

Interiorización del ideal de delgadez, imagen corporal y sintomatología de trastorno alimentario en mujeres adultas¹

Interiorization of thinness ideal, body image, and symptomatology of eating disorder in adult women

Georgina Alvarez Rayón, María de Lourdes Nieto García, Juan Manuel Mancilla Díaz, Rosalia Vázquez Arévalo y María Trinidad Ocampo Téllez-Girón²

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue explorar la interiorización del ideal de delgadez, la imagen corporal (percepción e insatisfacción) y la sintomatología de trastorno alimentario en una muestra de mujeres adultas. Las participantes contestaron cuatro instrumentos de autorreporte y se les tomaron medidas antropométricas. La interiorización del ideal de delgadez destacó en seis de cada diez mujeres, la sintomatología de trastorno alimentario fue detectada en una de cada tres, la insatisfacción corporal sólo estuvo presente en 17% de la muestra, y la sobreestimación del peso corporal fue prácticamente inexistente. Se halló además que la sintomatología bulímica se asoció con la mayor influencia de la publicidad y la motivación para adelgazar, y que a mayor interiorización del modelo estético corporal de delgadez fue también mayor la presencia de sintomatología bulímica, en particular los sentimientos negativos posteriores a la ingestión.

Palabras clave: Interiorización del ideal de delgadez; Sintomatología de trastorno alimentario; Imagen corporal; Mujeres adultas.

ABSTRACT

The aim of this research was to explore the interiorization of thinness ideal, body image (perception and dissatisfaction), and the symptomatology of eating disorders among adult women. The participants answered four self-report questionnaires and their anthropometric measures were taken. The interiorization of thinness ideal was relevant in six of each ten women, the symptomatology of eating disorders was detected in one of each three women, the body dissatisfaction was present in 17% of the sample, and the overestimation of the corporal weight was practically nonexistent. The following associations were relevant: the bulimic symptomatology was associated to the influence of the publicity. The highest influence of aesthetic body model of thinness was correlated with the presence of bulimic symptomatology and negative feelings after eating.

Key words: Interiorization of thinness ideal; Symptomatology of eating disorder; Body image; Adult women.

¹ Proyecto parcialmente financiado por CONACyT 50305-H y PAPIIT-IN304606.

² División de Investigación y Posgrado (UIICSE), Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de Los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Estado de México, México, tels. (55)56-23-11-13 y 15, exts. 410 y 409, fax (55)53-90-76-04, correo electrónico: alvarezr@servidor.unam.mx. Artículo recibido el 8 de diciembre de 2006 y aceptado el 12 de junio de 2007.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad occidental, el estereotipo de belleza desempeña un papel preponderante, a lo que han contribuido ampliamente los medios de comunicación, que tienen una gran influencia en amplios sectores de la sociedad como creadores y transmisores de los ideales estéticos corporales, promoviendo así lo que podría llamarse una “fantasía de imagen corporal”. La prensa, televisión, cine y radio difunden permanente y consistentemente entre la población imágenes y contenidos que operan como transmisores de experiencias y aspiraciones (Dittmar y Howard, 2004; Levine y Smolak, 2000; Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn, 1999; Toro, 1996, 1999).

Si bien es cierto que desde hace algunas décadas los estándares sociales para la belleza han puesto el acento en la deseabilidad de la delgadez, el modelo actual parece proponer la disminución exagerada de algunas partes del cuerpo femenino, pero con busto y glúteos prominentes (Ogden y Taylor, 2000); en forma aunada, otro requisito no menos importante lo constituye la apariencia de un cuerpo bien tonificado y ejercitado. La delgadez se ha establecido como un valor altamente positivo, una meta a alcanzar, un modelo corporal a imitar y un criterio central de la evaluación estética del propio cuerpo. Ser delgada es equiparable al triunfo, al éxito, al ser mujer “como hay que serlo” y a una demostración del control sobre uno mismo (Calado, Lameiras y Rodríguez, 2004; Striegel-Moore y Steiner-Adair, 2000; Tiggeman y Lynch, 2001; Toro y Vilardell, 1987). En este sentido, cabe precisar que no todas las personas –al menos no la mayoría– cumplen las condiciones para poseer un cuerpo delgado, lo que puede dar origen a sentimientos de frustración, ineficacia, inseguridad y, en general, baja autoestima (Lau, 2001; Mora, Raich, Viladrich, Torras y Huon, 2004). Sin embargo, es vital para la economía de la belleza que la gente crea que puede realzar su atractivo mediante la compra de productos destinados a reducir su peso o a cambiar su forma corporal, a pesar de que estos métodos pueden representar una desviación respecto de la apariencia natural, e incluso en algunas ocasiones implican su abrupta distorsión, como sucede en el caso de algunos procedi-

mientos quirúrgicos (Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998; Thompson y Stice, 2001).

Hoy en día la insatisfacción corporal ocurre de manera tan generalizada en nuestra sociedad que la mayoría de las mujeres desean cambiar su cuerpo, tratando así de emular a aquellas modelos de “excelente cuerpo” que tienen el estatus de “bellas”. Así, es posible apreciar entre la población la práctica de un sinfín de métodos conducentes a la pérdida de peso, basados primordialmente en patrones anómalos de alimentación, tales como el empleo de la restricción alimentaria, suplementos alimenticios, ayuno, consumo exclusivo de alimentos *light* y muchos otros. Poco a poco, tales conductas de riesgo pueden transformarse en un trastorno de conducta alimentaria (Alvarez, 2006; American Psychiatric Association, 2002; Markey, Markey, Birch y Leann, 2001; Troop, Sottrilli, Serpell y Treasure, 2006). Por tanto, la preocupación por el cuerpo y sus dimensiones –supuestamente excesivas– parece actuar apriorísticamente, como un auténtico prejuicio, al situar en un lugar secundario al peso corporal real y su inevitable supeditación a los cambios concomitantes a las etapas del desarrollo humano. Se ha reportado que un creciente número de mujeres maduras se perciben obesas y, por consiguiente, insatisfechas con su imagen corporal, dada la marcada preferencia por el patrón estético de delgadez (Barry, Grilo y Masheb, 2002; Davies y Wardle, 1994; Epel, Spanakos, Kasl-Godley y Brownell, 1996; Toro, 2004; Unikel, 2003; Webster y Tiggemann, 2003).

Al respecto, Tiggemann y Lynch (2001) desarrollaron una investigación con el objetivo de conocer la ocurrencia de la insatisfacción corporal a través de las diferentes etapas de vida de mujeres. Los resultados mostraron que dicha insatisfacción permanece estable a lo largo de los años y puede tener consecuencias negativas, tales como la excesiva práctica de dietas restrictivas y una baja autoestima; además, las personas de mayor edad reportaron estar altamente sensibilizadas a los cambios –específicamente los que consideraban negativos– en relación con su estado corporal, como la pérdida de elasticidad en la piel, el embarazo y la menopausia, ya que estas condiciones suponen el incremento de los depósitos de grasa corporal, de modo

que deseaban cuerpos más delgados, sin importar su edad.

Uno de los pocos estudios realizados en población mexicana adulta –por no decir el único–, es el de Lora y Saucedo (2006), quienes analizaron la relación entre el peso corporal, las conductas alimentarias de riesgo y la insatisfacción corporal en mujeres de entre 25 y 45 años de edad. Los resultados indicaron que ocho de cada diez mujeres se encontraban insatisfechas con su imagen corporal; de ellas, sólo 9% querían ser más robustas y el resto adelgazar, pese a que poco más de la mitad (54%) tenían un peso normal; otro dato relevante es que 43% de las mujeres satisfechas con su imagen corporal se ubicó en la categoría de bajo peso. Por otro lado, entre las conductas alimentarias de riesgo sobresalieron las compensatorias (17%), la alimentación compulsiva (12%) y, finalmente, la dieta restrictiva (6%). Lo anterior confirma que las mujeres adultas también son influidas por el modelo estético corporal de delgadez, y que ello puede implicar conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario. Para Lora y Saucedo (2006), uno de los peligros que representan las mujeres adultas obedece a que todas eran madres, y ya en diversas investigaciones se ha confirmado la relación entre ciertas características alimentarias maternas y la ocurrencia de trastornos de la conducta alimentaria en sus hijos. Los padres pueden dar a sus hijos una retroalimentación o una percepción errónea del propio cuerpo desde la infancia, así como ejercer presión para que utilicen algunos métodos o conductas para cambiar la apariencia del cuerpo (Hintikka, Hintikka, Lehtonen y cols., 2000; Markey y cols., 2001; Vander-Wal y Thelen, 1997).

Al revisar la literatura en torno a las influencias socioculturales sobre la interiorización del modelo estético corporal de delgadez, se aprecia con claridad que la mayor parte de la investigación realizada es con mujeres adolescentes y adultas jóvenes, en quienes suele acentuarse la preocupación por la apariencia física; sin embargo, algunos estudios han demostrado que esto no es necesariamente verdad y que los trastornos de la alimentación no son exclusivos de dicha etapa, sino que pueden llegar a afectar a personas en edades más tardías (Calderón, Moreno, Gili y Roca, 1998; Tylka y Subich, 2004; Webster y Tiggeman, 2003).

De esta forma, la imagen corporal y los trastornos alimentarios constituyen temas poco explorados entre la población adulta de muchos países, y son prácticamente nulos en la población mexicana. Por tanto, el objetivo de la presente investigación fue explorar la interiorización del modelo estético corporal de delgadez, la imagen corporal (insatisfacción y distorsión) y la sintomatología de trastorno alimentario en mujeres mexicanas adultas.

MÉTODO

Muestra

La muestra, no probabilística de tipo intencional, estuvo constituida por 48 mujeres mexicanas adultas con un rango de edad de 34 a 46 años ($M = 38.9$, $D.E. = 3.9$), residentes en un municipio del Estado de México que corresponde al área conurbana (límite norte) de la Ciudad de México. Todas eran de nivel socioeconómico bajo, casadas y en su mayoría amas de casa (90%), básicamente con escolaridad de primaria y secundaria (sólo 5% contaba con preparatoria o carrera técnica). Acudían a una unidad del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), donde recibían diversos servicios de salud y actividades recreativas, particularmente clases de ejercicios aeróbicos.

Instrumentos

Cuestionario de Influencias sobre los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC). Fue diseñado para evaluar las vías de influencia sociocultural sobre la interiorización del modelo estético corporal de delgadez (Toro, Salamero y Martínez, 1994). Consta de 40 preguntas bajo una escala bipolar tipo Likert de tres opciones de respuesta, con un punto de corte de ≥ 24 . En mujeres mexicanas, ha demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas, derivándose cuatro factores: influencia de publicidad, malestar por la imagen corporal, influencia de modelos sociales e influencia de mensajes verbales (Vázquez, Alvarez y Mancilla, 2000).

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ). Diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) para evaluar la preocupación e insatisfacción por la imagen corporal, consta de 34 reactivos bajo una

escala bipolar de seis opciones. Este cuestionario fue validado para mujeres mexicanas proponiendo un punto de corte de ≥ 110 (Galán, 2004).

Cuestionario de Bulimia (BULIT). Se utiliza para la detección de la sintomatología de la bulimia nerviosa. Fue construido por Smith y Thelen (1984) bajo el diseño de un autoinforme que consta de 36 preguntas bajo una escala bipolar de cinco opciones. Su validación en la población mexicana fue hecha por Alvarez, Mancilla y Vázquez (2000), sugiriéndose como punto de corte ≥ 85 y derivando tres factores: atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón y conductas compensatorias.

Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40). Fue creado por Garner y Garfinkel (1979) y validado en la población mexicana por Alvarez, Mancilla, Vázquez y cols. (2004), quienes han sugerido como punto de corte ≥ 28 . Este cuestionario se utiliza para detectar la presencia de sintomatología de anorexia nerviosa y consta de 40 reactivos bajo una escala bipolar tipo Likert. En su versión para la población mexicana, se han propuesto cinco factores: motivación para adelgazar, restricción alimentaria, preocupación por la comida, presión social percibida y bulimia. Cabe aclarar que en la presente investigación se descartó este último factor, dado que para tal fin se retomó el BULIT referido antes.

Con base en una evaluación antropométrica, se derivaron los siguientes indicadores de composición y percepción corporal:

Índice de Masa Corporal (IMC = peso/estatura²). Establece una relación de proporción del peso con respecto a la estatura, brindando un diagnóstico del déficit o exceso ponderal. Los criterios aplicados fueron los siguientes: bajo peso severo, < 15 ; bajo peso, 15-18.9; normal, 19-24.9; sobrepeso, 25-29.9; obesidad, 30-39.9, y obesidad severa, > 40 (Vargas y Casillas, 1993).

Índice de Percepción Corporal (IPC). Este indicador se deriva a partir de la contrastación de las medidas corporales reales respecto a las percibidas. Permite establecer un vínculo entre la realidad objetiva y la apreciación o estimación corporal (Frisancho, 1990), ello bajo el precepto de que la insatisfacción corporal puede conllevar una percepción equivocada de las dimensiones corporales, ya sea subestimándolas o sobreestimándolas. Una vez recabadas las medidas antropométricas,

se tomaron las medidas subjetivas por medio de dos tipos de señalamiento: con cinta y con pizarrón. El cálculo del IPC se realizó con base en la fórmula *tamaño percibido/tamaño real x 100* en cuanto al peso corporal y tres zonas específicas: espalda, cintura y cadera. Las puntuaciones mayores a 100 denotan sobreestimación y las menores subestimación. En México, este índice ha sido utilizado en niños (Báez, 2003), adolescentes (Gutiérrez, 2002) y bailarinas (Ocampo, López, Alvarez y Mancilla, 1999; Vázquez, Alvarez, López, Ocampo y Mancilla, 2003).

Índice de Ajuste Corporal (IAC). Este indicador, que permite establecer un vínculo entre la realidad objetiva y el ideal corporal, se deriva de la contrastación de las medidas corporales reales respecto de las ideales, a partir de la fórmula *tamaño ideal/tamaño real x 100*. En el caso de la presente investigación, únicamente se evaluó lo que respecta al indicador de peso corporal.

Para los dos últimos índices se aplicaron los criterios siguientes: subestimación severa, ≤ 89 ; subestimación moderada, 90-94; normal, 95-105; sobreestimación moderada, 106-110, y sobreestimación severa, ≥ 111 .

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos de evaluación se llevó a cabo en dos sesiones; la primera tuvo una duración de aproximadamente una hora y en ella se aplicaron el BULIT y el EAT-40; en la segunda, de aproximadamente dos horas, se aplicaron el BSQ y CIMEC, así como las medidas antropométricas. Cabe precisar que la aplicación de las baterías psicológicas se llevó a cabo de manera grupal y las medidas antropométricas de manera individual. Finalmente, todos los datos fueron recolectados en las instalaciones del DIF Cuautitlán-México.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra el porcentaje de sujetos que rebasaron los puntos de corte de los instrumentos de evaluación. El porcentaje más elevado corresponde al CIMEC, indicando que la interiorización del modelo estético corporal de delgadez destacó en seis de cada diez mujeres, pero sólo 17% pre-

sentó insatisfacción corporal. Con respecto a los dos cuestionarios de tamizaje de trastorno alimentario (EAT-40 y BULIT), 27% de las mujeres evaluadas mostró sintomatología de bulimia nervio-

sa, contra 19% de la de anorexia nerviosa; por tanto, la sintomatología de trastorno alimentario estuvo presente en 33.3% de la muestra ($n = 16$) ya que seis casos rebasaron ambos puntos de corte.

Tabla 1. Media y desviación estándar de la muestra total, así como frecuencia y porcentaje de quienes rebasaron el punto de corte de cada uno de los instrumentos.

	EAT	BULIT	BSQ	CIMEC
M	20.21	73.48	86.08	29.42
DE	10.54	20.19	25.92	14.51
f	9	13	8	32
%	18.7	27.1	16.7	62.5

En cuanto al peso corporal de las participantes con base en el IMC ($M = 27.67$, $D.E. = 4.59$), predominaron las condiciones de sobrepeso (41.7%) y obesidad (35.4%). Cabe precisar que no hubo casos de obesidad severa ni de bajo peso, y sólo 22.9% tenía normopeso. Más específicamente, en el caso de las dieciséis mujeres en las que se detectó la sintomatología de trastorno alimentario ($M = 31.27$, $D.E. = 4.76$), diez fueron clasificadas con obesidad, cinco con sobrepeso y una con normopeso.

Por otra parte, en lo que corresponde a la percepción del peso corporal (IPC, $M = 94.42$, $D.E. = 4.94$), la mayoría de las participantes se ubicó en las categorías de normalidad (69%) y de subestimación moderada (23%), mientras que de las dieciséis detectadas con sintomatología ($M = 96.83$,

$D.E. = 4.96$), en catorce de ellas (87%) su percepción se ubicó en el rango de normalidad. Con respecto al ajuste entre el peso real y el ideal (IAC, $M = 86.11$, $D.E. = 10.23$), el porcentaje más elevado se concentró en el nivel severo de subestimación, lo que habla de que su ideal corresponde a una reducción promedio de 14% de su peso corporal, de modo que en 71% de la muestra dista su peso real respecto al que quisieran tener de manera realmente importante (Tabla 2), porcentaje menor al de quienes presentaron sobrepeso u obesidad (77%). No obstante, este desajuste se ve acentuado en las mujeres detectadas con sintomatología de trastorno alimentario ($M = 80.28$, $D.E. = 8.22$), de las que 94% mostró un severo desajuste entre el peso ideal y el real, lo que en promedio supuso una disminución de 20% de su peso.

Tabla 2. Distribución porcentual de los índices de percepción y de ajuste corporal.

SUBESTIMACIÓN				NORMAL		SOBREESTIMACIÓN			
Severa		Moderada				Moderada		Severa	
IPC	IAC	IPC	IAC	IPC	IAC	IPC	IAC	IPC	IAC
2	34	11	7	33	5	1	1	1	1
(4%)	(71%)	(23%)	(15%)	(69%)	(10%)	(2%)	(2%)	(2%)	(2%)

Con la finalidad de conocer si había asociación entre la interiorización del modelo estético corporal (CIMEC y sus factores) con la sintomatología de anorexia y bulimia nerviosas (EAT-40, BULIT y sus respectivos factores), se realizó un análisis de correlación de Spearman. En la Tabla 3 se expresan los coeficientes que denotaron asociaciones estadísticamente significativas ($p \leq .05$). En cuanto

al EAT-40, su puntuación total correlacionó con la del BSQ y el factor *Modelos sociales* del CIMEC, mientras que el factor *Motivación para adelgazar* se relacionó además con la puntuación total del CIMEC, con su factor *Publicidad* y con el IPC/cintura (pizarrón). Por su parte, el factor *Presión social percibida* del EAT-40 correlacionó con IAC e IPC/cintura (cinta).

Con respecto al BULIT, tanto su puntuación total como su factor *Sentimientos negativos posteriores al atracón* se relacionaron con la puntuación total del BSQ, del CIMEC y sus factores *Publicidad* y *Modelos sociales*, así como con el IMC, el IPC/espalda (pizarrón) y el IAC, con este último de manera negativa; adicionalmente, el

total del BULIT también mostró relación con el factor *Relaciones sociales* del CIMEC. El factor *Atracón* correlacionó con la puntuación total del BSQ, CIMEC y sus factores *Publicidad* y *Relaciones sociales*. Finalmente, el factor *Conductas compensatorias* se asoció con el IAC de manera negativa.

Tabla 3. Coeficientes de correlación (r^s de Spearman) entre EAT y BULIT con CIMEC, BSQ, Índice de masa corporal (IMC), Índice de ajuste corporal (IAC) e indicadores de percepción corporal (IP).

	EAT			BULIT			
	MA	PSP	TOTAL	AT	SNA	CC	TOTAL
CIMEC	.52****			.37**	.50****		.49****
Publicidad	.40**			.41**	.43**		.49****
Modelos sociales	.46***		.34*		.39**		.31*
Relaciones sociales				.29*			.37**
BSQ	.67****		.36**	.45***	.45***		.47***
IMC					.34*		.33*
IAC		.31*			-.36*	-.29*	-.39**
IP Cintura-Cinta		-.36*					
IP Espalda-Pizarrón					.29*		.36*
IP Cintura-Pizarrón	.31*						

MA = Motivación para adelgazar, PSP = Presión social percibida, AT = Atracón, SNA = Sentimientos negativos posteriores al atracón, CC = Conductas compensatorias, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, **** $p \leq .0001$.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se halló que la sintomatología de trastorno alimentario estuvo presente en una de cada tres mujeres adultas. Esta proporción es sustancialmente mayor a la encontrada –utilizando los mismos parámetros– en mujeres adolescentes y adultas jóvenes mexicanas por Mancilla, Franco, Vázquez, López y Alvarez (en prensa), quienes reportaron 13% en 1995 y 20% en 2001; este último dato coincide con el de Vázquez, Mancilla, Mateo y cols. (2005). Sin embargo, en un estudio previo en el que predominaron adultas jóvenes, Alvarez, Franco, Vázquez y cols. (2003) hallaron 29% de sintomatología de trastorno alimentario. De acuerdo a la literatura, los trastornos alimentarios afectan por lo común a adolescentes o mujeres jóvenes (Milos, Spindler, Schnyder y cols., 2004; Passi, Bryson y Lock, 2003; Rojo, Livianos, Conesa y cols., 2003; Westenhoefer, 2001; Wijbrand y van Hoeken, 2003), y si bien en la presente investigación no se puede hablar propiamente de la presencia de trastorno alimentario, sí de su sintomatología, lo que habla de que tales psicopatologías no son exclusivas de la ado-

lescencia o de la juventud temprana, sino que también pueden afectar a mujeres adultas (Calderón y cols., 1998; Tylka y Subich, 2004; Webster y Tiggeman, 2003).

En cuanto a los tipos de sintomatología, en la muestra evaluada destacaron la bulímica (15%) y la mixta (12%), contra sólo 6% de sintomatología anoréxica, patrón semejante al observado por Alvarez y cols. (2003), pero no así por Vázquez y cols. (2005), quienes hallaron que la presencia de sintomatología anoréxica y bulímica en una muestra con predominancia de adolescentes fue similar (11% y 12%, respectivamente). Con base en lo anterior, se confirma que los componentes más característicos de la bulimia nerviosa, el atracón y las conductas compensatorias purgativas tienden a desarrollarse a una mayor edad (Abbate-Daga, Pieró, Gramaglia y Fassino, 2005; Brousard, 2005; Jeppson, Richards, Hardman y MacGranley, 2003).

Con respecto a la imagen corporal, primeramente en cuanto a su aspecto actitudinal, la insatisfacción corporal es considerada un componente básico de los trastornos alimentarios ya que desempeña un papel relevante tanto en la predisposición

como en su mantenimiento (Alvarez, 2006; Gómez-Peresmitré, 1993, 1998; Jacobi, 2005; Lora y Saucedo, 2006; Markey y cols., 2001; Presnell, Bearman y Stice, 2004; Troop y cols., 2006; Wade y Lowes, 2002). No obstante, de acuerdo al BSQ, en la presente investigación se identificó insatisfacción corporal en 17% de la muestra, es decir, que este rasgo sólo se manifestó en la mitad de las mujeres detectadas con sintomatología de trastorno alimentario. Dicho porcentaje es cercano al hallado por Vázquez, López, Alvarez, Franco y Mancilla (2004) en una población que incluyó desde púberes hasta jóvenes adultas (19%), pero menor al encontrado en mujeres adolescentes (25%) por Vázquez y cols. (2005). Asimismo, la insatisfacción corporal se asoció en el presente estudio con una mayor sintomatología bulímica, particularmente en motivación para adelgazar, atracón y sentimientos negativos posteriores al atracón, lo que confirma lo reportado por Gutiérrez (2000) en mujeres adolescentes y jóvenes adultas. Cabe precisar que ni las conductas compensatorias ni la dieta restrictiva mostraron ser relevantes.

En el caso del aspecto perceptual de la imagen corporal, en las mujeres evaluadas fue prácticamente inexistente la sobreestimación del peso corporal; por el contrario, en lo que corresponde al ajuste entre el peso real y el deseado, siete de cada diez participantes querían pesar un mínimo de 10% menos de lo que pesaban, porcentaje similar al reportado por Allaz, Bernstein, Rouget y cols. (1998), quienes en una muestra de mujeres adultas –de 30 a 74 años– hallaron que seis de cada diez deseaban perder peso, particularmente 9% menos de su peso actual. Además, en el presente estudio se encontró que ante una menor correspondencia entre su cuerpo real con el ideal, fue mayor la presencia de sintomatología bulímica, específicamente con base en los sentimientos negativos posteriores al atracón y las conductas compensatorias; a la inversa, a mayor correspondencia entre el peso ideal y un menor peso real, percibieron más presión social en cuanto incrementaran su peso corporal o la ingestión de alimento. Es importante señalar que la distorsión del peso corporal (el estimado *versus* el real), ya fuese en

el sentido de subestimación o de sobreestimación, no se asoció con la sintomatología de trastorno alimentario.

Paralelamente, más de seis de cada diez mujeres adultas de este estudio mostraron haber interiorizado el modelo estético que supone la delgadez femenina, porcentaje ligeramente menor al 77% encontrado en adolescentes (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001). Además, la publicidad y los modelos sociales en pro del adelgazamiento se asociaron en este estudio con mayor sintomatología bulímica, motivación para adelgazar y sentimientos negativos posteriores al atracón, en tanto que, en forma diferencial, la publicidad se relacionó con mayor atracón, y los modelos sociales con más sintomatología de tipo anoréxico. Al respecto, Gutiérrez (2000) encontró asociaciones importantes entre la interiorización del modelo estético corporal de delgadez –particularmente por medio de la publicidad– con la sintomatología tanto anoréxica como bulímica, particularmente con el atracón y con los sentimientos negativos posteriores. Si bien es claro que la cultura de la delgadez ejerce su influencia durante la adolescencia y la juventud, principalmente, también lo es que las mujeres en la edad adulta no están exentas de haber interiorizado las normas, valores, prescripciones, actitudes y conductas que supone el ideal sociocultural de delgadez (Shibley, 1995; Tiggemann y Lynch, 2001; Webster y Tiggemann, 2003). Esta es una cuestión fundamental debido a que se ha encontrado que las madres no sólo desempeñan un importante papel en la transmisión de expectativas y estilos de vida a sus hijos, sino, de forma más específica, en las cogniciones, actitudes y conductas en favor de la delgadez (Davis, Shuster, Blackmore y Fox, 2004; Dunkley, Wertheim y Paxton, 2001; Hintikka y cols., 2000; Markey y cols., 2001; Stice, 2002).

Finalmente, algunas de las limitaciones de este estudio son el reducido tamaño de la muestra, el haber incluido únicamente a mujeres de nivel socioeconómico bajo y el que los instrumentos empleados fueran originalmente creados para mujeres predominantemente adolescentes y adultas jóvenes.

REFERENCIAS

- Abbate-Daga, G., Pieró, A., Gramaglia, C. y Fassino, S. (2005). Factors related to severity of vomiting behaviors in bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 134, 75-84.
- Allaz, A.F., Bernstein, M., Rouget, P., Archinard, M. y Morabia, A. (1998). Body weight preoccupation in middle-age and ageing women: A general population survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 287-294.
- Alvarez, G. (2006). *Modelos de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas*. Tesis de Doctorado. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., Escarria, A.R., Haro, M. y Mancilla, J.M. (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: Comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y Salud*, 13(2), 245-255.
- Alvarez, G., Mancilla, J.M., Martínez, M. y López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 50-58.
- Alvarez, G., Mancilla, J.M. y Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7(1), 74-85.
- Alvarez, G., Mancilla, J.M., Vázquez, R., Unikel, C., Caballero, A. y Mercado, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders*, 9(4), 243-248.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed., texto revisado). Barcelona: Masson.
- Báez, M.V. (2003). *Aspectos cognitivos y conductas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria en niños con diferentes niveles de práctica deportiva*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barry, D.T., Grilo, C.M. y Masheb, R.M. (2002). Gender differences in patients with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 63-70.
- Broussard, B.B. (2005). Women's experiences of bulimia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 43-50.
- Calado, M., Lameiras, M. y Rodríguez, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 357-370.
- Calderón, E., Moreno, P., Gili, M. y 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.
- Cooper, P.J., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Davies, E. y Wardle, J. (1994). Body image and dieting in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(8), 787-799.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E. y Fox, J. (2004). Looking good-family focus on appearance and the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 136-144.
- Dittmar, H. y Howard, S. (2004). Thin-ideal internalization and social comparison tendency as moderators of media models impact on women's body-focused anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(6), 768-791.
- Dunkley, T.L., Wertheim, E.H. y Paxton, S. (2001). Examination of a model of multiple sociocultural influences on adolescent's girls, body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence*, 36(142), 265-279.
- Epel, E.S., Spanakos, A., Kasl-Godley J. y Brownell, K.D. (1996). Body shape ideals across gender, sexual orientation, socioeconomic status, race, and age in personal advertisements. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 265-273.
- Frisancho, A.R. (1990). *Antropometric standards for the assessment of growth and nutritional status*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Galán, J. (2004). *Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire para detectar insatisfacción corporal*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.P. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- 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. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante, ser atractivo o sentirse atractivo? *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 27-33.
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, S y Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres distintos grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(3), 313-324.
- Gutiérrez, E.F. (2002). *Evaluación de la imagen corporal en adolescentes y su asociación con la influencia de los modelos estéticos corporales*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gutiérrez, M. (2000). *Evaluación de la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y la sintomatología de trastorno alimentario*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Hintikka, J., Hintikka, U., Lehtonen, J., Viinamaki, H., Koskela, K. y Kontula, O. (2000). Sociocultural influences on body image and body change methods. *Journal of Adolescent Health, 26*(1), 3-7.
- Jacobi, C. (2005). Psychosocial risk factors for eating disorders. En S. Woonderlich, J. Mitchell, J. de Zwaan y H. Steiger. (Eds.): *Eating Disorders Review* (pp. 60-85). Oxford: Radcliffe Publishing.
- Jeppson, J.E., Richards, P.S., Hardman, R.K. y MacGranley, H. (2003). Binge and purge processes in bulimia nervosa: A qualitative investigation. *Eating Disorders, 11*, 115-128.
- Lau, B. (2001). The role of global negative self-evaluations in the influence of body weight on weight and eating concerns. *Eating and Weight Disorders, 6*, 25-31.
- Levine, M.P. y Smolak, L. (2000). Los medios de comunicación y los disturbios de la alimentación: consecuencias en la prevención primaria. En W. Vandereycken y G. Noordenbos. (Eds.): *La prevención de los trastornos alimentarios: un enfoque multidisciplinario* (pp. 39-79). Barcelona: Granica.
- Lora, C.I. y Saucedo, T.J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental, 29*(1), 60-67.
- Mancilla, J.M., Franco, K., Vázquez, R., López, X. y Alvarez, G. (en prensa). A two stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students from a Mexican population. *European Eating Disorders Review*.
- Markey, C., Markey, P., Birch M. y Leann, L. (2001). Interpersonal predictors of dieting practices among married couples. *Journal of Family Psychology, 15*(3), 1-11.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., Martz, J., Wijbrand, H. y Willi, J. (2004). Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development. *International Journal of Eating Disorders, 35*, 250-258.
- Mora, M., Raich, R.M., Viladrich, C., Torras, J. y Huon, G. (2004). Bulimia symptoms and risk factors in university students. *Eating and Weight Disorders, 9*, 163-169.
- Ocampo, M.T., López, X., Alvarez, G. y Mancilla, J.M. (1999). Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica, con y sin trastornos alimentarios. *Estudios de Antropología Biológica, 9*, 521-535.
- Ogden, J. y Taylor, C. (2000). Body size evaluation and body dissatisfaction within couples. *International Journal of Health Psychology, 5*, 25-32.
- Passi, V.A., Bryson, S.W. y Lock, J. (2003). Assessment of eating disorders in adolescents with anorexia nervosa: Self-report questionnaire versus interview. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 45-54.
- Presnell, K., Bearman, S.K. y Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 36*, 389-401.
- Rojó, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodríguez, G., Sanjuán, L. y Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 281-291.
- Shibley, H. (1995). *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- Smith, M.C. y Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 863-872.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*(5), 825-848.
- Striegel-Moore, R.H. y Steiner-Adair, C. (2000). Prevención primaria de los trastornos alimentarios: Nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En W. Vandereycken y G. Noordenbos. (Comps.): *La prevención de los trastornos alimentarios: un enfoque multidisciplinario* (pp. 13-37). Barcelona: Granica.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M. y Tantleff-Dunn, S. (1999). The scope of body image disturbance: The big picture. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. (pp. 19-50). Washington: American Psychological Association.
- Thompson, J.K. y Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science, 10*(5), 181-183.
- Tiggemann, M. y Lynch, J. (2001). Body image across the life Spain 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*. Madrid: Ariel.
- Toro, J. (1999). Cuerpos saludables: Cultura, cultivo y sanción. En M. Lameiras y J. M. Failé. (Eds.): *Trastornos de la conducta alimentaria: del tratamiento a la prevención* (pp. 13-26). Vigo (España): Universidad de Vigo.
- Toro, J. (2004). Imagen corporal e insatisfacción corporal. En J. Toro (Ed.): *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa* (pp. 181-208). Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in a nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 147-151.

- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Troop, N.A., Sottrilli, S., Serpell, L. y Treasure, J.L. (2006). Establishing a useful distinction between current and anticipated bodily shame in eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 11(2), 83-90.
- Tylka, T.L. y Subich, L.M. (2004). Examining a multidimensional model of eating disorder symptomatology among college women. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 316-328.
- Unikel, C. (2003). *Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis de doctorado no publicada. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vander-Wal, J.S. y Thelen, M.H. (1997). Attitudes toward bulimic behaviors in two generations: The role of knowledge, body mass, gender, and bulimic symptomatology. *Addictive Behaviors*, 22(4), 491-507.
- Vargas, L. y Casillas, L. (1993). Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto para empleo en el consultorio y en el campo. *Cuadernos de Nutrición*, 16, 34-46.
- Vázquez, R., Alvarez, G., López, X., Ocampo, M.T. y Mancilla, J.M. (2003). Valoración psicológica y antropométrica en estudiantes de danza con trastorno alimentario. *Revista de Investigación en Educación*, 1, 177-206.
- Vázquez, R., Alvarez, G. y Mancilla, J.M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias sobre los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) en población mexicana. *Salud Mental*, 23(6), 18-24.
- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G., Franco, K. y Mancilla, J.M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: Algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12(3), 415-427.
- Vázquez, R., Mancilla, J.M., Mateo, C., López, X., Alvarez, G., Ruiz, A.O. y Franco, K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 53-63.
- Wade, T.D. y Lowes, J. (2002). Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight in a female adolescent population. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 39-45.
- Webster, J. y Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life Spain: the role of cognitive control. *The Journal of Genetic Psychology*, 164(2), 241-252.
- Westenhofer, J. (2001). Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 477-481.
- Wijbrand, H. y van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.