorama de los trastornos en la alimentación (p. 11-22). En: S. Feinstein & A. Sorosky. (Comps). *Trastornos en la alimentación*. Argentina: Nueva Visión.
- Tiggemann, R., Marika, N. Lynch, J. & Jessica E. (2001). Body image across the life span in adult women: the role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37 (2), 1-4.

- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in a nervosa. *Acte Psychiatric Scandinavia*, 89, 147-151.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación*. España: Masson.
- Unikel, C. & Gómez-Peresmitré, G. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: Formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual*, 7 (3), 417-429.
- Uribe, G. T. (2000). Identificación de las actitudes alimentarias y síntomas de trastorno alimentario en estudiantes mexicanas. Tesis de Licenciatura. UNAM, México.
- Ussher, J. & Baker, C. (1993). *Psychological perspectives on sexual problems: New directions in the theory and practice*. London: Routledge.
- Vázquez, A. R. (1997). Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa. Tesis de Doctorado. Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Vázquez, A. R., Alvarez, R. G. & Mancilla, D. J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de la influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23 (6), 18-24.
- Vázquez, A. R. & 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.
- Vitousek, K. & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 1 (103), 137-147.

Williamson, D., Davis, C., Duchman, E., McKenzie, S. & Watkins, P. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.

Wolf, N. (1991). *El mito de la belleza*. Barcelona: Emecé.

Wonderlich, S., Paterson, C. & Mitchell, J. (1997). Body, image, psychiatric comorbidity and psychobiological factors in the eating disorders. *Neuroses and Personality Disorders*, 10 (2), 141-146.