

LA IMAGEN CORPORAL Y LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS: UNA CUESTIÓN DE GÉNERO*

Carmen Maganto y Soledad Cruz****

INTRODUCCIÓN

La alarma social que en los últimos años han despertado los trastornos alimentarios encuentra su justificación por el incremento progresivo y cada vez en edades más tempranas en adolescentes y jóvenes (Turón, Fernández y Vallejo, 1992). Buscar la explicación a estos hechos no es fácil, pero sin duda los factores culturales y sociales tienen parte de responsabilidad en que este incremento se produzca. Está demostrado que el constructo “imagen corporal” está involucrado en este trastorno, lo que significa que la insatisfacción y la distorsión de la imagen del propio cuerpo son parcialmente responsables de los trastornos alimentarios (Vaz, Salcedo, Suárez y Alcaiana, 1992). Las investigaciones indican que, en concreto, una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, vinculada a una insatisfacción corporal, está en la base de estos trastornos (Toro, Salamero, y Martínez, 1995). Varios trabajos han sido publicados a este respecto, indicando la incidencia de los factores socioculturales y los trastornos alimenticios

* Comunicación presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título “Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia”, se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000.

** Facultad de Psicología Universidad del País Vasco.

(Garner y Garfinkel, 1981; Martínez, Toro, Salamero, Blecua, y Zaragoza, 1993; Toro, 1988; Raich y Mora, 1991).

Quizá el que en esta cultura predomine un innegable culto al cuerpo, con especial presión sobre la mujer, explique el aumento paulatino de la aparición de trastornos relacionados con la imagen corporal y con la alimentación, como dos pares básicos de un mismo trastorno en la población femenina (Maganto, Del Río y Roiz, 2000).

Por ello, el trastorno alimentario ha sido también estudiado en el marco de la cultura actual, bajo el concepto de lo que ha venido denominándose trastorno étnico o natural.

TRASTORNO MENTAL Y/O TRASTORNO ÉTNICO

Cada momento histórico conlleva un conjunto de valores sociales y culturales que condicionan el modo de vivir y enfermar de las personas. Por ello, ciertos trastornos psicológicos expresan las ansiedades esenciales y los problemas no resueltos de una cultura. A esto se le ha llamado *trastorno étnico*. La psicopatología es una ciencia que estudia la expresión y las paradojas de enfermar en una cultura. (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

Como ya expresamos en otro momento (Maganto, Del Río y Roiz, 2000), un trastorno natural o étnico se apoya en valores que la sociedad establece de forma directa o soterrada como “ideales”. Cuando éstos son extremados o demasiado elevados se convierten en aspiraciones por las que hay que pagar un alto precio para conseguirlos. Los síntomas son extensiones y exageraciones directas de conductas y actitudes frecuentes dentro de la cultura, que a menudo incluyen conductas que son muy valoradas. El trastorno es una pauta de desviación que proporciona a las personas maneras o modos aceptables de ser irracionales o desviados. Ya que este trastorno recurre a conductas valoradas, pero es a su vez una

expresión de desviación, provoca respuestas sumamente ambivalentes por parte de los otros: pavor y respeto, quizá, pero también reacciones castigadoras. Estos trastornos generan fascinación y repugnancia (Abraham, y Llewellyn-Jones, 1994).

Los patrones estéticos corporales, sin duda, son reflejo de los valores culturales de cada momento histórico. El incremento de los trastornos de la ingesta de comida es un fenómeno de las sociedades industrializadas de Occidente. Estas enfermedades son inexistentes en el mundo no occidental o en países subdesarrollados: India, África... donde el hambre es una amenaza real. En este sentido puede considerarse un trastorno natural o étnico.

La existencia de un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre cada uno de los miembros de la población en cuestión. Vandereycken y Meermann (1984) analizaron el impacto que la “cultura de la delgadez” tiene entre las jóvenes, así como el papel que juega en el incremento de los trastornos de alimentación.

Es innegable que el marketing de la belleza es un negocio a gran escala en muchos ámbitos de la vida. Sabemos que los medios de comunicación influyen, pero es casi imposible tomar conciencia del poder que ejercen sobre cada uno de nosotros. La persona tiene un “esquema” perceptivo/emocional que le dice si se ajusta o no a los patrones de belleza que la sociedad propone e impone (Guimón, 1999). En mayor o menor medida todas las personas intentan adecuarse al modelo establecido. Las variables edades y género no son ajenas a esta presión, muy al contrario, son variables que parecen condicionar la necesidad de mayor ajuste a los ideales sociales.

La influencia que está ejerciendo esta cultura de la delgadez sobre la mujer es superior que la que ejerce sobre el hombre. No se sabe cuál será el modelo ideal dentro de 15 ó

30 años, pero cualquiera que sea, en cualquier momento histórico, sólo habrá una pequeña minoría de mujeres que encarnarán en ese ideal utópico de moda, y éstas creerán tener razones para autovalorarse positivamente, mientras que las que se alejen de él podrán padecer y sufrir una baja autoestima.

En la actualidad, la anorexia y la bulimia expresan las contradicciones de la identidad de la mujer del presente. Estas contradicciones culturales están relacionadas con la industrialización occidental (Maganto, Del Río y Roiz, 2000):

- Un cambiante rol de la mujer, en el cual las mujeres se encuentran luchando por encontrar un equilibrio entre los nuevos ideales de éxito (autosuficiente, luchadora, competente, eficaz, trabajadora, incorporada al mercado laboral, número uno, ambiciosa, con éxito, delgada...) y las expectativas tradicionales de su rol (sumisa, sexualmente complaciente, abnegada, trabajadora, vulnerable, resignada, en segundo plano, sostenedora del hogar, madre y esposa...). Toda esta multiplicidad de exigencias del rol, muchas de las cuales parecen estar en conflicto unas con otras, es lo que hace tan difícil la situación contemporánea para las mujeres. Esas elecciones de valores fuertemente contradictorios son típicas de las crisis de identidad que puede precipitar la anorexia y bulimia.
- Una preocupación por el aspecto y la imagen corporal que está relacionado con la apariencia de ser o mantenerse joven, dinámica y atractiva, pero lo que está detrás es un mercado de moda masiva y consumista.
- Una preocupación culturalmente generalizada por el control del peso y la obesidad. Se suele equiparar delgadez con competitividad y éxito.

La pubertad y adolescencia es una etapa de significativos cambios físicos y psicológicos en los que la construcción de la

propia imagen cobra una importancia singular. Las adolescentes se ven enfrentadas a un desarrollo físico sexual disarmónico y desproporcionado en sus inicios, propio de la edad, que contradice esta cultura de la delgadez. Las adolescentes tienden a equiparar bajo peso con belleza, así como éxito y aceptación social con delgadez. Hay adolescentes con una insatisfacción importante en relación a su imagen corporal al distar sobremanera del modelo social propuesto. El consiguiente deseo de imitar y asemejarse a dichos modelos parece que está favoreciendo el incremento de la patología del trastorno de la imagen corporal. (Hsu, 1982; Toro, 1988; Toro, Cervera y Pérez, 1989).

Por ello esta investigación se ha focalizado en la adolescencia, proponiendo como objetivos:

1. Conocer la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal en función del género;
2. Confirmar si hay o no mayor riesgo de padecer trastornos de alimentación en mujeres que en hombres; y
3. Comprobar si las mujeres en riesgo de trastornos alimentarios distorsionan más su imagen corporal y están más insatisfechas que las mujeres sin trastornos alimentarios.

MÉTODO

Participantes

La muestra está compuesta por 200 chicos y chicas con edades comprendidas entre 13 años 6 meses y 17 años 11 meses. Los sujetos no han sido seleccionados al azar, sino que pertenecen a dos centros educativos que solicitaron un estudio sobre factores de riesgo en adolescentes, habida cuenta del incremento de trastornos alimenticios que habían identificado en los últimos 5 años. El nivel socioeconómico de

ambos centros es medio alto y el nivel académico de los alumnos también.

Instrumentos de medida

Varios instrumentos de medida se han utilizado en esta investigación, pero presentamos en este trabajo los resultados de los tres instrumentos diagnósticos que responden a los objetivos planteados:

1. Índice de Masa Corporal (IMC) = Peso (Kilogramos) / Talla² (Metros). El objetivo es conocer el rango de valor de ambas proporciones de un sujeto.
2. El Test de Siluetas (TS. Figuras femeninas adaptadas del Test de Siluetas de Bell, Kirkpatrick y Rinn, 1986, y figuras masculinas diseñadas por Del Río, Maganto y Roiz, 1998). El objetivo es evaluar la distorsión y la insatisfacción.
3. The Eating Attitudes Test (EAT. Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982. Validación española realizada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991, con punto de corte 20). El objetivo es valorar el trastorno de alimentación.

Análisis estadísticos

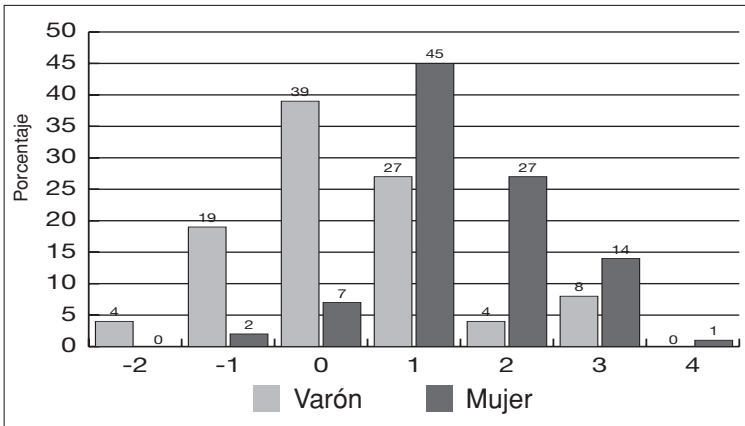
Análisis descriptivos para conocer en qué medida los sujetos están afectados por alteraciones de la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal y por trastornos de alimentación en las edades estudiadas; análisis de varianza para conocer si la edad, el sexo y la interacción de la edad y sexo son fuentes de variación de la distorsión e insatisfacción; análisis de χ^2 para verificar si la distorsión e insatisfacción guarda relación con los trastornos de alimentación, tomando como medida de referencia el punto de corte 20 en el EAT.

RESULTADOS

a) Resultados de la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal en función del género.

GRÁFICO 1

Resultados de TS-Distorsión y género. Puntuación positiva: verse más gordo. Puntuación negativa: verse más delgado

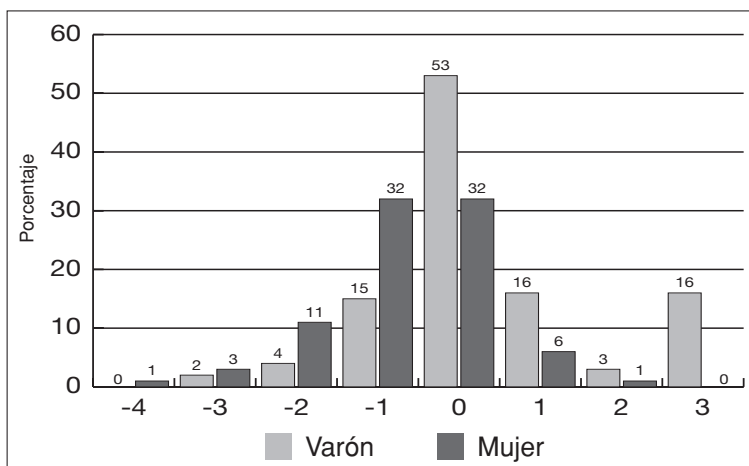


La variable distorsión ha sido evaluada a partir de la siguiente pregunta formulada en el Test de Siluetas: “qué figura representa tu peso actual”. La figura elegida en el TS es el peso percibido por el sujeto. La diferencia entre el peso real, valorado con el Índice de Masa Corporal de cada sujeto, y el peso percibido, lo hemos denominado Distorsión.

Como podemos observar en el gráfico 1, existe mayor distorsión de la imagen corporal en las mujeres que en los hombres (coeficiente de contingencia = 517, $P = .000$). Los chicos, el 40%, se sitúan en el valor cero, que representa la adecuación o falta de distorsión, frente a un 7,6% de mujeres. Un 90,2% de mujeres distorsionan su imagen corporal. De entre ellas, un 45,7% en, al menos, una figura, pero sorprende que un 15,2% se perciban tres figuras más gruesas de lo que corresponde a su peso real.

GRÁFICO 2

**Resultados en TS-Insatisfacción en función del género.
Puntuación positiva: deseo de estar más gordo. Puntuación negativa: deseo de estar más delgado**



La variable insatisfacción ha sido evaluada a partir de la siguiente pregunta formulada en el Test de Siluetas: “qué figura representa tu peso ideal”. La figura elegida en el TS representa el peso ideal que le gustaría tener al sujeto. La diferencia entre el peso ideal, y el peso percibido lo hemos denominado Insatisfacción.

Los análisis de χ^2 demuestran la relación de significatividad entre las variables insatisfacción y género (coeficiente de contingencia = 368, $P = .000$). Los hombres, como representa el gráfico 2, están más satisfechos que las mujeres con su imagen corporal. Incluso algunos de ellos, estarían más satisfechos si engordaran algo más, 23,3%, ocurriendo esto mismo sólo al 7,5% de mujeres. El 59,6% de chicas están insatisfechas porque desean estar más delgadas, incluso a un 22,3% de ellas les gustaría estar dos figuras más delgadas de lo que realmente están, frente a un 4,9% de chicos.

b) Riesgo de padecer trastornos de alimentación y género.

TABLA 1

Tablas de contingencia. EAT (igual o mayor de 20 y menor de 20) y sexo

SEXO	EAT<20 (N=164)		EAT≥20 (N=33)		Chi cuadrado
	F	%	F	%	
Varón (N=103)	98	59,8	5	15,2	21,909***
Mujer (N=94)	66	40,2	28	84,8	
Total (N=197)	164	83,2	33	16,8	

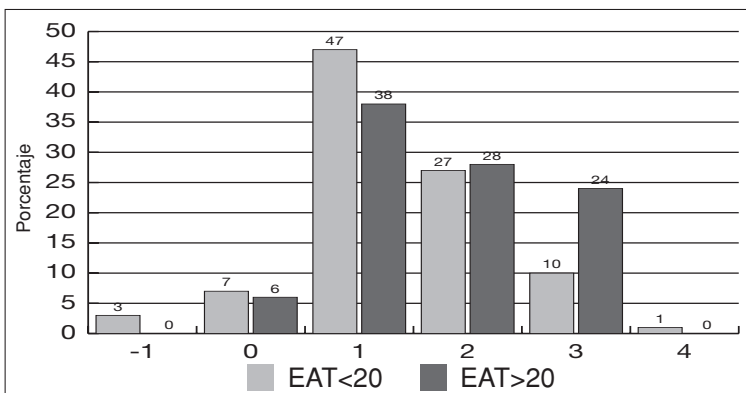
*** $p < .001$

Atendiendo al punto de corte 20 en el Eating Attitudes Test, punto de corte que muestra el riesgo de padecer trastornos alimentarios, la tabla 1 confirma que la probabilidad de que las mujeres tengan un trastorno de alimentación es casi 6 veces superior al de los hombres. Los porcentajes son claramente diferenciales, 15,2% en los hombre y 84,8% de mujeres, siendo el nivel de significatividad alto (coeficiente de contingencia = 316, $P = .000$).

c) Distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en mujeres con y sin trastornos de alimentación.

GRÁFICO 3

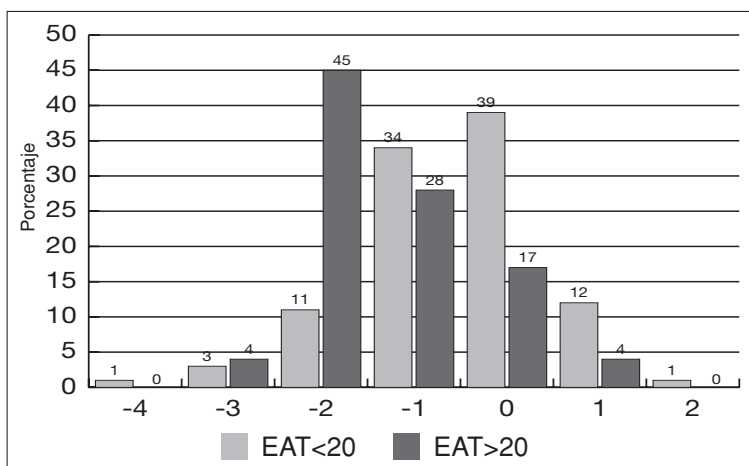
TS-Distorsión y EAT. Puntuación positiva: verse más gordo.
Puntuación negativa: verse más delgado.



Como podemos observar en el gráfico 3 la distorsión de la imagen corporal se da en todas las adolescentes mujeres, independientemente de las puntuaciones obtenidas en el Eating Attitudes Test. Esto indica que existe una percepción distorsionada de la imagen corporal en el 90% de las mujeres ($\chi^2 = 4,214$, $P = .519$), percibiéndose más gordas de los que están. Aunque las diferencias no son significativas, un 25% de las chicas con posibles trastornos alimenticios se perciben 3 figuras más gruesas de su peso real, frente al 10% de las mujeres sin trastornos alimenticios.

GRÁFICO 4

TS-Insatisfacción y EAT. Puntuación positiva: deseo de estar más gordo. Puntuación negativa: deseo de estar más delgado.



El gráfico 4 muestra que existe mayor insatisfacción corporal entre mujeres con posibles trastornos de alimentación que sin ellos. Existe una relación significativa entre ambas variables, es decir, entre insatisfacción corporal y trastornos de la alimentación (coeficiente de contingencia 0,368, $P = .123$). Los porcentajes que se agrupan en el valor cero, 39,4% de mujeres sin trastornos alimenticios frente a un 17,9% con trastornos ali-

menticios, indica la diferencia en el porcentaje de satisfacción entre unas y otras. El desplazamiento de los porcentajes hacia los valores negativos confirma que, si bien tres de cada cuatro mujeres con trastornos de alimentación desearía estar más delgada de lo que está, un 50% de chicas con este trastorno frente a un 16,7% de chicas sin trastornos alimentarios, desearía tener una imagen corporal dos figuras por debajo de su imagen percibida.

CONCLUSIONES

Atendiendo a los resultados anteriormente expuestos, y en respuesta a los objetivos que nos habíamos propuesto investigar, podemos concluir que:

La distorsión y la insatisfacción son una cuestión de género, es decir, se dan con una frecuencia significativamente superior en el sexo femenino que en el masculino. No obstante, los coeficientes de covariación indican que la relación entre la variable distorsión y género es más alta que entre insatisfacción y género, lo que significa que los adolescentes apenas distorsionan su imagen corporal, mientras que la mayoría de las adolescentes lo hacen. Similares resultados habían sido obtenidos en las investigaciones de Garner y Garfinkel, 1981, Perpiña, 1990, Raich y Mora, 1991, Toro, 1988.

Los trastornos de alimentación son igualmente una cuestión de género, tal como expusimos anteriormente. Nuestro trabajo con sujetos en riesgo confirma los resultados encontrados en otras investigaciones con muestras no clínicas y clínicas, como diversas investigaciones confirman, entre ellas las de Mora y Raich (1993) y Turón, Fernández y Vallejo (1992).

La insatisfacción corporal está relacionada con los trastornos de la alimentación en mujeres, es decir, están más insatisfechas con su cuerpo las mujeres con puntuaciones altas en el EAT que las mujeres con puntuaciones bajas en el EAT. Esto significa que la insatisfacción podría hipotetizarse como un

factor de riesgo de trastornos alimenticios, pero es necesario más investigación para confirmar esta hipótesis. Según Fisher y Thompson (1994) y según Rosen (1993), por ejemplo, no es posible diagnosticar un trastorno de alimentación sobre la sola base de problemas con la imagen corporal, aunque estos fueran clínicamente significativos, pero no se descarta que sean un factor de riesgo para dichos trastornos. En un sentido totalmente diferente, las investigaciones de Hawkins, Fremouw, and Clement (1984) confirman que las alteraciones de la imagen corporal juegan un papel causal, más que secundario, en los trastornos de alimentación.

Sin embargo, la distorsión de la imagen corporal es una cuestión preferentemente de género, es decir, el porcentaje de chicas que se perciben más gordas de lo que están es tan alto, 90%, que esta variable no guarda relación con el trastorno de alimentación, si bien es verdad que el nivel de distorsión es superior en las mujeres con trastornos alimenticios que sin ellos. Esto contradice en parte los hallazgos de Brush (1962) para quien sobreestimar la talla corporal era patognomónico de la anorexia. Posiblemente, en los últimos años el incremento de la distorsión en la población femenina ha ido en aumento. En este mismo sentido van los resultados de Perpiñá (1990) quien demostró en su investigación la dificultad de establecer límites entre muestras clínicas y no clínicas, especialmente en las adolescentes, en relación al trastornos de distorsión, debido al mayoritario deseo femenino de tener cuerpos cada vez más estilizados.

Conocer y comprobar la importancia del peso real en las adolescentes, así como la distorsión e insatisfacción con su imagen corporal nos pueden ayudar a intervenir precozmente en poblaciones subclínicas y no clínicas, a fin de evitar el incremento de los problemas de la ingesta. No obstante, estudios comprobados sobre si estas variables u otras relacionadas con la imagen corporal son factores de riesgo, y en qué medida lo son, mejoraría las posibilidades de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, S., y LLEWELLYN-JONES, D. (1994). *Anorexia y Bulimia*. Madrid: Alianza.
- BELL, C., KIRKPATRICK, W AND RINN, R.C. (1986). Body image of anorexic, obese and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 431-439.
- BRUSH, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- FISHER, E. AND THOMPSON, J.K. (1993). A comparative evaluation and contribution to eating disorders. En J. H. Crowther, S.E.; Hobfoll, M.A.P. Stephens, and D.L. Tennebaum. (Eds.), *The aetiology of bulimia: The individual and family context*. Washington, DC: Hemisphere Publishers.
- GARNER, D.M. AND GARFINKEL, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurements, theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.
- GARNER, D. M., OLMSTED, M. P., BHOR, Y. AND GARFINKEL, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- GUIMON, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- HAWKINS, R.C., Fremouw, W.I. y Clement, P. (1984). *The Binge-Purge syndrome: Diagnosis, Treatment and Research*. Springer: New York.
- Hsu, L.K. (1982). Is there a body image disturbance in anorexia nervosa? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 5, 305-307.
- MAGANTO, C., DEL RÍO, A. Y ROIZ, O. (2000) Factores de riesgo de trastornos alimenticios. 1 European Congress of Psychotherapy. La Psicoterapia en una Europa Unificada. Barcelona: Libro de resúmenes.
- MAGANTO, C., DEL RÍO, A. Y ROIZ, O. (En prensa) Programa preventivo sobre Imagen corporal y Trastornos de alimentación. Madrid: TEA.
- MARTÍNEZ, E., TORO, J., SALAMERO, M., BLECUA, J. Y ZARAGOZA, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, (20), 2, 51-65.

- MORA, M. Y RAICH, R. M.^a (1993). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, (20), 3, 113-135.
- PERPIÑA, C. Y BAÑOS, R.M. (1990). Distorsión de la imagen corporal. Un estudio con adolescentes. *Anales de Psicología*, (6), 1, 1-9.
- RAICH, R. M.^a. (1999). Trastorno de la imagen corporal: Evaluación y tratamiento. En M. Lameira y J.M. Failde (Ed.): Trastornos de la conducta alimentaria. Universidad de Vigo. Santiago de Compostela: Tórtulo Artes Gráficas.
- RAICH, R.M.^a. DEUS, J., MUÑOZ, J. (1991). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, (9), 1, 87-98.
- ROSEN, J.C. (1993). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. En J.H. Crowther, S.E.; Hobfoll, M.A.P. Stephens, y D.L. Tennebaum. (Eds.), *The aetiology of bulimia: The individual and family context*. Washington, DC: Hemisphere Publishers.
- TORO, J. (1988). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de Psicología*, 38, 25-47.
- TORO, J. Cervera, M. y Pérez, P. (1989). Body shape, publicity and anorexia nerviosa. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 23, 132-136.
- TORO, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1995). Evaluación de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal en la anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22, 205-214.
- TURÓN, J., FERNÁNDEZ, F. Y VALLEJO, J. (1992). Anorexia nerviosa: características demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1, 19-25.
- VANDEREYCKEN, W. & MEERMANN, R. (1984). Anorexia nerviosa: Is prevention possible? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 3, 15-24.
- VAZ, F.J., SALCEDO, M.S., GONZÁLEZ, F. Y ALCAINA, T. (1992). Factores socioculturales en la imagen corporal en la mujer. *Psiquiatría Pública*, (4), 1, 32-37.