

ANUARIO DE PSICOLOGÍA
Núm. 38 - 1988 (1)

FACTORES SOCIOCULTURALES EN LOS
TRASTORNOS DE LA INGESTA

JOSEP TORO
Departamento de Psiquiatría
y Psicobiología Clínica
Universidad de Barcelona

Josep Toro
Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica
Facultad de Medicina
Universidad de Barcelona
Casanova, 143
08036 Barcelona

Alimentarse, para todo ser vivo, es condición indispensable para sobrevivir, para ser. El hombre, mamífero al fin y al cabo, no puede ser una excepción. Pero por ser lo que es —hombre— la alimentación le significa mucho más que simple nutrición. En efecto, desde que nace hasta que muere, alimento e ingestión están asociados a múltiples experiencias, lo que implica que la comida y el comer pueden, y suelen, quedar investidos de múltiples significados, de muy diversas simbologías.

Desde que el niño comienza a succionar, sea del pecho materno, sea del biberón, el alimento deja de ser exclusivamente una aportación calórica. Para el niño, alimentarse es una de las primeras formas de socializarse, de entrar en contacto con otros seres humanos, con la madre usualmente. La relación con la madre queda mediatizada por la alimentación del pequeño, del mismo modo que tal alimentación queda asociada a las características de esas tempranas relaciones madre-niño. La madre, alimentando, satisface y vincula. El niño, simplemente siéndolo, suscita en su madre un sinnúmero de reacciones y respuestas, muy especialmente la de alimentarle, hecho éste que se mantendrá prácticamente a lo largo de toda la vida de ambos. La alimentación del hijo en todas las culturas forma parte no sólo de la función biológica de la madre, sino también del papel sociocultural de la maternidad. Así, comer o no hacerlo, comer mucho o comer poco, comer «de todo» o selectivamente, son hechos que encuentran un significativo lugar en las relaciones interpersonales del grupo familiar.

Asimismo, la gratificación primaria que se consigue comiendo ha llevado a que todas las sociedades, todas las culturas, dediquen a la comida, y a los usos y costumbres estructurados en su derredor, un lugar principal. La comida, ciertas comidas sobre todo, constituyen el acto central de la celebración, cualquiera que sea la cosa que se celebre. El *banquete*, en última —o primera— instancia una ingesta alimentaria, se identifica con celebración colectiva y compartida, con fiesta social, con gratificaciones profundas y generalizadas. Así, el «celebrarlo comiendo» o el «invitar a comer» son costumbres altamente introducidas, plenamente arraigadas en la totalidad de las culturas mínimamente desarrolladas. Se mastica y deglute en situaciones de grupo. La ingesta va permanentemente suscitando cogniciones y afectos de todo orden. Comer es una trascendental experiencia social. Psicológicamente quizás sea tan trascendente como lo es biológicamente.

No comer, comer poco, perder el apetito, suele ser alarmante. La no ingesta alimentaria está cultural —y justificadamente— asociada a la pérdida de salud. Comer es vitalidad; no hacerlo suele ser morbilidad. La falta de alimento es probablemente el origen más extendido del enfermar humano. Los pueblos que pasan hambre y los que lo han experimentado en un pasado no exce-

sivamente remoto, lo tienen muy claro. Son las mujeres de esos pueblos, sus madres, las que más conscientes se hallan de su papel de alimentadoras a toda costa. No comer genera enfermedad, ciertamente, pero la disminución de la ingesta, cuando el alimento se halla disponible, es signo de enfermedad; o puede serlo.

Por otro lado, quizás lo más relevante en nuestro momento y lugar sea que el ser humano, a diferencia de los restantes mamíferos, *sabe* que la ingesta alimentaria entraña varios efectos. Singularmente *sabe* que la comida ingerida guarda estrecha relación con el peso del cuerpo, con el volumen y las dimensiones corporales alcanzados en un momento dado. En consecuencia la ingesta alimentaria queda íntima y permanentemente asociada al cuerpo de cada individuo y, por tanto, a los sentimientos que éste le inspire. Esta es la vía por la que el cuerpo que uno tiene, lo que piense del mismo, y las emociones que le inspire, quedan vinculadas a la alimentación.

Abordado el tema de la forma y el volumen del cuerpo humano, es obligado plantear abiertamente la cuestión de los estereotipos estéticos. Porque toda sociedad, toda cultura, todo momento histórico, cuenta con unos valores referidos al aspecto físico de sus miembros. Aunque resulte tópico, no deja de ser verdad que existen notabilísimas diferencias entre los cánones representados por Elena Forment y su cohorte de rollizas compañeras de época y los simbolizados por la señorita Twiggy y su cohorte de alámbricas adláteres. Aquí debemos resaltar que quien se aleja de esos cánones, criterios o valores estético-corporales puede y suele experimentar fenómenos tales como el rechazo social —real o supuesto—, una baja autoestima, insuficiencias en sus relaciones interpersonales, inestabilidad emocional/afectiva más o menos acusada, etc.

En este contexto fenoménico deben situarse los denominados «trastornos de la ingesta». Ninguno de ellos es posible comprenderlo sin ubicarlo entre esas coordenadas socioculturales. Es más, cabe que muchos casos de obesidad, bulimia y anorexia nerviosa, carecieran incluso de su conceptualización como trastorno si ese contexto fuera otro. O, incluso, ni siquiera se dieran (p. ej., la anorexia nerviosa).

La cultura de la delgadez

Posiblemente hayan sido Vandereycken y Meerman (1984a) quienes más hayan hecho para difundir la locución «cultura de la delgadez» (*culture of slenderness*). Así se define una de las características básicas de nuestra época y de nuestro mundo occidental. La DELGADEZ se ha constituido en objetivo casi colectivo en el ámbito cultural de los países desarrollados. Pero no se trata de «delgadez para todos», no. La delgadez postulada es meta prácticamente exclusiva de la mujer, y por tanto de la muchacha, de la niña. Y éste es también otro fenómeno estrictamente cultural: la condición y el papel femeninos. Es prácticamente imposible hablar de criterios estéticos corporales sin hacer referencia casi exclusiva a la mujer. Es predominantemente el cuer-

po femenino el que es objeto de especulación estética social. Del mismo modo que es predominantemente el sexo femenino quien encarna la mayor parte de los casos reconocidos bajo el epígrafe de «trastornos de la ingesta». Alguna relación debe existir.

Nuestra sociedad rechaza la obesidad. Ya a los 11 años de edad los niños obesos obtienen de sus compañeros unas interacciones significativamente más negativas que las mantenidas por los niños de peso normal (Baum y Forenhand, 1984). Eso supone compartir, asumir e interiorizar comportamientos y actitudes adultas. Es lógico que la presión social en pro de la delgadez femenina resulte más «eficaz» y por tanto más traumática en la edad adolescente, una época del desarrollo en la que es preciso asumir y conceptualizar las modificaciones sobrevenidas en los caracteres sexuales secundarios. Así, el sobrepeso adolescente se halla sistemáticamente asociado a depresión, a una autoestima baja y a un autoconcepto negativo generalizado (Hammar y cols. 1972). La posibilidad de ser rechazada, por no compartir los módulos establecidos, lleva a la adolescente a rechazarse. Y ese rechazo tiene consecuencias.

¿A qué conduce todo ello? Por un lado, y ese es nuestro tema, a la patología. Por otro, a hechos como éste: ya en 1981 en USA se gastaban 10 billones (*sic*) de dólares en productos y servicios relacionados con el adelgazamiento (Leon y Finn, 1984).

Por supuesto, no sucede lo mismo en todas las sociedades. Ya hemos dicho que la cultura de la delgadez es un fenómeno propio del mundo desarrollado, de la *sociedad opulenta*. No hay cultura de la delgadez en el tercer mundo; no busca adelgazarse quien tiene hambre. En la India el obeso goza de prestigio social, es envidiado. Hay escasísimos obesos en la India. Por supuesto los hay mucho más en el mundo occidental. Pero no están homogéneamente distribuidos. En efecto, la mayor parte de mujeres y niñas obesas de los países desarrollados se encuentran en las clases bajas de la población (Leon y Finn, 1984). No podría ser de otro modo. Los valores predominantes, incluyendo los estéticos, se gestan en las clases altas y desde ellas se extienden al resto. Y las clases altas están pujando demoledoramente a la baja, del volumen y peso corporales, claro. Aunque faciliten mecanismos de engorde bastante tempranos. Con un ejemplo bastará: en EE.UU. los niños están ante el televisor tanto tiempo como el que dedican a la escuela. Pues bien, se ha observado que entre los 6 y los 17 años de edad la prevalencia de obesidad aumenta de 1.2% a 2.9% por cada hora adicional diaria de TV (Dietz y Gortmaker, 1985).

Luego veremos cómo los medios de comunicación promueven masivamente la «cultura de la delgadez». Pero este fenómeno de obesidad infantil y adolescente vinculada a la TV pone de relieve las contradicciones de nuestra sociedad y la trascendencia de las pautas culturales en todo lo que hace referencia al volumen adquirido y deseado del ser humano. Sin embargo hay que huir de todo simplismo, como sería pensar que los niños engordan simplemente por estar quietos ante el televisor. Ese es, sin duda, un hecho significativo. Pero hay otros factores dignos de ser tenidos en cuenta. Por ejemplo, que las horas más «televisivas» son las que corresponden a la merienda/cena de los

niños, es decir su comportamiento ingestivo puede resultar significativamente reforzado por la TV. Pero es que, además, en esas horas los avispaados publicistas suelen pasar la mayor parte de la publicidad alimentaria dedicada a esas edades, referida mayoritariamente a productos muy «calóricos» (cereales, pastelería y derivados, productos lácteos, etc.). Para no hablar de otro hecho interesante: la ausencia de actividades alternativas a la contemplación del televisor.

Los trastornos de la ingesta

¿Qué está sucediendo con los trastornos de la ingesta en general? ¿Tenemos realmente datos que permitan poner en relación patologías concretas, frecuentemente gravísimas, incluso con riesgo de muerte, con esas pautas socioculturales concernientes a la estética corporal? No se olvide que trastornos como la anorexia nerviosa y la bulimia durante muchísimo tiempo han sido considerados o como entidades basadas en una patología esencialmente biológica o como cuadros cuya única explicación era el «conflicto interno». En uno y otro caso, ambos enfoques, biológico y psicoanalítico, dejaban de lado los posibles factores culturales.

En la actualidad las cosas están cambiando con suma rapidez. Cada vez son más los clínicos e investigadores que conceden una importancia capital a los factores socioculturales en la génesis de los trastornos del comportamiento alimentario (Garfinkel y Garner, 1982; Leon y Finn, 1984; Vandereycken y Meerman 1984b; Toro y Vilardell, 1987). ¿Cuáles son los datos en que se basa este enfoque predominantemente —que no exclusivamente— cultural de los trastornos de la ingesta?

No podemos ser exhaustivos en este trabajo. Tan sólo aportaremos algunos ejemplos ilustrativos de cada uno de los hechos que se tienen en cuenta al apostar por la génesis sociocultural, aunque sea parcial, de esos trastornos. Nos referiremos básicamente a la anorexia nerviosa, por ser el trastorno más grave y por incluir de algún modo a la bulimia (e incluso a la obesidad).

El *aumento de la incidencia* es uno de los hechos más notables. No hay ningún país con datos epidemiológicos mínimamente dignos que no haya verificado este hecho. Así en el condado americano de Monroe se estimó la incidencia de anorexia nerviosa durante dos periodos: 1960-69 y 1970-76. En el primero se diagnosticaron 0.35 casos por 100.000 habitantes. En el segundo, la cifra se dobló pasando a 0.64 por 100.000. Por supuesto el aumento no se produjo homogéneamente en toda la población. Se consiguió gracias a muy elevados incrementos de incidencia en la población femenina situada entre 15 y 24 años de edad.

Antes hemos hecho mención a la relación existente entre *clase social* y los fenómenos que aquí nos ocupan. Hace tiempo que quedó establecida tal relación en el caso de la anorexia nerviosa. Los datos más definitivos son los aportados por Garfinkel y Garner (1982) que aparecen en la Tabla 1. Se basan en el estudio de todas las anoréxicas por ellos tratadas en su clínica de

Toronto. El predominio de anoréxicas procedentes de los niveles económicos más elevados (I y II) es abrumador. No puede olvidarse que, pese al acercamiento de los porcentajes en los casos tratados después de 1976, la población canadiense incluida en las categorías III a VII incluye a la inmensa mayoría de los ciudadanos. (Sin embargo, un trabajo recentísimo plantea la existencia de igual o mayor cantidad de bulímicas en mujeres de rentas bajas que en féminas de rentas altas, en Massachussetts; Pope y cols., 1987).

TABLA 1: ESTATUS SOCIOECONÓMICO
EN LA ANOREXIA NERVIOSA

Clases sociales	Antes de 1975	Después de 1976
I-II	36 (70,6%)	103 (52%)
III-VII	15 (29,4%)	95 (48%)

$$\chi^2=7,09, df=1, p<0.01$$

(Reproducido de Garfinkel y Garner, 1982)

Es evidente que la anorexia nerviosa es un trastorno propio de la *cultura occidental*, o de la no occidental que comparte sus valores. En el continente africano, sólo hay descritos dos casos (Thomas y Szmukler, 1985). En Malasia, en nueve años se han registrado 30 casos de anorexia nerviosa, pero sólo uno de ellos correspondía a una mujer malaya; el resto se nutría de la burguesía industrial dominante india y china (Buhrich, 1981).

En el seno de un mismo país también se detectan enormes diferencias de incidencia en función de las distintas culturas de procedencia. Así en USA hasta 1984 no se describen los casos 10 y 11 de anoréxicas negras (Pumariega y cols., 1984).

La *distribución por sexos* también resulta altamente significativa. Cierro es que existen pacientes anoréxicos varones, pero la proporción sexual suele situarse alrededor del 9/1 ó 10/1 en perjuicio claro está de las mujeres (Halmi 1974).

La *edad* es otro de los factores a tener en cuenta. La anorexia nerviosa se ceba básicamente en muchachas situadas entre los 15 y los 25 años de edad (Halmi y cols. 1979). La adolescencia, pues, se halla implicada de pleno.

Todos estos datos dibujan un cuadro, el de la anorexia nerviosa, que sociodemográficamente queda bastante bien delimitado. Se da de manera casi exclusiva en mujeres de edad adolescente o en el inicio de la juventud, viviendo en el mundo occidental o en países que comparten sus valores culturales y procedentes de niveles socioeconómicos preferentemente medios y medios-altos. Ninguno de estos hechos, y mucho menos su conjunto permite situar en lugar preferente los supuestos factores biológicos o psicológicamente «profundos». Sucede que la población así definida, muy bien ejemplificada en los datos epidemiológicos procedentes de la población holandesa (Tabla 2), es una población que tiende acusadamente al adelgazamiento, que ha incorporado la delgadez a su escala de valores.

TABLA 2: INCIDENCIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN HOLANDA (1974-1982)

Población general:	5/año/100.000
Mujeres:	9,7/año/100.000
Mujeres (15-24 años):	37,1/año/100.000
Pacientes anoréxicos (N=462):	
Mujeres:	82,3%
Varones:	6,3%

Nivel estudios pacientes: superior población general.

(Adaptado de Hoek y Brook, 1985)

Los grupos de riesgo

Si las cosas son así, y todo parece confirmarlo, la anorexia nerviosa en particular y los trastornos de la ingesta en general, serían la parte visible de un iceberg que hundiría sus cimientos entre nuestras poblaciones adolescentes, especialmente las femeninas. Esto ha llevado en los últimos tiempos a una cierta proliferación de estudios mediante los que se pretende averiguar cuáles son las actitudes y los comportamientos hacia el propio cuerpo y por tanto hacia el peso, de esas poblaciones consideradas como de *riesgo*.

Tales estudios han solido utilizar el cuestionario E.A.T. (*Eating Attitude Test*) de Garner y Garfinkel (1979), considerado como un índice de síntomas asociados a la anorexia nerviosa y la bulimia. Según la validación clínica realizada por sus autores, el «punto de corte» de 30 implica la compatibilidad con un diagnóstico de anorexia nerviosa. El estudio más extenso probablemente ha sido el realizado por Leichner y cols. (1986), quienes administraron el E.A.T. a 5.150 estudiantes de escuelas públicas y universitarios de la provincia de Manitowa (Canadá), de edades comprendidas entre los 12 y los 20 años. Al relacionar las puntuaciones obtenidas con las variables sociodemográficas obtienen las siguientes conclusiones:

1.- Existe una diferencia significativa ($p < 0.001$) entre las puntuaciones medias de los varones (17.46) y las muchachas (23.54).

2.- No se observan diferencias significativas en función de la residencia (rural o urbana), la edad o el estatus socioeconómico. Sin embargo sí resulta significativa la interacción entre edad superior (19 y 20 años) y la pertenencia a las clases sociales altas.

3.- La puntuación en el E.A.T. aumenta al hacerlo el peso.

En la Tabla 3 se muestran algunas características del grupo en riesgo de trastornos de la ingesta, es decir el que obtiene puntuaciones iguales o superiores a 30 en el E.A.T. De los datos allí expuestos pueden extraerse las conclusiones siguientes.

1.- La incidencia de muchachas riesgo es muy superior a la de varones (22.3% versus 5.7%).

2.- Las edades de mayor riesgo y por tanto de mayor patología son las propias del inicio de la pubertad y del último periodo adolescente.

3.- En la medida que aumenta la prevalencia, el «trastorno» se da más en las clases sociales inferiores.

4.- Es evidentísima la relación entre «anorexia» y sobrepeso.

5.- La población adolescente urbana entraña más riesgo que la rural.

TABLA 3: DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS QUE OBTIENEN 30 O MÁS PUNTOS EN EL EAT (POBLACIÓN ADOLESCENTE DE MANITOWA)

	Población (%)		
	Total	Masculina	Femenina
<i>Sexo</i>			
Varones	5.7		
Hembras	22.3		
<i>Edad</i>			
12 años	7.3	8.0	6.7
13-15 años	14.8	5.3	23.7
16-18 años	14.2	5.1	22.6
19-20 años	16.8	10.7	25.0
<i>Clase social</i>			
I	13.9	3.9	22.0
II	15.3	4.0	25.0
III	14.8	7.8	21.2
IV	14.4	4.3	23.5
V	18.6	7.8	27.3
<i>Desviación peso</i>			
-20	13.7	5.0	17.6
-19 a -4	13.0	5.6	17.0
-4 a +4	14.0	3.8	22.6
+5 a +19	15.1	5.9	24.7
+20	19.1	7.7	34.2
<i>Residencia</i>			
Urbana	15.4	6.2	23.6
Rural	12.4	4.8	20.0

(Adaptado de Leichner y cols., 1986)

Estas conclusiones se comentan por sí solas. No obstante, conviene alguna precisión. Esos incrementos al inicio de la pubertad y de la juventud, también observados en otros trabajos, suelen interpretarse como propios de dos épocas de cambio, corporal el primero, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios que deben ser asumidos e integrados en la imagen corporal de la adolescente, y psicosociales los segundos, coincidiendo con una mayor autonomía, frecuente salida del hogar y mayor implicación en el grupo de coetáneos.

Por otro lado, el incremento de casos «patológicos» en las clases bajas no contradice lo anteriormente expuesto acerca de la distribución socioeconómica de la anorexia nerviosa. En efecto, el trabajo que comentamos es muy re-

ciente, y se da en un país altamente desarrollado. Es decir, la difusión de los patrones estéticos goza de amplias facilidades por la homogeneización cultural de tales sociedades en este tipo de temas. Por otro lado en las clases sociales bajas hay más obesidad y, también se comprueba, tal obesidad predispone a la anorexia especialmente cuando la persona obesa se inserta en la «cultura del adelgazamiento».

Por nuestra parte (Toro y cols., en prensa, a) hemos administrado el E.A.T. a 1.554 adolescentes residentes en Barcelona. También se les administró un cuestionario mediante el que se solicitaban una serie de datos familiares, personales y sociales. Esa población adolescente se distribuía entre 848 (54.5%) varones y 706 (45.5%) hembras. Las edades oscilaban entre los 12 y los 19 años con una media de 15 y una D.E. de 1.62.

La puntuación media obtenida en el E.A.T. fue de 13.5, con una D.E. de 8.8. Un total de 64 sujetos, es decir el 5% de la muestra obtuvo una puntuación igual o superior a 30. La diferencia existente entre estas magnitudes y las halladas por Leichner y cols. sólo puede explicarse en términos socioculturales: la «cultura del adelgazamiento» se halla más arraigada por ahora en la juventud canadiense, a pesar de su progresiva difusión entre nosotros.

En la Tabla 4 pueden apreciarse los resultados obtenidos en función de algunas de las variables sociodemográficas estudiadas. Las puntuaciones son significativamente más altas, es decir el riesgo de trastorno ingestivo aumenta, con el hecho de ser hembra, contar con más de 15 años de edad y tener un peso corporal superior al peso ideal calculado para cada talla y edad.

TABLA 4: PUNTUACIONES EN EL EAT
SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

	\bar{X}	D.E.	$p <$
<i>Sexo</i>			
Varón	11.4	5.8	0.001
Hembra	16.1	9.5	
<i>Edad</i>			
12-14 años	12.4	6.6	0.01
15-18 años	14.2	8.9	
<i>Peso</i>			
<75%	13.1	5.5	0.05
76-80	12.7	6.9	
81-115	13.4	8.2	
116-125	15.2	8.4	
>126%	15.9	8.6	
<i>Clase social</i>			
I	13.3	8.1	N.S.
II	13.3	7.9	
III	14.1	8.1	

(Toro y cols., en prensa)

La Tabla 5 reseña la relación entre E.A.T. y ciertas variables relacionadas con la ingesta alimenticia y la consideración que merece el propio cuerpo. Se constata que el riesgo de sintomatología anoréxica –o bulímica– es muchísimo mayor en aquellos sujetos que han practicado algún género de dieta restrictiva durante el último año. Asimismo obtienen puntuaciones significativamente más elevadas quienes se consideran «algo», «bastante» o «muy obesos» –al margen de si realmente lo son o no– que quienes se juzgan «normales» o con algún grado de delgadez. Por fin aquellos que desearían estar más delgados también obtienen medias más altas que quienes aceptan su situación actual o preferirían engordar.

TABLA 5: PUNTUACIONES EN EL EAT
SEGÚN INGESTA Y EVALUACIÓN CORPORAL

	\bar{X}	D.E.	$p <$
<i>Dieta</i>			
Sí	22.8	10.1	0.001
No	12.6	7.1	
<i>Autoevaluación corporal</i>			
Muy obeso/a	26.5	10.6	0.001
Bastantes obeso/a	19.6	9.7	
Algo obeso/a	17.6	9.7	
Normal	11.9	6.6	
Algo delgado/a	11.0	5.7	
Bastante delgado/a	12.8	5.3	
Muy delgado/a	13.2	6.1	
<i>Deseo cambio corporal</i>			
Más delgado/a	16.8	9.5	0.001
Como ahora	10.8	5.0	
Más lleno/a	11.8	5.8	

(Toro y cols., en prensa)

Estos datos permiten aproximarse a un grupo de población que tiende a experimentar sintomatología propia de los trastornos de la ingesta en la medida en que sus miembros son adolescentes, especialmente en la segunda etapa de este periodo evolutivo, de sexo femenino, cuentan con peso superior al promedio o creen poseerlo, practican o han practicado un régimen alimenticio restrictivo y desean verse más delgados.

La insatisfacción corporal de la adolescente

La pubertad —ya se ha dicho— obliga a la adolescente a asumir los cambios que rápidamente sobrevienen en su cuerpo a integrarlos en su imagen corporal. Tal imagen no es solamente el fruto de lo percibido. La imagen corporal está inseparablemente asociada a los sentimientos que provoca dicha percepción: o gusta o no gusta. Para llegar a tamaña conclusión el adolescente compara su cuerpo con el modelo corporal vigente en su cultura. Si coincide, o así lo cree, su imagen se coloreará positivamente; si no es así, le suscitará ansiedad, y por tanto el deseo de cambiar de imagen, es decir de cuerpo. Ello supone que cada sociedad en cada momento histórico va a ser capaz de suscitar un género de sentimientos y actitudes ante el propio cuerpo que pueden ser distintos, aún aplicándose a un teórico cuerpo de iguales dimensiones, en función de la evolución de los valores estéticos. Por supuesto, estos mecanismos rigen para todos los ciudadanos, y no exclusivamente para los adolescentes, pero éstos por obvias razones de cambio fisiológico, cognitivo-emocional y psicosocial, constituyen terreno abonado para que en ellos funcionen con toda plenitud.

Lo cierto es que son muchas las adolescentes y jóvenes que se muestran descontentas con su propio cuerpo. Un reciente trabajo de Davies y Furnham (1986a) describe claramente este hecho contemporáneo. Han estudiado una muestra de 182 muchachas londinenses comprendidas entre los 11 y los 18 años. Una de las variables estudiadas es su satisfacción con ciertas medidas de su cuerpo. En la Tabla 6 se muestran los resultados obtenidos.

TABLA 6: PORCENTAJES DE MUCHACHAS QUE SE CONFIESAN INSATISFECHAS RESPECTO A CIERTAS DIMENSIONES DE SU CUERPO

	<i>Edad</i>				X^2
	12	14	16	18	
<i>Medidas busto</i>	28.3	32.5	34.9	37.7	0.73
<i>Medidas cintura</i>	34.8	32.5	37.2	43.4	1.57
<i>Medidas cadera</i>	21.7	32.5	44.2	62.3	17.48***

*** $p < 0.001$

(Adaptado de Davies y Furnham, 1986a)

Se comprueba que la insatisfacción acerca de las dimensiones de busto, cintura y caderas aumenta con la edad. Especialmente la insatisfacción por las propias caderas al pasar a los 16-18 años resulta espectacular ($p < 0.001$). Este hecho se complementa con aquellas partes del cuerpo que causan mayor

preocupación o desasosiego en función de la edad. Es lo que queda reflejado en la Tabla 7, donde el aumento de edad conlleva una creciente preocupación por nalgas y muslos, en primer lugar, y por el estómago —el abdomen— en segundo. Es decir, la ansiedad provocada por el propio cuerpo se genera básicamente en unas edades —16 a 18 años— en las que por razones hormonales se produce el desarrollo de muslos, nalgas y caderas propio de la condición *femenina*, es decir de acuerdo con su función biológica reproductiva. Dado que el modelo estético imperante no es en la actualidad precisamente el de la Monroe o de la Loren, para no alejarnos demasiado en el tiempo, estas muchachas ven con suma aprensión, no el *cambio* corporal, sino el *desarrollo* de su cuerpo. Como indican Davies y Furnham (1986a), el actual «atractivo sexual» de las muchachas y el de la mujer en general está en oposición biológica con su actividad reproductiva.

TABLA 7: PORCENTAJE DE MUCHACHAS QUE EXPERIMENTAN UNA DETERMINADA PARTE DEL CUERPO COMO LA MÁS PREOCUPANTE

	<i>Edad</i>			
	12	14	16	18
Muslos y nalgas	17.4	20.0	37.2	41.5
Estómago	10.9	15.0	16.3	28.3
Busto	6.5	7.5	14.0	5.7
Dientes	21.7	12.5	7.0	3.8
Rostro	10.9	7.5	4.7	0.0
Otras partes	10.9	20.0	18.7	7.6

(Adaptado de Davies y Furnham, 1986a)

Dentro de este contexto es interesante notar la irrelevancia relativa adquirida por el busto en todas las edades, siendo como es un significativo cambio sexual adolescente. Pero la «moda estética» parece «respetarlo» más que los otros caracteres. Asimismo es digno de destacar el importante papel jugado por los dientes en el inicio de la pubertad y la pérdida progresiva de relevancia del rostro que, pese a su trascendencia en la relación/comunicación humana es ampliamente, totalmente, relevado por muslos y nalgas.

En el trabajo en cuestión queda claro que estas insatisfacciones y preocupaciones están estrechamente asociadas al hecho de percibirse con un peso excesivo. Crisp (1988) ha estudiado la existencia o no de preocupación por el propio peso corporal en cerca de 2.000 muchachas de edades comprendidas entre 11 y 19 años. Se les consultaba sobre la presencia de tal preocupación

en los últimos 3 meses. Los resultados se detallan en la Tabla 8. Puede comprobarse el progresivo aumento de los porcentajes de muchachas «afectadas» a medida que aumenta su edad, hasta llegar a los 17-18 años en que la mayoría (61.4%) muestra su preocupación ponderal.

TABLA 8: PORCENTAJES DE MUCHACHAS PREOCUPADAS POR SUS PESOS DURANTE LOS 3 MESES PREVIOS AL ESTUDIO

<i>Edad</i>	<i>Preocupadas por el peso</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
11-12	16	47	34.0
12-13	89	235	37.9
13-14	146	360	40.6
14-15	160	352	45.5
15-16	179	362	49.4
16-17	111	236	47.0
17-18	105	171	61.4
18-19	49	103	47.6

(Adaptado de Crisp, 1988)

¿Cómo se relacionan estas preocupaciones ponderales con las actitudes y comportamientos favorecedores del adelgazamiento? En otro trabajo se responde cumplidamente este interrogante (Davies y Furnham, 1986b), cuyos principales resultados se exponen, resumidos, en la Tabla 9.

TABLA 9: PORCENTAJES DE MUCHACHAS QUE DESEAN ALTERAR SU PESO

Sobrepeso real	4%
Se creen con sobrepeso	41% (26-49)
Desean perder peso	53% (46-62)
Piensen hacer dieta	55% (41-66)
Siguen dieta	17% (11-22)
Piensen hacer ejercicio	68% (48-81)
Hacen ejercicio	36% (24-42)

(Adaptado de Davies y Furnham, 1986b)

Puede comprobarse que mientras sólo un 4% se halla en situación de sobrepeso real, «según tablas», el 41% de estas muchachas se creen con un peso superior a lo normal. Tanto es así que la mayoría absoluta de ellas considera la posibilidad de seguir una dieta restrictiva para adelgazar (55%) o entregarse a algún género de ejercicio físico también con esa intención (68%). Entretanto, una parte significativa de esa población adolescente ya está restringiendo su ingesta (17%) o practicando algún género de actividad física (36%) con la intención de adelgazar.

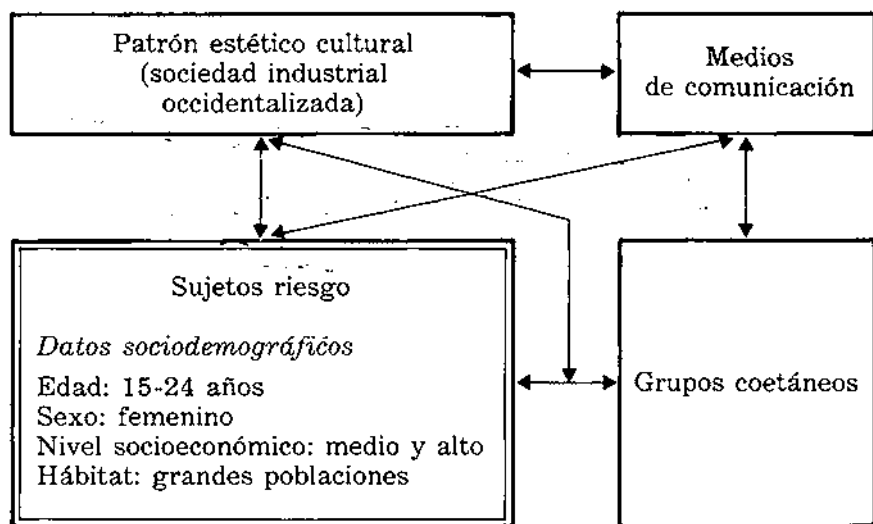
Esta insatisfacción respecto al volumen o dimensiones del propio cuerpo, está confirmada en muchos estudios. Por ejemplo, en USA Leon y cols. (1985) han estudiado este tema en una muestra de población de 19 años de edad media. Pues bien, prácticamente el 80% de las mujeres manifestaban su insatisfacción con su estado corporal y su deseo consiguiente de perder peso. Obsérvese que seguimos hablando exclusivamente de mujeres. No puede ser de otro modo. En ese mismo trabajo de Leon y cols. (1985), el 65% de los varones estudiados manifestaba su conformidad con su cuerpo presente o incluso su deseo de aumentar peso... También sucede que, si bien todos los adolescentes y jóvenes tienden a sobrevalorar su volumen corporal, las muchachas lo hacen mucho más que los varones. Así, en un estudio realizado por Thompson y Thompson (1986) con una población estudiantil de 18 a 24 años, y utilizando unas técnicas sumamente sofisticadas, concluyen que los varones sobrevaloran su volumen corporal en un 14%, mientras que las muchachas lo hacen en un 25%. Por supuesto, cintura, muslos y caderas, junto con las mejillas, son las partes del cuerpo más sobredimensionadas subjetivamente. Y la conclusión quizá más importante de este trabajo y de muchos otros: cuanta más sobrevaloración de las dimensiones corporales, tanta menor autoestima...

Así es la población femenina adolescente y juvenil; así se percibe; así se considera. Así peligra. Todo ello en la década de los ochenta...

La coacción social

Si el propio cuerpo no satisface es porque su imagen percibida ha sido comparada con un modelo ya interiorizado. En consecuencia dicho modelo se ha debido ir forjando y se está manteniendo en función de una complejísima colección de influencias externas. Pensando en la anorexia nerviosa, y aún en la bulimia, probablemente el tipo de presiones que experimenta la «muchacha riesgo» pueden esquematizarse de acuerdo con la Figura 1.

FIGURA 1: SISTEMA DE INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES QUE DETERMINAN LA INTERIORIZACIÓN DE UN PATRÓN ESTÉTICO CORPORAL FACILITADOR DE LA ANOREXIA



La adolescente vive en una sociedad que cuenta y promueve un modelo de cuerpo determinado. A ella le llega a través de muy diversos canales que además interactúan y se superponen. El grupo de edad, el grupo de compañeras tan trascendente en la adolescencia dada su radical influencia en la gestación de muchos valores, juega un papel primordial: conversaciones, preocupaciones compartidas, tipo de vestidos prestigiados y deseados, críticas a terceras personas, comentarios recibidos sobre el propio cuerpo, etc. Los medios de comunicación social están desempeñando sin duda un papel trascendental. Prensa, televisión, cine, revistas ilustradas, radio, escaparates, vallas publicitarias, están sistemáticamente al servicio de la «cultura del adelgazamiento» y, mayoritariamente, de importantísimos intereses comerciales, dado que la «industria del adelgazamiento» funciona de modo cada vez más boyante.

Las interacciones entre diversas instancias que influyen en el mantenimiento e incremento de los valores pro-adelgazamiento femenino son múltiples. A título ilustrativo mencionaremos la experiencia de Garner y Garfinkel (1982) quienes estudiaron la evolución del peso de las concursantes a «Miss América» durante los años 1959 a 1978 (Tabla 10). Los resultados del estudio, indicativos de un sostenido adelgazamiento a lo largo de esos años, supo-

nen un adelgazamiento de 2,600 a 3,400 kilos en 20 años. Es decir la «sociedad» elige de acuerdo con sus propios gustos corporales femeninos. Pero esas elecciones, voceadas a todos los vientos y por todos los medios, configuran los gustos de la propia sociedad. En el caso que nos ocupa sucede que durante esos 20 años el peso medio de la mujer joven americana se ha visto incrementado en unos 2,800 kilos. En otras palabras, la moda va en un sentido y la biología en otro. El conflicto está asegurado.

TABLA 10: EVOLUCIÓN DEL PESO EN EL CONCURSO «MISS AMÉRICA» (1959-1978)

Peso concursantes: disminuye 0,13 kgs/año. Peso ganadoras: disminuye 0,17 kgs/año. Peso mujeres hasta 30 años: aumenta 0,14 kgs/año.
--

(Adaptado de Garfinkel y Garner, 1982)

Los mismos Garner y Garfinkel (1982) estudiaron la evolución de ciertas dimensiones corporales en las muchachas que ocupan las páginas centrales en «Play Boy» durante 20 años (Tabla 11). Se constata la progresiva disminución de las medidas de busto y cadera y un incremento de la cintura. Así pues, una manifestación pública que es a la vez causa y consecuencia de criterios sociales de atractivo erótico, presenta un cuerpo femenino progresivamente más tubular, más andrógino, es decir *menos femenino*. ¿Cómo no angustiarse una adolescente si en un momento dado va haciéndose «femenina»?

TABLA 11: EVOLUCIÓN DE DIMENSIONES CORPORALES FEMENINAS DURANTE 20 AÑOS («MODELOS» PLAYBOY)

Peso promedio (por edad y sexo): disminución (r=22; p<0.001) Medidas busto: disminución (r=0,18; p<0,005) Medidas cintura: incremento (r=0,41; p<0,001) Medidas cadera: disminución (r=0,12; p<0,05)

(Adaptado de Garfinkel y Garner, 1982)

Esta coacción ambiental se difunde y penetra por toda la sociedad, afectando principalmente a la población que ya hemos delimitado sociodemográficamente. Si esa presión sociocultural es capaz de dar lugar a sintomatología bulímica/anoréxica, incluso a patología, tales síntomas y trastornos debieran darse con mayor intensidad en los grupos de población que recibieran más intensa y explícitamente los mensajes pro-adelgazamiento. Esto es lo que comprobaron Garfinkel y Garner (1980) quienes administraron el E.A.T. a una población de estudiantes de danza, de alta costura y de música. La puntuación media obtenida en el cuestionario en cuestión fue de 25.6, 21.8 y 14.7 respectivamente (la población control general puntúa 15.4), es decir todo parece indicar que la presencia de una sobrevaloración corporal —por supuesto tendente a la delgadez como objetivo— determina sintomatología patológica en relación con la ingesta y el cuerpo. No se trata de algo simplemente determinado por «lo estético» o por la competitividad y el perfeccionismo puesto que los estudiantes de música se situaban dentro del rango normal.

Entre nosotros, Ordeig i cols. (en prensa) han replicado este trabajo alcanzando similares conclusiones. Administrando el mismo E.A.T. a estudiantes de danza, de modelos de alta costura y a gimnastas (no de competición) de la ciudad de Barcelona, han obtenido puntuaciones promedio de 30, 14.8, y 18.6 respectivamente. La población control general alcanza una media de 11. Además entran en la zona patológica 13.3% de las modelos, 18% de los gimnastas y 30% de los bailarines.

En la población general no cabe duda que los medios de comunicación funcionan como eficaces portadores de la buena nueva (?) de la delgadez como fuente de toda felicidad. Como muestra, véase una ilustración. Analizando todas las revistas de lectura mayoritariamente femenina que se publican en España y cuya tirada supera los 150.000 ejemplares, durante los meses de mayo de 1984, 1985, y 1986 (Toro y cols., en prensa, b) se estudiaron las características de su publicidad comercial y de la población receptora. Las conclusiones más significativas fueron las siguientes:

1.— Uno de cada cuatro anuncios invita directa o indirectamente al adelgazamiento.

2.— Uno de cada diez anuncios invita al adelgazamiento directa y textualmente.

3.— Los productos más frecuentemente promocionados son los alimentos hipocalóricos (30%) y las cremas adelgazantes (27%).

4.— Las partes del cuerpo más mencionadas eran muslos, caderas y abdomen (las más sobrevaloradas por anoréxicas y adolescentes en general).

5.— Las palabras más utilizadas —en una relación de más de 50 locuciones relacionadas con la delgadez y el cuerpo— eran «Adelgazar», «Delgado/a», «Kilos» y «Centímetros».

6.— El consumo de productos y servicios favorecedores del adelgazamiento resulta motivado estéticamente de modo mayoritario, quedando los motivos de salud en un muy segundo plano.

7.— La población receptora de los mensajes en cuestión se sitúa predominantemente entre 14 y 24 años de edad, en una clase social media, media-alta, y alta, residiendo en áreas urbanas y, por supuesto, está constituida por

mujeres. (Es decir coincidiendo con la población riesgo para los trastornos de la ingesta).

La presión es, pues, evidente. Las características de la población afectada, también. Los posibles peligros, asimismo.

Los papeles sexuales

No es posible entender los trastornos de la ingesta sin hacerse cargo de la trascendencia de los comportamientos genéricos propios de cada papel sexual. Esa presión pro-adelgazamiento se dirige básicamente a la mujer. Esta la asume, la interioriza, aceptándola como un valor o criterio de enjuiciamiento personal y sobre todo de autoenjuiciamiento. Ser delgada es sinónimo de éxito social, de aprobación. Por supuesto que el cuerpo, su forma y volumen, también reviste importancia para el varón. Pero la presión social es mucho menor y además apunta en otras direcciones. La sobrevaloración del cuerpo de la mujer, en cualquier sentido que sea, forma parte de la condición sociocultural femenina. *El hecho de que el cuerpo de la mujer sea mucho más valorado estéticamente que el del hombre conlleva que dicho cuerpo sea para ella mucho más autoimagen que para el hombre el suyo.* La mujer, pues, va a depender mucho más que el varón de las cogniciones y emociones que su cuerpo le suscite.

Aunque las cosas están cambiando algo en los últimos tiempos, la preocupación corporal del varón promedio —del adolescente promedio— sigue otros derroteros: todavía es el desarrollo muscular, la apariencia de potencia física lo que predomina. Es interesante constatar que las adolescentes tienden a creer que el cuerpo femenino que gusta a los muchachos es más delgado que el suyo propio, mientras que los adolescentes varones tienden a pensar que las chicas prefieren cuerpos masculinos más voluminosos que el que les ha correspondido en suerte. En ambos casos se constata que el modelo de atractivo físico realmente valorado por el sexo opuesto no corresponde a esas expectativas (Cohn y cols., 1987).

Es probable que el deseo masculino de un mayor desarrollo muscular implique una menor ansiedad ante el aumento de peso y consiguientemente una actitud ante la ingesta alimenticia distinta de la observada en la mujer. En efecto, como han puesto de manifiesto Leon y Finn (1984) la mujer suele tener conciencia de que *en público* por lo menos, no puede comer como sí puede hacerlo el varón. La mujer ha de reportarse, no puede ingerir en exceso. Incluso cabe que resulte de «buen gusto» dejar algo de comida en el plato. El varón puede entregarse con toda tranquilidad y libertad de acción a la comilona. Es más, la celebración de lo que fuere a través de una ingesta copiosa es una actividad claramente masculina. No es imprescindible aludir a ese prototipo de cuanto estamos diciendo constituido por las sociedades gastronómicas del País Vasco para comprender el fenómeno en cuestión.

Cuando la bulfímica se entrega a sus atracones por supuesto que sistemáticamente lo hace ocultándose, siempre a solas, evitando cualquier testigo.

Y por supuesto también que sus sentimientos de culpa inmediatos, junto con la sensación de suciedad e incluso de pecado que la embarga son hechos que no pueden desvincularse del papel femenino ejercido ahora ante la ingesta y asumido e interiorizado plenamente. El episodio bulímico no sólo angustia y deprime por lo que implica de incremento ponderal, sino que también puede provocar tales emociones y afectos al ser interpretado como *no femenino* (Leon y Finn, 1984).

Esta identificación no total, pero sumamente significativa, de los trastornos de la ingesta con la condición femenina justifica hechos como la creciente tendencia de ciertos movimientos feministas norteamericanos a ponerse al frente de campañas preventivas y divulgativas de estas anomalías. Lo cierto es que cuando la mujer que vive inserta en este mundo presionante atraviesa la etapa adolescente de su vida, sin defensas cognitivas, sin suficientes posibilidades de distanciamiento y de crítica respecto de la sociedad, sumida en la diaria necesidad de definirse a través —entre otros fenómenos— de la asunción de su cuerpo, las probabilidades de caer en la trampa son considerables.

Ahora y antes

Todo parece indicar que nos hallamos en un momento álgido de la «cultura de la delgadez». Los obesos reales se desesperan; los que no lo son temen serlo y muchos de ellos viven convencidos de haber incurrido ya en el sobrepeso; anoréxicas y bulímicas proliferan fértilmente; nuestras mujeres y sobre todo nuestras adolescentes se ven inmersas en un maremagnum de contradicciones asfixiantes respecto de su propio cuerpo. Es como si un ramalazo de locura sui generis sacudiera nuestras sociedades «desarrolladas». Como muestra valgan unos cuantos botones pertenecientes casi en su totalidad a la sociedad norteamericana, la que marca la pauta en tantas y tantas cosas, extraídos de la revisión de Leon y Finn (1984):

- En cualquier momento son 20 los millones de estadounidenses que están siguiendo algún género de dieta restrictiva.
- Una encuesta nacional ya antigua (1975) permitió comprobar que el 47% de los que la contestaron se consideraba a sí mismo con sobrepeso.
- Otra encuesta llevada a cabo en Alemania Federal ya puso de manifiesto en 1974 que en el 55% de los hogares alemanes había por lo menos una persona que intentaba aumentar o disminuir su peso, aunque la inmensa mayoría se inclinaba por esta segunda posibilidad.
- En USA se gastan anualmente diez mil millones de dólares en productos y servicios relacionados con las dietas y regímenes restrictivos, según datos de 1981.
- La tasa de mortalidad de pacientes que experimentan alguna reducción de su peso se halla situada en 2 por 100.000 (USA). Pues bien, la tasa de fallecimientos de mujeres que siguieron la dieta proteínica líquida durante los años 1977-78 se estimó en 59 por 100.000.

- Las instituciones americanas dedicadas de un modo u otro a la pérdida de peso reconocieron en 1981 que el 95% de sus miembros y clientes eran mujeres.

- En 1974 el 85% de las prescripciones de anfetaminas -un anorexígeno- fueron realizadas a mujeres.

- En 1978, 98.000 mujeres americanas blancas siguieron la peligrosa dieta proteínica líquida por lo menos durante un mes.

- Durante 1980 la mitad de todas las personas americanas que seguían programas para perder peso, en su inmensa mayoría mujeres, estaban situadas dentro del peso promedio de la población general.

Estos son tan solo algunos datos ilustrativos por sintomáticos de lo que está ocurriendo en nuestro mundo occidental en relación con el binomio peso-cuerpo. La «cultura de la delgadez» parece atenazar cada vez más a más personas. ¡Peligrosa época la nuestra! ¡Pero se trata realmente de una novedad histórica? ¿No es posible la anorexia sin razones vinculadas o asociadas al estereotipo estético corporal? Dejando de lado casos muy peculiares, muy «atípicos», así se ha estado afirmando en los últimos tiempos. Es decir, la anorexia sería difícil de explicar, por lo menos en su generalidad epidemiológica, sin la presencia de los modelos corporales «delgados» en la atmósfera de una sociedad concreta. Sin embargo, esta perspectiva debe ser corregida radicalmente a la luz de ciertas pistas significativas.

En efecto, una investigación histórica de reciente publicación ha empezado a dejar las cosas en su sitio, al tiempo que resulta abonada y confirmada la hipótesis sociocultural que cimienta la etiología de la anorexia nerviosa y posiblemente de la bulimia. Un profesor de Historia de la Rutgers University, especializado en Historia de Italia, ha publicado una interesantísima obra (Bell, 1985) que pone de manifiesto la existencia de numerosos casos de anorexia nerviosa en la Italia de los albores de nuestro milenio. Se trata de la «*holy anorexia*», la «anorexia santa». Empezando por Catalina de Siena, describe muy documentadamente muchos episodios y situaciones de la vida de una serie de mujeres, habitualmente miembros de congregaciones religiosas, cuyas vidas discurrieron en Italia entre los años 900 y 1300 aproximadamente, presentando todas ellas unas características conductuales, ingestivas, cognitivas y aun emocionales claramente anoréxicas. Es una delicia para el interesado por estos temas leer la correspondencia de Catalina de Siena con algunos de los prelados y confesores que pretendían convencerla de que comiera. Las dudas diagnósticas son pocas. El autor ha hurgado en la vida de 261 mujeres «santas» de esta época sospechosas todas ellas de trastorno grave de la ingesta.

En los siglos X, XI, o XII no existía la «cultura de la delgadez», ni por asomo. Existía, eso sí, una gran presión religiosa-ecclesial a favor de la mortificación del cuerpo y del «espíritu» para conseguir un mejor dominio de las «pasiones» en aras de una progresiva mayor «perfección». La austeridad alimenticia era casi dogmática en la mente de esas mujeres religiosas. El perfeccionismo de sus ayunos revestía caracteres cuasi competitivos. La restricción drástica de la ingesta era común y usual en muchos grupos religiosos, especialmente por parte de sus figuras más representativas, es decir de los *mode-*

los sociales del grupo en cuestión. El líder religioso «modelaba» entre otras cosas los hábitos ingestivos, y el grupo, sumamente cohesionado, ejercía sobre sus componentes seguras presiones pro-adelgazantes. Una vez conseguida la reducción del peso que lleva a traspasar las fronteras de la desnutrición, se entra de lleno en la anorexia nerviosa propiamente dicha, puesto que se multiplican los trastornos psicobiológicos secundarios. Es el momento de la relativa irreversibilidad –o difícil reversibilidad– del cuadro. Es el instante en que ni confesores ni prelados, ni la propia intención de la depauperada santa, pueden hacer ya gran cosa para recuperar apetito, ingesta y peso. Esa era la situación de Catalina de Siena, Veronica Giuliani, Maria Magdalena de Pazzi y tantas otras siervas del Señor y esclavas de la delgadez...

Ingesta restringida, perfeccionismo, inestabilidad emocional, hiperactividad, obsesividad, vómitos, ambigüedad motivacional, relaciones conflictivas y ambivalentes con las figuras de autoridad... Todo es paralelo o idéntico a lo que muestran nuestras adolescentes y jóvenes anoréxicas. Los motivos estéticos más bien brillan por ausentes. Las razones religiosas resultan determinantes y avasalladoras. Unos y otras constituyen elementos significativos y sobresalientes de las culturas correspondientes a épocas históricas diferentes. La interiorización de normas y valores, por distintos que sean –místicos y ascéticos unos, egocéntricos y estéticos los otros– parecen conducir a la misma meta: la anorexia nerviosa. En un caso y otro, quizás, a veces, a la muerte.

RESUMEN

Se revisan los factores socioculturales que intervienen en los trastornos del comportamiento alimentario, especialmente la bulimia y la anorexia nerviosa. Se subraya el papel del «modelo estético corporal» vigente en el mundo occidental, sobre todo en lo que concierne al cuerpo femenino. Se analizan los mecanismos de difusión de la «cultura de la delgadez» en los grupos de riesgo, concretamente las mujeres adolescentes.

SUMMARY

The sociocultural factors related to eating disorders are reviewed, especially bulimia and anorexia. The role of the current «aesthetic body model» in the western world is emphasized, mainly in relation to the female body. The diffusion of the «culture of slenderness» among risk groups, particularly among female adolescents are analyzed.

RÉSUMÉ

On revise les facteurs socioculturels qui interviennent dans les bouleversements du comportement alimentaire, particulièrement la boulimie et l'anorexie nerveuse. On souligne la fonction du «modèle esthétique corporel» en vigueur dans le monde occidental, surtout en ce qui concerne au corps féminin. On analyse les mécanismes de diffusion de la «culture de la minceur» dans les groupes de risque, nommément les femmes adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baum, C.G. y Forenhand, R. (1984). Social factors associated with adolescent obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, 9, 3, 293-302.
- Bell, R.M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Buhrich, N. (1981). Frequency of presentation of anorexia nervosa in Malaysia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15, 153-155.
- Cohn, L.D., Adler, N.E., Irwin, C.E., Millstein, S.G., Kegeles, S.M., y Stone, G. (1987). Body-figure preferences in male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 3, 276-279.
- Crisp, A.H. (1988). Some possible approaches to prevention of eating and body weight/shape disorders, with particular reference to anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 1, 1-17.
- Davies, E. y Furnham, A. (1986a). Body satisfaction in adolescent girls. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 279-287.
- Davies, E. y Furnham, A. (1986b). The dieting and body shape concerns of adolescent females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 27, 3, 417-428.
- Dietz, W.H. y Gortmaker, S.L. (1985). Are we doing our children more fats seating at TV? *Pediatrics*, 75, 807-812.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., y Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Halmi, K.A. (1974). Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosomatic Medicine*, 36, 18-25.
- Halmi, K.A., Casper, R.C., Eckert, E.D. y cols. (1979). Unique features associated with age of onset anorexia nervosa. *Psychiatric Research*, 1, 209-215.
- Hammar, S.L., Campbell, M.M., Campbell, V.A., Moores, N.L., Sareen, C., Gareis, F.J., y Lucas, B. (1972). An interdisciplinary study of adolescent obesity. *Journal of Psychiatry*, 80, 373-383.
- Leon, G.R., y Finn, S. (1984). Sex-role stereotypes and the development of eating disorders. En C.S. Widors (Ed.): *Sex-roles and psychopathology*. New York: Plenum.
- Leon, G.R., Carroll, K., Chernik, B. y Finn, S. (1985). Binge eating and associated habit patterns within college student and identified bulimic populations. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 1, 43-57.
- Ordeig, M., Toro, J. y Pérez, P. (en prensa). Ocupaciones-riesgo para la anorexia nervosa. *Revista de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil*.
- Pope, H.G., Champoux, R.F., y Hudson, J.I. (1987). Eating disorders and socioeconomic class. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 10, 620-623.
- Pumariega, A.J., Edwards, P. y Mitchell, C.B. (1984). Anorexia nervosa in black adolescents. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 23, 1, 111-114.
- Thomas, J.P. y Szmukler, G.I. (1985). Anorexia nervosa in patients of Afro-Caribbean extraction. *British Journal of Psychiatry*, 146, 653-656.
- Thompson, J.K., y Thompson, C.M. (1986). Body size distortion and self-esteem in asymptomatic, normal weight males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 6, 1061-1068.

- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. y Cuesta, L. (en prensa, a). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation. *British Journal of Medical Psychology*.
- Toro, J., Cervera, M., y Pérez, P. (en prensa, b). Body, shape, publicity and anorexia nervosa. *Social Psychiatry*.
- Vandereycken, W. y Meerman, R. (1984a). Anorexia nervosa: is prevention possible? *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 14, 191-205.
- Vandereycken, W. y Meerman, R. (1984b). *Anorexia nervosa: a clinician's guide to treatment*. Berlin: de Gruyter.

