



## PSICOPATOLOGÍA ALIMENTARIA: DISCONFORMIDAD CORPORAL Y GÉNERO

Llorca, G., Cabrejas, B., Gallego, T., Fernández-Fernández, R., Bueno, G., Díez, M.A.

Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

[gllorca@usal.es](mailto:gllorca@usal.es)

### RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El malestar producido por la percepción negativa de la imagen corporal establece, probablemente, el principal factor que precede a la decisión de adelgazar, constituyendo el inicio de la mayoría de los trastornos alimentarios. A tal malestar le llamamos insatisfacción corporal, estando vinculado, tradicionalmente, al género femenino.

**OBJETIVO:** Estudiar si el aumento de psicopatología relacionada con los Trastornos Alimentarios y el género determina una mayor disconformidad corporal.

**MÉTODO:** La muestra estaba compuesta por 58 estudiantes universitarios; de entre 18 y 27 años ( $=20,36$  años;  $Dt=2,13$ ), el 74,15% mujeres. Se realizaron sucesivos análisis de varianza de dos factores de efectos fijos (género y las puntuaciones obtenidas en las subescalas del Inventario de Trastornos Alimentarios, EDI); y como variable dependiente las puntuaciones del test de disconformidad corporal, BII.

**RESULTADOS:** En cuatro de los análisis realizados encontramos diferencias en el segundo factor: Impulso al adelgazamiento ( $F_{impulso}(1,57)=27,96$ ;  $pa=,0001$ ); Bulimia ( $F_{bulimia}(1,58)=4,09$ ;  $pa=,048$ ); Insatisfacción corporal ( $F_{insatisfacción}(1,58)=13,08$ ;  $pa=,001$ ); e Inadaptación ( $F_{inadaptación}(1,58)=11,20$ ;  $pa=,001$ ). Sin embargo, al analizar la subescala Desconfianza Interpersonal no existieron diferencias en ninguno de los factores, pero sí en la interacción ( $F_{sexo \times desconfianza}(1,58)=3,03$ ;  $pa=,04$ ).

**CONCLUSIÓN:** Los estudiantes universitarios que se encuentran más insatisfechos con su cuerpo, presentan mayor disconformidad corporal, tienen mayor preocupación por la dieta y por el propio peso, mayor comportamiento bulímico y están más inadaptados. Las mujeres independientemente del grado de psicopatología alimentaria, se encuentran más insatisfechas con su cuerpo, mientras que en los varones esta disconformidad está en función de la mayor o menor desconfianza interpersonal.

## Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la condición de obesidad son conocidos desde la antigüedad. Existe la evidencia de antecedentes históricos reconocidos, como Hipócrates, Soranos y Galeno, que hablan de una anorexia nerviosa entendida como evitación del alimento de origen nervioso sin causa orgánica encontrada o con peso corporal anormalmente bajo y sostenido (1). Sin embargo, el primer autor en describir el cuadro clínico de la anorexia nerviosa fue Morton, quien en 1689 refiere la consunción nerviosa como un síndrome de base histérica o como una forma de trastorno afectivo u obsesivo (2). Posteriormente, Gull en 1868, en una conferencia-discurso pronunciada en Oxford utiliza la expresión de anorexia nerviosa considerándola como un estado mental morboso causado por trastornos del sistema nervioso central y de carácter hereditario (3). Los principales síntomas del trastorno eran la anorexia, la caquexia, la amenorrea y el estreñimiento, reparando en el paradójico incremento de actividad física, la hipotermia y la bradicardia. Casi al mismo tiempo, Lassègue publica en 1873 un manuscrito titulado "de l'anorexie Hystérique", centrándose en los trastornos digestivos que aparecen en el curso de la histeria (4). Tras estos trabajos pioneros han aparecido otras definiciones, como la mostrada por Bruch (1973), quien describe a los sujetos que padecen esta afección con tres características centrales: distorsión en la percepción de la imagen corporal, percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos y un sentimiento general de ineficacia personal (5).

Por otra parte, el término Bulimia, descrito como un estado de voracidad patológica que se manifiesta en la ingestión descontrolada de gran cantidad de comida, lo encontramos de forma aislada desde hace más de 2000 años, aunque empezó a considerarse un trastorno con entidad propia hace apenas tres décadas. Durante este período, el principal estudio realizado fue el de Russell (1979), que hizo una descripción completa del cuadro proponiendo el actual término de "bulimia nerviosa" (6).

Tomando como referencia los criterios diagnósticos de los manuales DSM-IV-TR (APA, 2002) y CIE-10 (OMS, 1992), se clasifican los siguientes trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa (AN), Bulimia nerviosa (BN) y Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) donde se incluiría el "Trastorno por Atracón", que se halla dentro de los criterios o ejes propuestos para estudios posteriores (7, 8). Estas patologías se definen por la presencia de un desajuste en los patrones "sanos"

## PSICOPATOLOGÍA ALIMENTARIA: DISCONFORMIDAD CORPORAL Y GÉNERO

de alimentación, ya sea en intensidad, cantidad, frecuencia, duración o calidad de la ingesta. Implican el deseo de perder peso, adquiriendo las características de una obsesión, es decir, una continua preocupación por la comida y la alimentación (9), controlándolo mediante el empleo de conductas compensatorias como dietas restrictivas, vómito, laxantes, diuréticos, o el ejercicio en exceso, entre otras.

Además de las alteraciones descritas, los Trastornos de la Conducta Alimentaria se acompañan de una insatisfacción con la imagen corporal. De esta relación se había dado cuenta Bruch quien en 1962 señaló que, lo patognomónico de la anorexia nerviosa no es la gravedad de la malnutrición *per se*, sino más bien la distorsión de la imagen corporal asociada a ésta: la ausencia de preocupación por la inanición, incluso en estados avanzados (10). Previamente, en 1950, Schilder definió la imagen corporal como "el retrato de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente" (11). En palabras de Maganto Mateo, et al. (2000), "la imagen corporal consiste en la representación mental que tenemos y hacemos de nuestro cuerpo unida a los sentimientos, actitudes y emociones que atribuimos al mismo" (p.10) (10). Así pues, la disconformidad con el propio cuerpo se definiría como el malestar producido por la percepción de la imagen corporal y por su evaluación estética subjetiva, consecuencia de la discrepancia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal. Por tanto, la insatisfacción corporal puede ser fuente de preocupaciones y angustias que llegan a desembocar en una disminución de la autoestima, la aceptación personal, etc., generando dificultades que pueden llegar a distorsionar la percepción del propio cuerpo y, sin ser consciente, iniciar una serie de estrategias nada saludables, como dejar de comer o realizar ejercicio excesivo, para alcanzar la imagen corporal soñada, poniendo en grave peligro la salud física y psicológica (10). De este modo surgen los trastornos de la conducta alimentaria y la insatisfacción corporal de la que se acompañan, tanto a nivel de la forma, como del peso, presentando en la mayoría de los casos una distorsión y sobrevaloración de los mismos (12).

Los factores socioculturales también tienen un papel central en la aparición y el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: la mayor presión social que reciben las mujeres sobre su imagen hace que las adolescentes y jóvenes sean más vulnerables que los hombres ante este tipo de trastornos. Así, el mandato de género impone a las mujeres que sean guapas, delgadas, simpáticas y disciplinadas, y

## PSICOPATOLOGÍA ALIMENTARIA: DISCONFORMIDAD CORPORAL Y GÉNERO

a los varones que sean deportistas, listos, líderes y competitivos, determinando de este modo los roles de género y las relaciones entre ellos (13). Con ello, el ratio de prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria establecido es de un hombre por cada nueve mujeres, o lo que es lo mismo, nueve de cada diez personas que padecen estos trastornos son mujeres (14, 15). Sin embargo, la anorexia masculina, según algunas investigaciones, puede estar acrecentándose, sobretodo en los grupos vulnerables, como modelos, bailarines y jinetes (16). También parece observarse un mayor riesgo de TCA en los varones homosexuales frente a los heterosexuales, constituyendo un tercio de los hombres que sufren estos trastornos (17).

A pesar de todo, sigue existiendo una mayor probabilidad de insatisfacción corporal entre la población femenina (18, 19, 20, 21). De este modo, dado el aumento en la prevalencia que este trastorno tiene en la sociedad y su posible relación con el género y los factores culturales, enfocados a las exigencias respecto a ideales de belleza, el objetivo del presente estudio es comprobar los aspectos relacionados con la insatisfacción corporal y su relación con el género y la conducta alimentaria, buscando si la pertenencia a uno u otro sexo y la presencia de patología alimentaria presentan relación con una mayor insatisfacción corporal.

### **Método**

#### *Muestra*

La muestra seleccionada fue extraída de población universitaria de entre 1º y 4º curso de distintas titulaciones, participando 58 personas en el estudio, de los cuales 15 eran hombres y 43 mujeres, constituyendo el 25,9 y el 74,15%, respectivamente, de la muestra. Las edades oscilaban entre 18 y 27 años, siendo el promedio de edad de 20,36 años, con una desviación típica de 2,13 años.

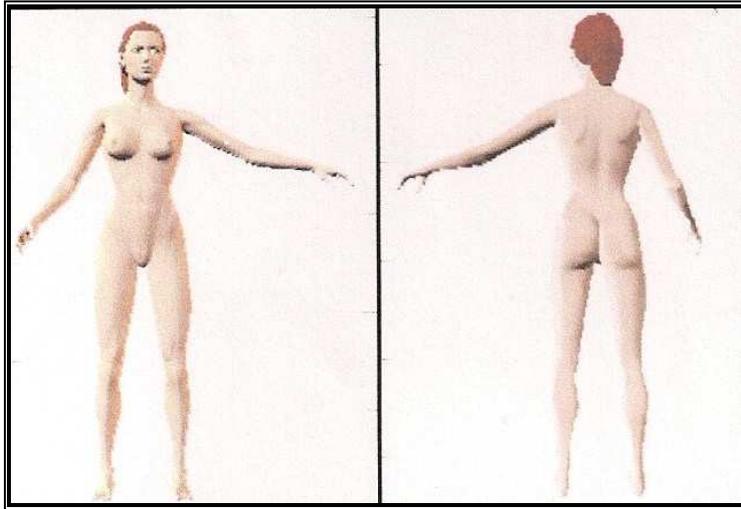
#### *Variables e Instrumentos*

Se recogieron algunas variables sociodemográficas como la edad actual del paciente, la zona de residencia (rural-urbana), los estudios realizados, el curso académico, el tipo de educación recibida y el índice de masa corporal (peso en Kg/altura en metros al cuadrado) (IMC) clasificado en 4 categorías: normal (18,50-24,99), infrapeso (<18,50), sobrepeso ( $\geq 25$ ) y obeso ( $\geq 30$ ). Los instrumentos utilizados

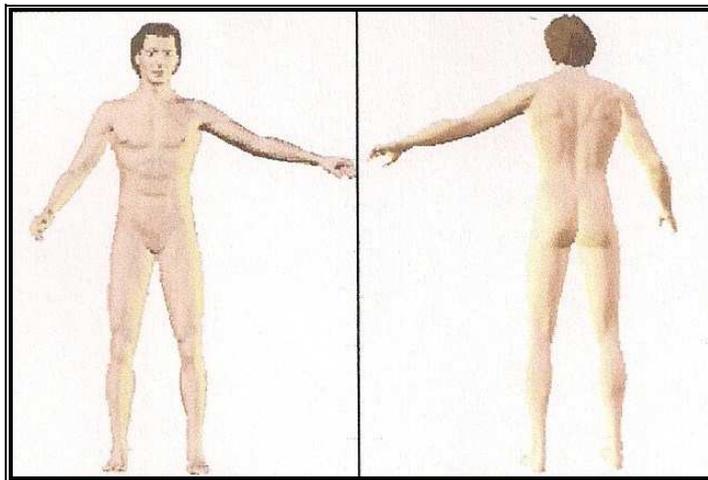
fueron:

- *Eating Disorders Inventory (22)*. Uno de los instrumentos más utilizados en la exploración de actitudes y conductas alimentarias de riesgo, tanto en población clínica como en población abierta. Se trata de un cuestionario autoaplicado que consta de 64 preguntas tipo Likert con 6 opciones de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre y siempre), las cuales miden ocho subescalas: 1) impulso al adelgazamiento; 2) bulimia; 3) insatisfacción corporal; 4) ineficacia; 5) perfeccionismo; 6) desconfianza interpersonal; 7) conocimiento enteroceptivo y 8) miedo a la madurez. Como se puede ver, las 3 primeras subescalas evalúan actitudes y conductas relacionadas con el comer y la satisfacción con la forma del cuerpo, mientras que las siguientes evalúan características psicológicas propias de los trastornos alimentarios. La consistencia interna del EDI ha sido objeto de diversos estudios, tanto en pacientes como en muestras no clínicas, mostrando buenos resultados; alfa de Cronbach entre 0.83 y 0.93 (23).

- *Test de Disconformidad Corporal (24)*. Determina aquellas regiones corporales con las que los participantes de la muestra están más disconformes y que les gustaría modificar, es decir, valora la "topografía" de la disconformidad corporal. La prueba presenta una silueta humana (figuras 1 y 2), tanto en una vista anterior como posterior, y cada participante debe señalar aquellas regiones corporales con las cuáles se encuentra incómodo por no ajustarse a su ideal. Con esto, se detectan aquellos individuos que se muestran insatisfechos con su cuerpo y, por ello, tienen más riesgo de sufrir un Trastorno de la Conducta Alimentaria.



**Fig.1.- Regiones corporales femeninas (Vaz y cols., 1999).**



**Fig.2.- Regiones corporales masculinas (Vaz y cols., 1999).**

### *Procedimiento*

El primer paso para la selección de la muestra fue la determinación del acceso a distintas facultades con el objetivo de administrar las distintas pruebas a completar. A continuación, y tras explicar el dossier con los diferentes instrumentos se invitó a los alumnos a participar en el estudio de forma totalmente voluntaria y anónima, durante una hora de clase concedida por los profesores para realizar la investigación.

Las pruebas estadísticas empleadas fueron sucesivos análisis de varianza de dos factores de efectos fijos, donde los factores fueron el género y las puntuaciones obtenidas en las subescalas del

Eating Disorders Inventory (22), categorizadas en función del percentil 50 en mayor y menor psicopatología alimentaria; y como variable dependiente se introdujeron las puntuaciones globales obtenidas en el Test de Disconformidad Corporal (24), calculados mediante el paquete estadístico Statistics Package for Social Sciences (SPSS) V. 15.

### Resultados

Entre las variables evaluadas, se observó que un 62,1% de la muestra procedía de ámbito urbano, el 91,3% pertenecía a 1º y 4º curso, y el 51,7% recibió una educación democrática, seguido de la educación permisiva (29,3%). Dentro de las variables corporales (figura 3), se comprobó que el Índice de Masa Corporal (IMC) de la muestra presentaba una media de 22,79 (desviación típica de 3,72), encontrando que el 71,4% tenía un IMC dentro del rango de la normalidad, con lo que la muestra estaba muy equilibrada a nivel nutricional.

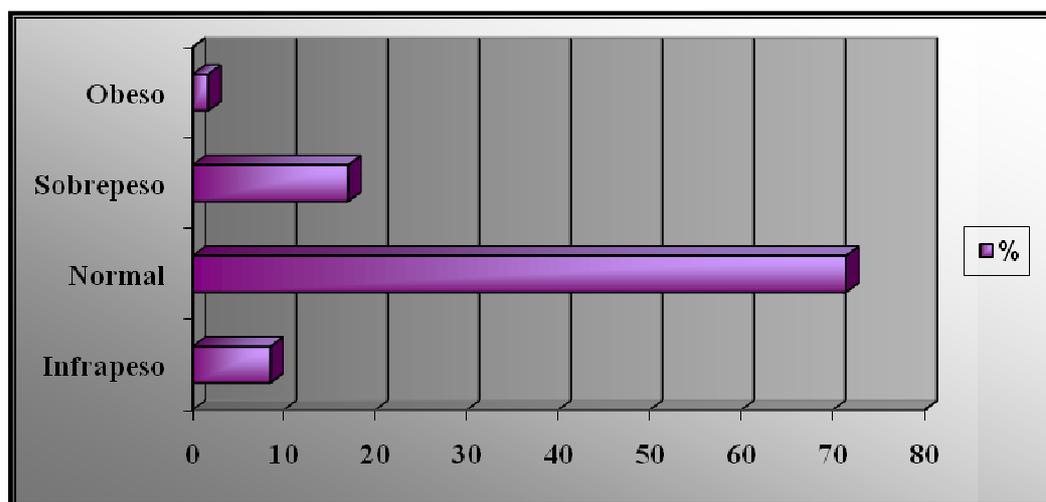


Fig.3.- Distribución de la variable Índice de masa corporal (IMC)

La siguiente tabla (Tabla 1) muestra una descripción cuantitativa de la media, mediana y desviación típica obtenidas en cada una de las subescalas del Eating Disorders Inventory (22),

## PSICOPATOLOGÍA ALIMENTARIA: DISCONFORMIDAD CORPORAL Y GÉNERO

destacando que la mayor puntuación corresponde al miedo a la madurez, seguida de la insatisfacción corporal, mientras que el valor más bajo corresponde a la bulimia.

Tabla 1. Descriptivos de las subescalas del EDI (Garner, Olmsted y Polivy, 1983)

<b>Subescalas del EDI</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>	<b>Dt</b>
<b><i>Impulso al adelgazamiento</i></b>	18	19,25	6,65
<b><i>Bulimia</i></b>	14	14,6	3,42
<b><i>Insatisfacción corporal</i></b>	25	26,29	10,73
<b><i>Inadaptación.</i></b>	21	22,07	6,95
<b><i>Perfeccionismo</i></b>	20	20,27	4,23
<b><i>Desconfianza interpersonal</i></b>	20	18,72	5,78
<b><i>Conocimiento enteroceptivo</i></b>	23	24,14	5,52
<b><i>Miedo a la madurez</i></b>	28	28,4	4,53

A partir del perfil elaborado (figura 4) con los datos correspondientes a la mediana de las distintas subescalas y teniendo en cuenta el rango de los valores en cada una de ellas, en términos generales, la muestra manifiesta elevadas puntuaciones en el EDI (22), resaltando la subescala Miedo a la madurez, centrada en medir la tendencia a refugiarse en la seguridad de la infancia, por ser aquella que muestra el máximo valor. Esto pudiera ser debido a que se trata de una muestra universitaria.

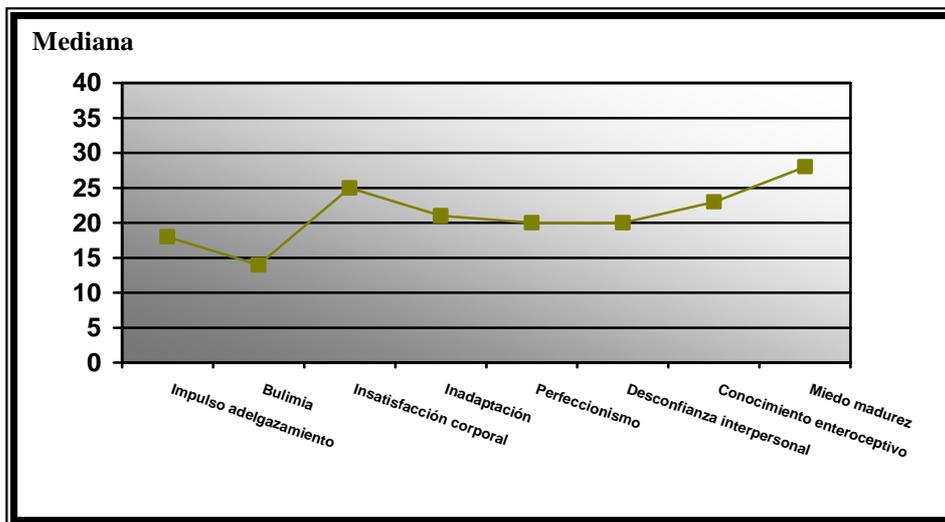


Fig.4.- Perfil de las subescalas del EDI

Este mismo resultado sería acorde a lo encontrado por Toro (2004), según el cual las personas que padecen un TCA, a través de su extrema delgadez, parece como si quisieran mostrar una apariencia inmadura y así poder evitar muchas de las experiencias asociadas a la madurez y el desarrollo físico (25). Del mismo modo, la insatisfacción corporal es uno de los criterios básicos tanto de la AN como de la BN (7, 8). De hecho, la insatisfacción con la propia figura constituye uno de los factores de riesgo más apoyados para el inicio de una dieta y el posterior desarrollo de un trastorno de la alimentación (26), aumentando su riesgo por tres (27).

Al analizar la insatisfacción corporal (figura 5) medida a través del Test de Disconformidad Corporal (24), se observa que prácticamente dos tercios de la muestra (65,5) están insatisfechos con su cuerpo, encontrándose una mediana de 2 y una Dt de 1,57, por lo que la tendencia general de la muestra desea modificar dos partes de su figura.

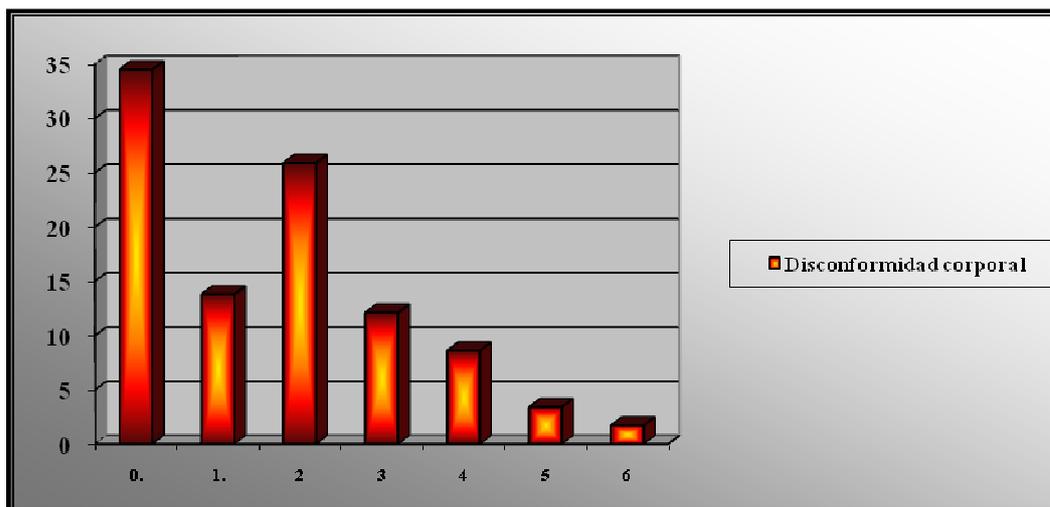


Fig.5.- Porcentaje de número de zonas corporales que generan insatisfacción (Vaz y cols., 1999)

La Tabla 2 muestra los resultados del análisis de varianza realizado:

Tabla 2.: Sexo x Psicopatología (EDI) y disconformidad corporal

Primer factor	Segundo factor	Interacción
$F_{\text{sexo (1,57)}} = 0,51; p_a = ,48$	$F_{\text{impulso (1,57)}} = 27,96; p_a = ,0001^{**}$	$F_{\text{sexo x impulso (1,57)}} = 0,37; p_a = ,55$
$F_{\text{sexo (1,58)}} = 0,015; p_a = ,9$	$F_{\text{bulimia (1,58)}} = 4,095; p_a = ,048^{**}$	$F_{\text{sexo x bulimia (1,58)}} = 0,14; p_a = ,7$
$F_{\text{sexo (1,58)}} = 1,32; p_a = ,26$	$F_{\text{insatisfacción (1,58)}} = 13,08; p_a = ,001^{**}$	$F_{\text{sexo x insatisfacción (1,58)}} = 0,034; p_a = ,85$
$F_{\text{sexo (1,58)}} = 0,37; p_a = ,54$	$F_{\text{inadaptación (1,58)}} = 11,20; p_a = ,001^{**}$	$F_{\text{sexo x inadaptación (1,58)}} = 1,09; p_a = ,3$
$F_{\text{sexo (1,58)}} = 1,10; p_a = ,30$	$F_{\text{perfeccionismo (1,58)}} = 1,80; p_a = ,18$	$F_{\text{sexo x perfeccionismo (1,58)}} = 0,21; p_a = ,65$
$F_{\text{sexo (1,58)}} = 1,46; p_a = ,23$	$F_{\text{desconfianza (1,58)}} = 1,54; p_a = ,22$	$F_{\text{sexo x desconfianza(1,58)}} = 3,03; p_a = ,04^{**}$
$F_{\text{sexo (1,58)}} = 0,24; p_a = ,63$	$F_{\text{c. enteroceptivo (1,58)}} = 2,20; p_a = ,14$	$F_{\text{sexo x c. enteroceptivo (1,58)}} = 0,35; p_a = ,55$
$F_{\text{sexo (1,58)}} = 0,19; p_a = ,66$	$F_{\text{miedo madurez (1,58)}} = 2,89; p_a = ,09$	$F_{\text{sexo x miedo madurez (1,58)}} = 0,21; p_a = ,65$

A partir de los datos encontrados se puede observar que cuatro subescalas presentan diferencias significativas en el segundo factor, concretamente en *Impulso al adelgazamiento*, *Bulimia*, *Insatisfacción con el propio cuerpo* e *Inadaptación*; ni el primer factor (sexo), ni la interacción entre ambas variables resultaron significativas. Así, a modo de resumen, los participantes que evidencian mayor impulso al adelgazamiento, bulimia e inadaptación muestran un número más elevado de zonas de su cuerpo con las que están en desacuerdo, independientemente del género (figura 6).

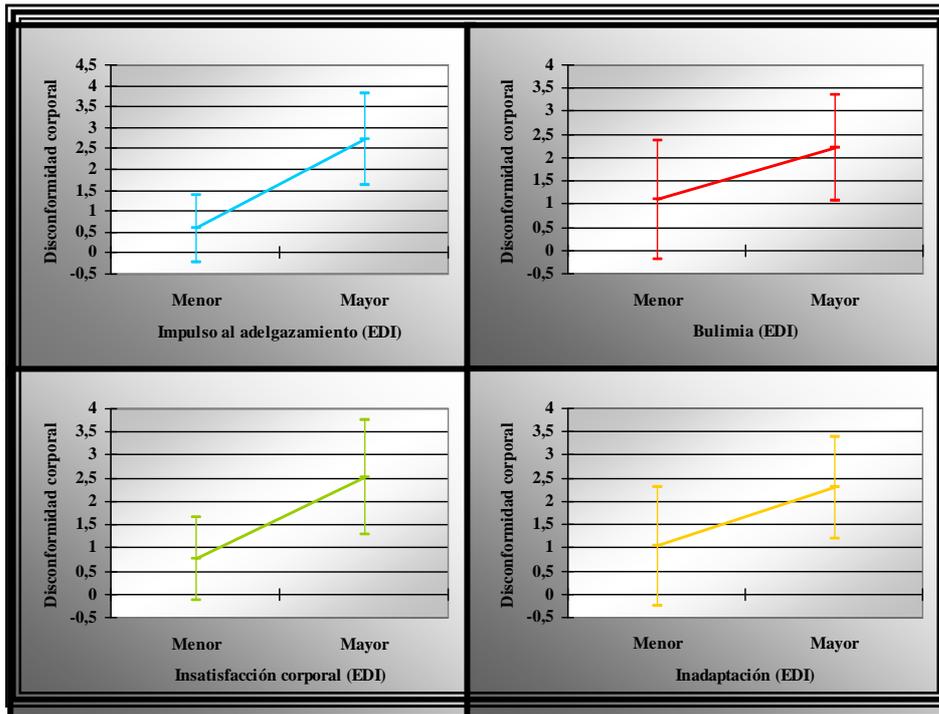


Fig.6.- Sexo x subescalas EDI y disconformidad corporal

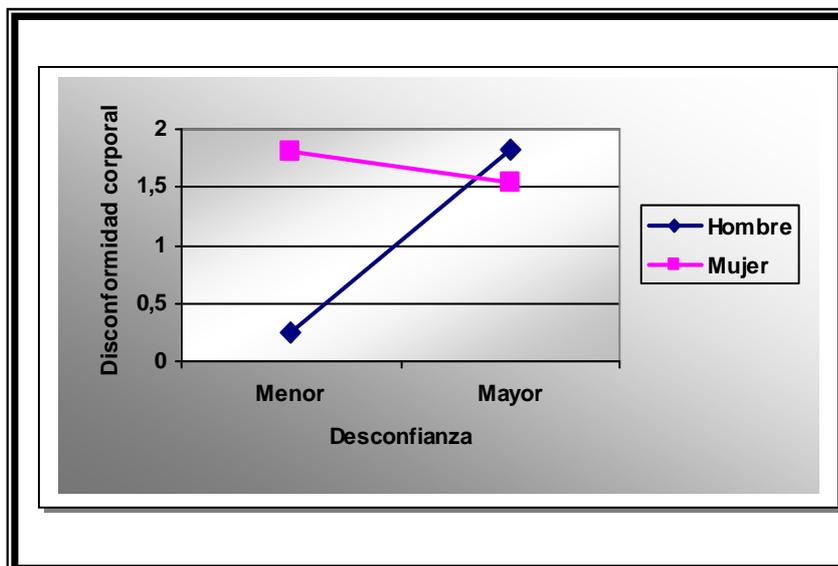


Fig.7.- Sexo x Desconfianza y disconformidad corporal

Sin embargo cuando uno de los factores es la *Desconfianza interpersonal*, no se encuentran diferencias en ninguno de los factores ( $F_{\text{sexo } (1,58)} = 1,46$ ;  $p_a = ,23$ ); ( $F_{\text{desconfianza } (1,58)} = 1,54$ ;  $p_a = ,22$ ) pero si en la interacción ( $F_{\text{sexo x desconfianza } (1,58)} = 3,03$ ;  $p_a = ,04$ ) (figura 7). Este resultado indica como las mujeres, independientemente de la psicopatología, puntúan muy alto en la disconformidad con su

cuerpo; por el contrario, en los varones estas puntuaciones están en función de la mayor o menor desconfianza interpersonal.

El resto de los análisis realizados con las subescalas de *Perfeccionismo*, *Conocimiento enteroceptivo* y *Miedo a la madurez* no ofrecieron diferencias significativas (Tabla 2).

### **Discusión**

La *imagen corporal* descrita como la “visión desde dentro” de nuestra apariencia física (28), es establecida a partir de informaciones sensoriales, principalmente visuales, táctiles y cenestésicas a lo largo del tiempo, pudiendo ser evocada y asociada a respuestas emocionales fruto de su evaluación estética. Así pues, la imagen corporal es el cuerpo, la silueta, la apariencia física, que una persona experimenta tener en cada momento de su desarrollo (25, 27, 29).

Ante la discrepancia entre el *cuerpo percibido* y el *cuerpo ideal*, surge la *insatisfacción corporal*, generando malestar y estableciendo probablemente el principal factor que precede a la decisión de adelgazar, lo cual constituye el inicio de la mayor parte de los TCA (25). De este modo, y acorde a la literatura, la disconformidad con el propio cuerpo es mayor entre aquellas personas que presentan más sintomatología psíquica, así pues, la insatisfacción corporal en los pacientes con TCA es prácticamente universal, incluyéndose entre los criterios diagnósticos tanto de AN como de BN (7, 8). Asimismo, se ha constatado que, aún controlando el cuerpo, la insatisfacción corporal es uno de los más potentes predictores de alteraciones alimentarias (30). Por tanto, un alto grado de insatisfacción corporal es una de las características clínicas cruciales en los trastornos de la conducta alimentaria, y también ha sido consistentemente identificado como la clave en los patrones subclínicos de alimentación desadaptada, además de estar relacionado con el mantenimiento o empeoramiento de la propia patología (31, 32). De este modo, cuando la mayoría de los adolescentes no consiguen la imagen deseada el resultado es la insatisfacción corporal, y pueden aparecer los desórdenes en la alimentación (33).

Todo ello lleva a pensar que la influencia ejercida por la presión social sobre el ideal de delgadez, su interiorización (34) y la creencia de un exceso de peso, aumentan el riesgo de padecer insatisfacción corporal y, por tanto, de desarrollar un TCA, principalmente en los adolescentes (35, 36). Habitualmente

## PSICOPATOLOGÍA ALIMENTARIA: DISCONFORMIDAD CORPORAL Y GÉNERO

la familia, los amigos, o bien las revistas, los periódicos, la televisión, el cine, etc., utilizan representaciones de figuras delgadas, inculcando que la delgadez es la norma deseada y efectiva, lo cual aumenta el riesgo de insatisfacción corporal, tanto en hombres, mujeres, anoréxicas y bulímicas (37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44). Asimismo se ha encontrado que las jóvenes más atractivas presentaban mayor preocupación por el peso, lo que unido a la frecuente valoración social positiva de tal atractivo contribuye a una mayor fijación por la apariencia física, reforzando actitudes y conductas dirigidas al mantenimiento y potenciación del atractivo físico (45).

Contradictoriamente, el sobrepeso y la obesidad están alcanzando en la actualidad magnitudes epidémicas, incluso en países en vías de desarrollo (46), situándose entre los principales problemas de salud pública del siglo XXI (47). Este hecho que contrasta con la delgadez como norma deseada y efectiva, no es un factor de buen pronóstico; de hecho, en una investigación realizada por Unikel y colaboradores (2002) y corroborada por Lora-Cortez y Saucedo-Molina (2006), se observó que los adolescentes con sobrepeso y obesidad son los que muestran mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo (48, 49). De este modo, las mujeres con peso más bajo o normal que desean ser más delgadas porque están insatisfechas con su imagen corporal, llevan a cabo más conductas restrictivas, frente a las que se perciben con sobrepeso u obesidad que mantienen más conductas compulsivas y compensatorias. Estos comportamientos deberían ser cuidadosamente considerados en la clínica, ya que parece que estas mujeres no son conscientes de que la manera en que comen las mantiene en un círculo vicioso, íntimamente relacionado con los trastornos alimentarios y que, tarde o temprano, repercutirá no solo en su IMC, sino en su salud en general (49).

Estos datos revisten gran importancia, ya que actualmente más del 13% de los varones y cerca del 16% de las mujeres en edades comprendidas entre 25 y 60 años presentan obesidad, y el 38% presenta sobrepeso (50), e incluso, las investigaciones observan una tendencia al aumento (51), coincidiendo con nuestros resultados, ya que el 25% de los universitarios se encuentra dentro de este rango.

Así pues, la alta prevalencia de bajo peso y desnutrición o, en el lado opuesto, de sobrepeso y obesidad, tienden a ir a la alza principalmente entre los adolescentes, lo que indudablemente es un riesgo para presentar trastornos de la conducta alimentaria en una etapa posterior (52).

## PSICOPATOLOGÍA ALIMENTARIA: DISCONFORMIDAD CORPORAL Y GÉNERO

Los expertos afirman que existe una relación entre la adopción de modelos corporales "perfectos" y el desarrollo de problemas alimentarios en la adolescencia (53), de hecho, la AN en nuestro país, como en otros de nuestro entorno socioeconómico, está alcanzando proporciones epidémicas entre mujeres de 12 a 25 años (54), es más, diversos estudios han puesto en evidencia que la preocupación por el peso y la insatisfacción corporal es ya frecuente en niños y preadolescentes (55, 56). Parece ser que la maduración temprana en los chicos es generalmente una ventaja, ya que la forma de su cuerpo se ajusta al ideal sociocultural y a una mayor capacidad atlética (57). De hecho, según diversos estudios (57, 58) el desarrollo puberal tardío en varones parece implicar un mayor riesgo de insatisfacción corporal, de tener comportamientos alimentarios alterados y de realizar ejercicio con el objetivo de que sus cuerpos concuerden con el ideal sociocultural. Sin embargo, ocurre lo contrario con las mujeres adolescentes, quienes con una maduración tardía tendrán más posibilidades de tener un cuerpo conforme al ideal sociocultural (59), confirmando la idea de Toro (2004), quien observó en estos pacientes la tendencia a mostrar una apariencia inmadura y así poder evitar muchas de las experiencias asociadas a la madurez y el desarrollo físico (25).

La elevación en el perfil de la subescala del miedo a la madurez se entiende como la estrategia de refugiarse en la seguridad de su infancia (22). Crisp (1965; 1980) argumentó que la psicopatología principal de los pacientes con AN o BN es el temor a las experiencias emocionales, el erotismo y la sexualidad relacionadas con la adolescencia y el ingreso a la vida adulta (60, 61). De acuerdo con dicho autor, el ayuno se convierte en un medio para evitar el crecimiento y la madurez psicobiológica, lo cual proporcionaría un alivio momentáneo frente a la confusión de la adolescencia y los conflictos intrapsíquicos (60, 61). Incluso muchos pacientes afirmaron en su estudio sentirse más jóvenes cuando experimentan pérdidas de peso extremas (62).

Del mismo modo, existe otro factor que suele asociarse con los TCA: la inadaptación, definida como el sentimiento de inseguridad y falta de control sobre la propia vida, y como consecuencia una afectación de la autoestima del sujeto (22). Esta última parece, además, mantener una relación inversa con la disconformidad corporal, de modo que a mayor disconformidad, el sujeto presenta una menor autoestima (63). Asimismo, la baja autoestima es la característica psicológica fundamental de los

## PSICOPATOLOGÍA ALIMENTARIA: DISCONFORMIDAD CORPORAL Y GÉNERO

pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, que les lleva a depender excesivamente de la aprobación del entorno (64). Es más, el autoconcepto físico puede ser un buen predictor del bienestar personal, especialmente durante la juventud y adolescencia, (65), destacando que son las mujeres las que presentan percepciones inferiores en todas las dimensiones del autoconcepto.

Por otra parte, Gruber et al. (2001) observaron cómo mujeres que siguen dietas restrictivas suelen estar más insatisfechas con su cuerpo, lo cual parece ser debido a que tienen percepciones más distorsionadas, sobredimensionando su propia figura (66). Incluso se ha comprobado que existe una relación entre la adopción de modelos corporales "perfectos" y el desarrollo de problemas alimentarios en la adolescencia (53). Así pues, el impulso al adelgazamiento, definido como la excesiva preocupación por la dieta y el propio peso (22), es una característica fundamental en el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria.

La bulimia, entendida como el comportamiento tendente al atracón y la purga (67) con el fin de no ganar peso, está presente tanto en la población clínica, como en la general, existiendo una clara asociación entre la presencia de actitudes y conductas problemáticas hacia la comida, como son las dietas restrictivas, la falta de control sobre los alimentos y la presencia de atracones; y la existencia de insatisfacción corporal (68). De este modo, y bajo los patrones sociales impuestos sobre la delgadez, es la percepción, real o no, de sobrepeso una de las causas más frecuentes en la aparición de trastornos alimentarios, llevando como consecuencia el seguimiento de dietas (69), o bien el uso de purgas, ejercicio excesivo, etc.

El perfeccionismo y el conocimiento enteroceptivo, a partir de los resultados del presente estudio, no se asocian con la insatisfacción corporal, sin embargo diversas investigaciones no avalan esta idea. La valoración social positiva hacia el atractivo físico contribuye a una mayor fijación hacia dicha apariencia; si, además, las personas con patología alimentaria presentan entre sus características de personalidad el perfeccionismo, tratarán de adaptarse en mayor medida a esta imagen social ideal (70), preocupándose más por el peso y por los diferentes comportamientos a realizar para ajustarse a este ideal (71). De este modo, las mujeres con baja autoestima son más susceptibles a la interacción entre perfeccionismo y el sobrepeso percibido. De hecho, en un estudio realizado por Vohs et al. (2001) se halló que el desarrollo

## PSICOPATOLOGÍA ALIMENTARIA: DISCONFORMIDAD CORPORAL Y GÉNERO

de sintomatología bulímica en un período de 5 semanas fue predicho por la interacción del perfeccionismo, la insatisfacción corporal, y la autoestima (72). Es más, los distintos componentes del perfeccionismo parecen asociarse inversamente al grado de satisfacción corporal (73), encontrando que mientras que el perfeccionismo autoorientado es mayor en las mujeres, aquel orientado hacia los demás es más elevado en los hombres (74), lo que podría indicar una mayor preocupación por la propia figura en el caso de las mujeres.

Finalmente, la interacción encontrada entre el género y la subescala de desconfianza interpersonal del EDI, nos permite afirmar que las mujeres independientemente de la psicopatología, presentan una mayor insatisfacción corporal. Tradicionalmente, las preocupaciones por el peso y la forma corporal se han asociado con el género femenino, encontrando además una mayor insatisfacción corporal en ellas, sobretodo con respecto al estómago, las caderas, los muslos y las nalgas (75, 76), destacando Ogden y Taylor (2000) la preferencia por un pecho voluminoso frente al resto del cuerpo (77). Además, estas diferencias de género están presentes ya en chicas prepúberes, de 12 a 13 años (78, 79, 80), incluso de 9 años (81). No obstante, no todos los autores están de acuerdo; por ejemplo, Barr Taylor observó como en niñas de 12 años la elevada confianza en sí mismas se relacionaba significativa e inversamente con la preocupación por el cuerpo (82).

A pesar de la controversia y aunque la satisfacción corporal de los hombres es mayor que la de las mujeres, un porcentaje menor del sexo masculino también están insatisfechos (83). Así algunos hombres también se someten a dietas, son conscientes de las normas culturales del atractivo masculino, se preocupan por su aspecto físico, la fuerza de su tronco y su condición física, y manifiestan un volumen preferido diferente del percibido (84, 85).

En suma, los resultados del presente estudio, indican que la presencia de disconformidad corporal unida a determinadas conductas alimentarias, en especial en las mujeres, deben alertar a los clínicos sobre la posible aparición de un trastorno de la conducta alimentaria, cara a realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de estas patologías que auguren un mejor pronóstico.

## Bibliografía

1. **Ruiz Lázaro, P. M.** (1999). Historia de los trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psiquiatría*, 15, 361-365.
2. **Morton R**, cit. por Bliss EL, Branch C. (1960). *Anorexia Nervosa: Its history psychology and biology*. New York: P. Hoeber.
3. **Gull, W. W.** (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transaction of the Clinical Society of London*, 7, 22-28.
4. **Lasegue, C.** (1873). De l'anorexie hystérique. *Archives Générales de Medicine*, 21, 385-403.
5. **Bruch, H.** (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia and the person within*, Basic Books, New York.
6. **Rusell, G. F. M.** (1979). Bulimia nervosa an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429- 448.
7. **American Psychiatric Association.** (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*. Barcelona. Masson.
8. **Organización Mundial de la Salud.** (1992). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
9. **Maganto Mateo, C., Roiz Mur, O., del Río Cano, A.** (2000). *Guía de trastornos de la alimentación*. San Sebastián: Ayuntamiento de San Sebastián, (Dirección de Juventud, Educación, Cooperación y Tolerancia).
10. **Bruch, H.** (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med*, 24: 187-194.
11. **Schilder, P.** (1950). *The image and Appearance of the Human Body*. Nueva York: International Universities Press. (Trad. Cast.: *Imagen y apariencia del cuerpo humano. Estudio sobre las energías constructivas de la psique*. Barcelona. Paidós, 1983.)
12. **Sancho Lucmort, C.** (2008). *Estudio longitudinal de una muestra de estudiantes catalanes con conductas a riesgo de trastornos de la conducta alimentaria*. Universitat Rovira i Virgili. Tesis Doctoral.
13. **Mercado Carmona, C.** (2008). Aplicación del Análisis de Género a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TAC) *RevistaSalud.com*, Vol 4, No 14  
<http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/viewPDFInterstitial/231>

**/543** (28/07/2009)

14. **Instituto Nacional de la Salud.** (1995). *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: INSALUD. Secretaría General.
15. **American Psychiatric Association.** (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, APA.
16. **Buckley, F., Freyne, A. y Walsh, N.** (1991). Anorexia nervosa in males. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 8: 15-18.
17. **Schneider, J. y Agras, W.** (1987) Bulimia in males. A matched comparison with females. *International Journal of Eating Disorders*, 6: 235-242.
18. **Ballester, D., de Gracia, M., Patiño, J., Suñol, C., Ferrer, M.** (2002). Actitudes Alimentarias y Satisfacción Corporal en Adolescentes: Un Estudio de Prevalencia. Universidad de Girona (Depto. de Psicología).
19. **Herrero, M. y Viña C.** (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria [Versión electrónica]. *International journal of clinical and health psychology*, 5 (1): 67-86.
20. **Sánchez, A., Hurtado, F., Colomer, J., Saravia, S., Monleon, J., Soriano, A.** (2000). Actitud Alimentaria Anómala y su Relación con la Imagen Corporal en una Muestra Urbana de Adolescentes Valencianos [Versión electrónica]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5 (3): 191-207.
21. **Wardle, J. y Watters, R.** (2004). Sociocultural influences on attitudes to weight and eating: Results of a natural experiment [Versión electrónica]. *International journal of eating disorders*, 5 (4) : 589-596.
22. **Garner, D. M., Olmsted, M. P. y Polivy, J.** (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
23. **Garner, D.M. y Olmstead, M.P.** (1984). *Manual for the Eating Disorder Inventory (E.D.I.)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
24. **Vaz, F. J., Peñas, E. M. y Ramos, M. I.** (1999). Body image dissatisfaction in bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa. *German Journal of Psychiatry*, 2, 59-74.
25. **Toro, J.** (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel, S. A.
26. **Johnson, F. y Wardle, J.** (2006). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress:

A prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 119-125.

27. **Beato, L., Rodriguez, T., Belmonte, A. et al.** (2004). Risk factors for Eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 287-294.
28. **Cash, T. F.** (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, 1: 1-5.
29. **Stice, E., Presnell, K. y Spangler, D.** (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131- 138.
30. **Davis, C.** (1997c). Body image, exercise and eating behaviour. En Fox K (ed.): *The physical self: from motivation to well being*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers.
31. **Cooley, E., Toray, T.** (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 28-36.
32. **Stice, E. y Shaw, H. E.** (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.
33. **Andrist, L. C.** (2003). Media Images, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating in Adolescent Women. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 2, 119-123.
34. **Sands, E. R. y Wardle, J.** (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12- year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 193-204.
35. **The MacKnight Investigators** (2003). Risk Factors for the Onset of Eating Disorders in adolescent Girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 248-254.
36. **Unikel, C. Aguilar, J. y Gómez-Peresmitré, G.** (2005). Predictors of Eating behaviors in a sample of Mexican women. *Eating and Weight Disorders*, 10, 33- 39.
37. **Derenne, J. L. y Beresin, E. V.** (2006). Body image, media and eating disorders. *Academic Psychiatry*, 30, 257-261.
38. **Hamilton, K. y Waller, G.** (1993). Media influences on body size estimation in anorexia and bulimia: an experimental study. *British Journal of Psychiatry*, 162: 837-840.
39. **Heinberg, L. J. y Thompson, J. K.** (1995). Body image and televised images of thinness and attractiveness: A controlled laboratory investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14: 325-338.

40. **Grogan, S., William, Z. y Conner, M.** (1996). The effects of viewing same gender photographic model on body satisfaction. *Women and Psychology Quarterly*, 20: 569-575.
41. **Ogden, J. y Munday, K.** (1996). The effect of the media on body satisfaction: The role of gender and size. *European Eating Disorders Review*, 4: 171-182.
42. **Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., Stein, R. I.** (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *J Abnorm Psychol*, 103: 836-840.
43. **Sumner, A., Waller, G., Killick, S., Elstein, M.** (1993). Body image distortion in pregnancy: A pilot study of the effects of media images. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11: 203-208.
44. **Waller, G., Hamilton, K. y Shaw, J.** (1992). Media influences on body size estimation in eating disordered and comparison subjects. *British Review of Bulimia and Anorexia nervosa*, 6: 81-87.
45. **Davis, C., Claridge, G., Fox, J.** (2000). Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 27: 67-73.
46. **Bes-Rastrollo, M., Pérez Valdivieso, J. R., Sánchez-Villegas, A., Alonso, A., Martínez-González, M. A.** (2005). Validación del peso e índice de masa corporal auto-declarados de los participantes de una cohorte de graduados universitarios [Versión electrónica]. *Rev Esp Obes*; 3 (6):183-189.
47. **Organización Mundial de la Salud. World Health Report** (2003). Chapter 1: Global Health: today's challenges. [publicado 18-12-2003, citado 24-01-04]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/en/> (accedido 24-08-09).
48. **Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J., Fleiz, C.** (2002). Conductas Alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*; 25: 49-57.
49. **Lora-Cortez, C. I. y Saucedo-Molina 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 [Versión electrónica]. *Salud Mental*, 29 (3), 60-67.
50. **Aranceta, J., Pérez Rodrigo, C., Serra Majem, L., Ribas Barba, L., Quiles Izquierdo, J., Vioque, J., et al.** (2003). Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin (Barc)*; 120: 608-12.
51. **Gutiérrez-Fisac, J. L., Banegas Banegas, J. R., Rodríguez Artalejos, F., Regidor, E.** (2000). Increasing prevalence of overweight and obesity among Spanish adults, 1987-1997. *Int J Obes*; 24:

1677-82.

52. **Aguilera Barreiro, M. A. y Milián Suazo, F.** (2006). Mapa nutricio y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la ciudad de Querétaro, gro., México. *Revista Salud Pública y nutrición*: 7 (1); 1-9
53. **Wichstrom, L.** (1995). Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent populations in Norway. *Psychol Med*, 25: 567-579.
54. **Ruiz-Lázaro, P. M.** (2002). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *INTERPSIQUIS*. <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/69/5299/>
55. **Hill, A. J., Oliver, S. y Rogers, P. J.** (1992). Eating in the adult world: The rise of dieting in childhood and adolescence. *British journal of Clinical Psychology*, 31: 95-105.
56. **Bryant-Waugh, R., Lask, B.** (1995). Eating disorders in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36: 191-302.
57. **Silbereisen, R.K. y Kracke, B.** (1997). Self-Reported Maturational Timing and Adaptation in Adolescence. In J. Schulenberg, J.L. Maggs, K. Hurrelmann (eds.). *Health risks and developmental transitions during adolescence* (85-109). Cambridge University Press, New York.
58. **Falkner, N. H., Neumark-Sztainer, D., Story, M., et al.** (2001). Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obesity Research*, 9, 32-42.
59. **Swarr, A.E. y Richards, M. H. C.** (1996). Longitudinal effects' pubertal development, perceptions of pubertal timing parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 32, 639-646.
60. **Crisp, A. H.** (1965). Clinical and therapeutic aspects of anorexia nervosa: Study of 30 cases. *Journal of Psychosomatic Research*, 91, 67-78.
61. **Crisp, A. H.** (1980). *Anorexia nervosa*. New York: Grune & Stratton. En D. M. Garner (1998), Manual del EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
62. **Quiroga, S., Cryan, G.** (2007). Resultados del Inventario EDI-II en Adolescentes Tardías Femeninas con Trastornos de la Alimentación Comparación de Tratamientos. *Fundamentos en Humanidades, Universidad Nacional de San Luis - Argentina*, 2, 127/152.
63. **Fabian, L. J. y Thompson, J. K.** (1989). Body image and eating disturbance in young females. *Int J Eat Disord*, 8: 63-74.
64. **Beato, L. y Rodríguez, T.** (2000). Aspectos patogénicos de los pacientes con un trastorno de la

conducta alimentaria [versión electrónica]. *Psiquis*, 6, 50-55.

65. **Goñi Grandmontagne, A., Rodríguez Fernández, A., Ruiz de Azúa García, S.** (2004) Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis*, 25 (4), 141-151
66. **Gruber, A. J., Pope, H. G., Lalonde, J. K., Hudson, J. I.** (2001). Why do young women diet? The roles of body fat, body perception, and body ideal. *J Clin Psychiatry*, 62: 609- 611.
67. **Waldherr, K., Favaro, A., Santonastaso P., Van Strien T. y Rathner G.** ( 2006) Comparison of the Eating Disorder Inventory (EDI) in the Netherlands, Austria and Italy *European Eating Disorders Review* 16, 472-479
68. **Gallego, M.J., Perpiñá, C; Botella, C. y Baños, R** (2006). Propiedades psicométricas del inventario de situaciones de malestar acerca de la imagen corporal (SIBID) en población española. *Psicología conductual*, 14(1)
69. **Lameriras, M; Calado, M., Rodríguez, Y., Fernández, M.** (2003) Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 3(1)23-33
70. **Fallon, A.** (1990). Culture in the mirror: sociocultural determinants of body image. En Cash TF, Pruzinsky T (eds.): *Body images development deviance and change*. Nueva York: Guilford Press.
71. **Vohs, K.D., Bardone, A.M., Joiner, T. E., et al.** (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 695-700
72. **Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Pettit, J. W., et al.** (2001). Perfectionism, body dissatisfaction and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 476-497.
73. **Davis, C.** (1997a). Normal and neurotic perfectionism in eating disorders: an interactive model. *Int J Eat Disord*, 22: 421-426.
74. **Macedo, A., Soares, M. J., Azevedo, M. H., Gomes, A., Pereira, A. T., Maia, B., Pato, M.** (2006). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese university students. [versión electrónica]. *European Eating Disorders Review*, 15 (4), 296 - 304
75. **Furnham, A. y Greaves, N.** (1994). Gender and locus of control correlates of body image dissatisfaction. *European Journal of Personality*, 8: 183- 200.
76. **Lee, S., Leung, T., Lee, A., Yu, H. y cols.** (1996). Body dissatisfaction among Chinese undergraduates and its implications for Eating disorders in Hong Kong. *International journal of Eating*

*Disorders, 20: 77-84.*

77. **Ogden, J. y Taylor, C.** (2000). Body size evaluation and body dissatisfaction within couples. *International Journal of Health Psychology, 5: 25-32.*
78. **Hausenblas, H. A., Downs, D. S., Fleming, D. S., Connaughton, D. P.** (2002). Body image in middle school children. *Eating Weight Disord, 7: 244-248.*
79. **Wardle, J. y Beales, S.** (1986). Restraint, body image and food attitudes in children from 12 to 18 years. *Appetite, 7: 209-217.*
80. **Williamson, S. y Delin, C.** (2001). Young children's figural selections: accuracy of reporting and body size dissatisfaction. *Int J Eat Disord, 29: 80-84.*
81. **Hill, A. J., Draper, E. y Stack, J.** (1994). A weight on children's minds: Body shape dissatisfactions at 9 years old. *International Journal of Obesity, 18: 383-389.*
82. **Barr Taylor, C., Sharpe, T., Shisslak, C., et al.** (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *Int J Eat Disord, 24: 31-42.*
83. **Ogden, J.** (2005). *Psicología de la alimentación.* Ediciones Morata, S. L. Madrid.
84. **Brodie, D. A., Slade, P. D. y Riley, V. J.** (1991). Sex differences in body image perceptions. *Perceptual and Motor Skills, 72: 73-74.*
85. **Jeffrey, R. W., Adlis, S. A. y Forster, J. L.** (1991). Prevalence of dieting among working men and women: *The healthy worker project. Health Psychology, 10: 247-281.*