

Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes

H. Merino Madrid, M. G. Pombo y A. Godás Otero
Universidad de Santiago de Compostela

La Escala de Actitudes Alimentarias (EAT-40) y un cuestionario de Imagen Corporal fueron administrados a un grupo de 220 adolescentes de la provincia de La Coruña. Con este trabajo intentamos examinar la relación entre las actitudes alimentarias de una muestra de adolescentes españoles y una serie de variables determinantes en el estudio de los trastornos alimentarios como son el sexo, el peso, la percepción corporal propia, la satisfacción corporal, así como la preocupación por el peso y la dieta. Los sujetos que se autopercebían obesos, aquellos que se habían sometido a dietas restrictivas en algún momento de sus vidas para adelgazar y concretamente, a dietas frecuentes, obtuvieron puntuaciones superiores en la escala de conductas alimentarias. El hecho de que la población más afectada sea la femenina subraya el importantísimo papel de la cultura occidental y los modelos corporales esbeltos en la estimulación y el mantenimiento de los trastornos alimentarios

Eating attitudes and body satisfaction in adolescence. The Eating Attitude test (EAT) and a self-report questionnaire measuring body image were administered to 220 adolescents from La Coruña (Spain). The purpose of this study was to examine the relationship between eating attitudes and other variables such as sex, body weight, body self-evaluation, body satisfaction as well as being worried about one's weight and diet. Those subjects who perceived themselves as obese, those who have been on restrictive diets in order to lose weight anytime during their life and those who were on frequent diets showed higher scores on the EAT. The fact that the girls are the most affected group underlies the significant role of the Occidental culture and the slenderness in the origin and maintenance of the Eating Disorders.

Desde hace años han aparecido en la literatura científica descripciones de una enfermedad asociada a graves alteraciones del comportamiento alimentario (Toro, 1996; Vandereycken, et al, 1994)). El reciente incremento en la incidencia de este tipo de trastornos, ligado a un cambio en los valores de la sociedad occidental hacia la delgadez, ha acaparado el interés de clínicos e investigadores y ha fomentado el estudio de su posible etiología. La cultura de la delgadez en la que actualmente nos vemos inmersos establece un estereotipo corporal excesivamente delgado, capaz de desencadenar una serie de valores y normas que determinan una cadena de comportamientos relacionados con la talla, peso y figura corporal, comportamientos que, con toda probabilidad, conducirán al desarrollo de un problema o trastorno alimentario (Andersen, et al. 1992; Garfinkel et al., 1982; Garner, et al. 1980). La presión social hacia la delgadez a la que los adolescentes, en especial las adolescentes, se ven sometidas hace que este grupo de riesgo sobrevalore sus dimensiones corporales, se sienta insatisfecho con su cuerpo y/o apariencia física, desee perder peso y, como consecuencia, decida someterse a una dieta restrictiva con el objetivo de

reducir su peso y volumen corporal (Mora, et al. 1994; Slade et al. 1985).

Tanto la insatisfacción corporal como el fuerte deseo de adelgazar, acompañados de la decisión voluntaria de someterse a una dieta hipocalórica, son conductas informadas, con bastante frecuencia, entre los jóvenes, sobretodo los procedentes de la sociedad occidental. De este modo, Wardel y Marsland (1990) observaron que en torno al 59% del total de una muestra de adolescentes londinenses se sentían insatisfechos con su cuerpo. Laquatra y Clopton (1994) informó que el 51% de una muestra de estudiantes americanas se autopercebían gordas y un 58% afirmaba sentirse insatisfechas con su cuerpo. Aunque con una incidencia relativamente inferior, Toro et al. (1989) observaron que el 26% de una muestra de escolares españoles (varones y mujeres) se autopercebían a sí mismos como gordos, de los que sólo el 1% presentaban sobrepeso.

La insatisfacción corporal es un rasgo común dentro de una sociedad que como la nuestra glorifica la belleza, entendida ésta como delgadez. El malestar que el propio cuerpo o la apariencia física suscita en un sujeto favorece la toma de decisión y la puesta en práctica de una dieta restrictiva motivada por el fuerte deseo de adelgazar, para de este modo, alcanzar el modelo corporal esbelto culturalmente establecido. Esto fue exactamente lo que hicieron el 9%, el 16% y el 32% del total de la muestra española (Toro), inglesa (Wardel) y americana (Laquatra), respectivamente, es decir, se sometieron a dietas restrictivas con el objetivo de estar más delgadas.

Como puede observarse, existe una bien documentada asociación entre la imagen corporal propia y los problemas alimentarios, notándose que la decisión voluntaria de someterse a una dieta hipocalórica está mediada por la preocupación que el cuerpo y la apariencia física suscitan en un individuo concreto (Button, et al, 1996; Langer et al. 1991). A pesar de que las dietas de adelgazamiento son unas de las prácticas más extendidas entre la población adolescente, hay un elevado número de sujetos que recurren a conductas desadaptativas, tales como vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes y/o diuréticos, ejercicio intenso, etc. como métodos alternativos para la pérdida de peso (Langer, 1991).

Dado que la gran mayoría de los problemas alimentarios ocurren durante la adolescencia y sobre todo entre las chicas, nos vemos prácticamente obligados a estudiar el papel que las características físicas, psicológicas, conductuales y sociodemográficas juegan en la génesis y el mantenimiento de este tipo de trastornos. Se podría establecer que la insatisfacción corporal, el fuerte deseo de adelgazar, la restricción alimentaria, la influencia de los compañeros y la familia, todo ello encabezado por una dificultad para juzgar o valorar adecuadamente las dimensiones corporales propias, suponen graves amenazas a la nutrición y por lo tanto al desarrollo físico y psicológico de una persona, amenazas que, por otra parte, precipitarán el desarrollo de un trastorno alimentario o, al menos, de algunas de sus características más destacadas.

Este trabajo forma parte de un proyecto más amplio en el que se pretende analizar la relación entre las características cognitivas y conductuales de un grupo de adolescentes con variables sociodemográficas importantes en el estudio de los trastornos de alimentación. En este artículo describiremos la relación observada entre las actitudes alimentarias de una muestra de adolescentes españoles y variables como el sexo, el peso, la percepción corporal propia, la satisfacción corporal, la preocupación por el peso y la dieta.

Método

Muestra

La muestra se llevó a cabo con 220 sujetos de edades comprendidas entre los 16 y 27 años, de ambos sexos, que cursaban C.O.U. en dos Institutos Públicos de la provincia de La Coruña.

Procedimiento

Los sujetos fueron seleccionados al azar. El pase de pruebas se llevó a cabo en grupos de 25 – 30 sujetos. Al comienzo de cada sesión se dio a cada grupo una breve descripción sobre los objetivos del trabajo y se les instó a que leyesen detenidamente las instrucciones. Una vez hecho esto, se les pidió que comenzasen a rellenar los cuestionarios.

Cuestionarios

The Eating Attitude Test (EAT-40)

Garner, D.M. y Garfinkel, P.E., 1979. Es un cuestionario diseñado para detectar la presencia de actitudes alimentarias anómalas, especialmente, las relacionadas con el miedo a ganar peso, el im-

pulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Consta de 40 ítems, cada uno de los cuales se valora en una escala Likert de 6 puntos. La fiabilidad de la escala es de un alpha igual a .79 en muestras clínicas y de un alpha .94 cuando se agrupan muestra clínica y grupo control.

Cuestionario personal de imagen corporal

Hemos diseñado un cuestionario personal para recoger información sociodemográfica e información sobre el peso, alimentación y percepción corporal propia. Un ejemplo de los ítems de este cuestionario puede ser observado en la tabla 3.

Índice de Masa Corporal - I.M.C – (Body Mass Index – BMI -)

A partir de la altura al cuadrado, expresada en metros, y del peso expresado en kilogramos calculamos el Índice de Masa Corporal para cada individuo: IMC de Quetelet = kg/metros² (Beumont y cols., 1988). Normalmente se suele considerar que un IMC de 30 o más es indicativo de obesidad, mientras que un valor inferior a 18 lo es de bajo peso severo.

Resultados

No se observaron diferencias significativas en la variable procedencia ni en el nivel socioeconómico en función de la variable sexo (varones 46.4% y mujeres 53.6%). Las edades varían de los 16 a los 27 años, siendo la edad media los 17.7 años. La mayor parte de la muestra procedía de un medio rural (65%) y en torno al 55% del total presentaba unos ingresos familiares medios. Cabe señalar también que sólo un 10.9% del total de la muestra presentaba un peso superior al considerado como normal según la altura y el peso de cada sujeto.

Puntuaciones medias del EAT en función de las variables sociodemográficas

La puntuación media total del EAT-40 fue de 12.48 (puntuación de corte igual a 20, Castro et al, 1991) con una desviación típica de 9.75. El 20.89% del total de la muestra obtuvo una puntuación en dicha escala mayor o igual a 20, puntuación de corte establecida por Castro y cols. (1991) en una muestra española.

A partir de las variables sociodemográficas, las puntuaciones obtenidas en el EAT-40 fueron las siguientes:

Sexo: la puntuación media en el EAT-40 para las chicas (X=14.39, SD=12.06) fue superior a la obtenida por los varones (X=10.29, SD=5.37).

Procedencia: parece existir una tendencia por parte de la población que procede de un medio urbano a obtener una puntuación media en el EAT-40 (X=13.09, SD=9.62) superior a la observada en la población rural (X=12.15, SD=9.48).

Ingresos: Los individuos con unos ingresos inferiores puntúan más alto en el EAT (X=16.54, SD=10.39), siendo las puntuaciones de los sujetos con un nivel socioeconómico medio (X=11.10, SD=8.50) y superior (X=11.03, SD=13.33) inferiores.

IMC: Se observó una tendencia por parte de los sujetos que presentaban obesidad moderada (X=27, SD=0.0) a obtener una puntuación media en el EAT superior a la observada en los sujetos que presentan peso normal (X=12.09, SD=9.12) o bajo peso severo (X=10.80, SD=9.44).

Puntuaciones medias del EAT en función de las variables de autoevaluación corporal.

Los siguientes datos representan las puntuaciones medias y las desviaciones típicas, además del número de sujetos que respondieron a las preguntas relacionadas con las prácticas restrictivas o variables de imagen corporal (autopercepción y deseo de ganar/perder peso):

Percepción corporal propia. Los sujetos que piensan o que se perciben a sí mismos como muy (X=40), bastante (X=24.95) y ligeramente (X=14.67) obesos obtienen puntuaciones medias en el EAT superiores a las de aquellos sujetos que se autoperceben normal (X=12.18), ligera (X=9.20) y bastante (X=12.18) delgados. Sin embargo, los sujetos que se perciben muy delgados presentan una fuerte tendencia a obtener puntuaciones elevadas en el EAT, lo cual parece indicar una tendencia por parte de los sujetos que perciben su imagen corporal esbelta a presentar un patrón de conductas alimentarias desordenado o desorganizado.

Satisfacción Corporal. Los sujetos que se sienten extremadamente (X=10.70) o algo (X=11.03) satisfechos con su cuerpo obtienen puntuaciones en el EAT inferiores a las obtenidas por aquellos sujetos cuya satisfacción corporal oscila entre algo (X=18.50) y extremadamente (X=25.29) insatisfecha.

Satisfacción Apariencia Física. Al igual que ocurría en la variable de satisfacción corporal, cuanto mayor sea la insatisfacción del sujeto con su apariencia física o externa, tanto mayor será su puntuación media en el EAT (X=25.50 para los extremadamente insatisfechos, frente a X=10.71 para los algo insatisfechos y X=9.92 para los extremadamente satisfechos). Los sujetos que se perciben como normales tiene una puntuación media de 12.36.

Dieta. Los sujetos que por lo menos se habían sometido a una dieta restrictiva para adelgazar en algún momento de su vida obtuvieron una puntuación media en el EAT (X= 26.43; SD= 18.10) superior a la de aquellos sujetos que nunca restringieron su alimentación para adelgazar (X= 12.48; SD= 7.00).

Frecuencia Dietas. Cuanto mayor sea la frecuencia con la que un sujeto se somete a dietas restrictivas, tanto mayor será su pun-

Tabla 1
Descripción de los ítems que componen el EAT-40

ÍTEM	CONTENIDO DEL ÍTEM	SATURACIÓN
Factor I: dieta		
34.	Me siento muy culpable después de comer	.80
56.	Me siento incómodo/a después de comer dulces	.78
57.	Me comprometo a hacer régimen	.78
35.	Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	.72
24.	Me da mucho miedo pesar demasiado	.70
58.	Me gusta sentir el estómago vacío	.68
25.	Procuro no comer aunque tenga hambre	.58
51.	Siento que los alimentos controlan mi vida	.57
54.	Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	.57
45.	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	.56
30.	Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono	.55
27.	A veces me he «atracado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	.46
42.	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	.44
Factor II: preocupación por la comida		
22.	Preparo comidas para otros pero yo no me las como	.77
29.	Como alimentos de régimen	.75
46.	Procuro no comer alimentos con azúcar	.70
49.	Tardo en comer más que las otras personas	.42
50.	Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	.41
Factor III: presión social autopercebida		
53.	Noto que los demás me presionan para que coma	.85
32.	Noto que los demás preferirían que comiese más	.83
Factor IV: control oral		
52.	Me controlo en las comidas	.74
42.	Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	.45
45.	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	.45
39.	Disfruto comiendo carne	-.31
Factor V: trastorno psicobiológico		
55.	Tengo estreñimiento	.74
43.	Tengo la menstruación regular	.67
28.	Corto mis alimentos en trozos pequeños	.45

tuación media en el EAT. De modo que los sujetos que se sometieron a una dieta restrictiva diaria obtuvieron una puntuación media superior ($X= 42.75$; $SD= 21.23$) a la obtenida por entre los sujetos que nunca se sometieron a dieta ($X= 10.89$; $SD= 6.88$).

Deseo de cambiar de peso. Los sujetos que desearían estar más delgados muestran una puntuación media en el EAT ($X= 17.23$; $SD= 12.69$) superior a la observada en aquellos sujetos que se gustan tal y como son ($X= 9.20$; $SD= 5.56$) o los que desearían estar más gordos ($X= 10.61$; $SD= 5.39$).

Análisis factoriales

Con el objetivo de examinar la estructura interna del EAT-40 se llevó a cabo un análisis factorial a partir de las puntuaciones obtenidas en la escala de conductas alimentarias (EAT-40). La Tabla 1 recoge el número de factores extraídos y su autovalor y la Tabla 3 contiene la lista de ítems y la saturación de los mismos dentro de cada factor.

Los cinco factores extraídos del EAT-40 explican un 41.3% de la varianza total. El primer factor, el cual explica un 20.9% de la varianza compartida, puede ser identificado como el factor Dieta y recoge la gran mayoría de los ítems contenidos en la escala. Los ítems 34, 35, 56 y 57, que alcanzan un peso superior al del resto dentro del factor I, explican la actitud del sujeto hacia la comida y el deseo de estar más delgado. El factor II explica un 5.7% de la varianza compartida y explica la preocupación del sujeto por las propiedades nutritivas de los alimentos. Este factor ha sido identificado como Preocupación por la comida. El factor III, identificado como la Presión Social Autopercebida, explica la presión a la que se encuentra sometido el sujeto para comer más. Los factores IV Y V explican entre un 4.9 y un 4.3 % de la varianza. Sus ítems están relacionados, concretamente, con el Control Oral y con el Trastorno Psicobiológico.

Nota: no se han podido extraer factores en función de las variables sexo para el EAT-40 porque algunas variables tenían cero de varianza.

Análisis de diferencias

Análisis de varianza de las puntuaciones medias del EAT con las variables sociodemográficas: Únicamente se han observado diferencias significativas entre las puntuaciones medias del EAT con las variables sociodemográficas Sexo ($F=10.867$; $p<.001$) y Nivel de Ingresos ($F=3.446$; $p<.003$), haciéndose mayor la diferencia a medida que disminuye el nivel de ingresos.

Análisis de varianza de las puntuaciones medias del EAT en función de las variables de imagen corporal: Se han observado diferencias significativas entre las puntuaciones medias del EAT en todas y cada una de las variables incluidas en el cuestionario de imagen corporal.

Descripción de la muestra con una puntuación en el EAT > a 20

Un total de 39 sujetos (17.80%) mostraron puntuaciones en el EAT mayores o iguales a 20, puntuación de corte establecida por Castro y cols. (1991). No se han observado diferencias significativas en ninguna de las variables sociodemográficas.

A partir del resumen estadístico (medias y diferencias) de los datos obtenidos con sujetos con un $EAT \geq 20$ (tabla 3), se puede observar que sólo existen diferencias significativas en cuanto a las variables autopercepción corporal, dieta y frecuencia de las mismas; de modo que cuanto más obeso se perciba un sujeto y cuanto mayor sea la probabilidad de someterse a dietas restrictivas para perder peso, tanto mayor será su puntuación en el EAT. Por otra parte, no se observaron diferencias con respecto a las variables satisfacción corporal, satisfacción con la apariencia ni deseo de perder peso.

Tabla 2
Puntuaciones medias del EAT en las variables de imagen corporal

	AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL						F	P	
	OBESO			DELGADO					
	Muy bastante	ligera	normal	ligera	bastante	muy			
	40.00	24.95	14.67	8.96	9.20	12.18	17.50	18.350	.000
	SATISFACCIÓN CORPORAL								
	SATISFECHO			INSATISFECHO					
	Extremadamente	algo	normal	extremadamente	algo				
	10.70	11.03	10.56	18.50	25.59			9.023	.000
	SATISFACCIÓN APARIENCIA FISICA								
	SATISFECHO			INSATISFECHO					
	Extremadamente	algo	normal	extremadamente	algo				
	9.92	10.71	12.36	16.58	25.50			4.828	.001
	DIETA RESTRICTIVA								
	SÍ			NO					
	26.46			11.01				46.630	.000
	FRECUENCIA DIETAS								
	NUNCA	1/2MES	1/2SEMANA	DIARIA					
	10.89	18.53	36.33	42.45				33.145	.000
	CÓMO TE GUSTARÍA SER								
	+ DELGADO			COMO SOY			+ OBESO		
	6.00			17.23			9.20	13.47	000

Análisis correlacionales

Se llevaron a cabo análisis correlacionales a fin de comprobar la relación entre cada una de las variables empleadas en el trabajo.

En primer lugar, a partir de la puntuación media del EAT-40 hemos dividido a la muestra en dos grupos: grupo de sujetos con tendencia a padecer la patología alimentaria y grupo de sujetos control o que no presentan ningún tipo de problema alimentario.

A partir de los análisis de covarianza (Tabla 4) comprobamos que los sujetos que obtenían una puntuación en el EAT mayor o igual a 20 correlacionaban positivamente con los siguientes ítems del cuestionario de imagen corporal: satisfacción corporal, satisfacción con la apariencia física y frecuencia de dietas. Y, por otra

parte, correlacionaban negativamente con los ítems de autopercepción corporal y con ponerse a dieta. Se observó que las puntuaciones del EAT < 20 correlacionaban negativamente con el ítem «ponerse a dieta».

Discusión

Aunque la puntuación total registrada en el EAT-40 es ligeramente inferior a la observada en población americana (Leichner et al., 1986) se aproxima bastante a la obtenida por Toro et al. (1989, $X = 16.1$) y por Castro et al. (1991, $X = 18$) en muestras españolas. El hecho de que las chicas obtengan una puntuación superior refleja la tendencia por parte de la población femenina a una mayor preocupación por la dieta y la apariencia física, tendiendo a autovalorarse en función de su aspecto corporal. De todos modos, la población española no está, de momento, tan sumergida en la «cultura de la delgadez» como lo está la población americana.

Resulta curioso observar, en contra de lo hallado en investigaciones previas (Toro et al., 1989), que aquellos sujetos que presentan niveles socioeconómicos bajos presentan puntuaciones en el EAT iguales o superiores a la puntuación de corte. Esta tendencia, a la vez coincidente con los resultados del trabajo de Langer et al., (1991), creemos que puede ser debida al desplazamiento de la importancia atribuida al aspecto físico en los niveles socioeconómicos más bajos.

Por lo que a cuestiones de Imagen Corporal se refiere, resulta evidente que el estrés corporal es superior entre el sexo femenino. Las chicas, en mayor medida que los varones, se sienten insatisfechas con su cuerpo y apariencia física, se autoperceben obesas y desean estar más delgadas de lo que en realidad están (57.6%). Estos datos que corroboran los resultados de trabajos previos como el de Toro et al. (1989), Wardle et al. (1990) y Laquatra y Clouton (1993) ponen de manifiesto la importancia que los adolescentes, sobre todo las adolescentes, ofrecen a su figura y forma corporal y a su alimentación. Todo ello sugiere que los adolescentes sobrevaloran su aspecto físico, le prestan demasiada atención y se valoran en base al mismo.

En cuanto a las puntuaciones totales del EAT, pudimos observar una relación directa entre el peso ideal masculino y las puntuaciones en el EAT, de tal modo que los varones con sobrepeso obtenían puntuaciones superiores en la escala de conductas alimentarias. Esta disposición por parte del grupo masculino con sobrepeso a puntuar más alto en el EAT puede ser explicada como una preocupación lógica y coherente de los varones obesos por su peso y figura frente a los delgados.

Al igual que Toro et al. (1989) hemos comprobado que cuanto más insatisfecho se siente un sujeto con su cuerpo y apariencia externa, tanto más obeso se autopercebe, mayor es su historia y frecuencia de dietas restrictivas, su deseo de adelgazar y como consecuencia mayor es su puntuación en el EAT. Estos datos, todavía más marcados en la población femenina, sugieren que aquellos sujetos que presentan comportamientos alimentarios anómalos (dietas restrictivas con el objetivo de perder peso), una percepción corporal distorsionada y una intensa insatisfacción corporal pueden ser incluidos dentro del grupo de riesgo para el desarrollo de la patología alimentaria. El hecho de que la población femenina sea la más afectada viene, una vez más, a subrayar el importantísimo papel de la cultura occidental y los modelos estéticos corporales en la estimulación y el mantenimiento de los trastornos alimentarios.

	N	X	F	P
AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL			3.587	.011
Muy obeso	3	40.00		
Bastante obeso	10	37.20		
Ligeramente obeso	18	24.22		
Normal	5	23.40		
Ligeramente delgado	1	22.00		
Bastante delgado	2	22.50		
SATISFACCIÓN CORPORAL			1.977	N.S.
Extre. Satisfecho	3	23.00		
Algo satisfecho	9	23.56		
Normal	9	25.00		
Algo insatisfecho	13	34.38		
Extre. Insatisfecho	5	31.80		
SATISFACCIÓN APARIENCIA FÍSICA			.833	N.S.
Extre. Satisfecho	2	23.50		
Algo satisfecho	11	24.00		
Normal	11	29.64		
Algo insatisfecho	12	31.58		
Extre. Insatisfecho	3	32.00		
DIETA RESTRICTIVA			20.168	.000
Sí	11	39.27		
No	28	24.29		
FRECUENCIA DIETAS			9.044	.000
Nunca	26	24.15		
1/2 mes	7	30.86		
1/2 semana	2	48.50		
Diaria	4	42.75		
CÓMO TE GUSTARÍA SER			1.216	N.S.
Más delgado	31	29.94		
Tal como soy	7	22.71		
Más obeso	1	25.00		

	EAT ≥ 20	EAT < 20
Autopercepción corporal	-.471	N.S.
Satisfacción corporal	.379	N.S.
Satisfacción apariencia	.275	N.S.
Dieta	-.631	-.175
Frecuencia dietas	.6234	N.S.
Cómo te gustaría ser	N.S.	N.S.

En el apartado final del trabajo analizamos las diferencias entre los sujetos que obtenían una puntuación en el EAT igual o superior a la puntuación criterio. A partir de este análisis, no observamos diferencias significativas en función de las variables socio-demográficas (sexo, edad, población e ingresos). En cuanto a las variables de Imagen Corporal, únicamente observamos diferencias significativas en función de la dieta y la autopercepción corporal. Este resultado refuerza la importancia de la autopercepción corporal en el desarrollo de la patología alimentaria y merece un comentario especial. Aunque un 79.49% del total de los sujetos con una puntuación en el EAT > 20 se autopercebían obesos/as, no más del 17.95% presenta sobrepeso real. De acuerdo con Toro et al. (1989) percibirse a uno mismo como «obeso» cuando no es así implica un problema cognitivo que sólo podría ser explicado a través

de algún tipo de aprendizaje impuesto por las presiones sociales y culturales.

Resumiendo y tal como se planteó en la investigación principal se observó una relación positiva entre la apariencia física y la satisfacción corporal, de modo que aquellos sujetos que se autoperciben positivamente se sienten satisfechos con su apariencia corporal y física, mientras que los que se autoperciben obesos se sienten insatisfechos con su cuerpo y apariencia externa se someten a dietas restrictivas con el principal objetivo de perder peso, para, de este modo, adaptarse o parecerse al modelo corporal esbelto vigente en las sociedades desarrolladas. Parece pues, que, en principio, la autopercepción corporal constituye un factor decisivo para el desarrollo de un trastorno alimentario, a su vez más importante que el propio peso corporal.

Referencias

- Ajuriaguerra, J. (1976). *Manual de Psiquiatría Infantil*. (3ª ed.). Barcelona: Toray – Masson
- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (4ª ed.). Washington, D.C.: author.
- Andersen, A.E. y DiDomenico, L. (1992). Diet vs. Shape Content of Popular Male and Female Magazines: a dose response relationship to the incidence of eating disorders?. *International Journal of Eating Disorders*, 11 (3), 283-287.
- Berkman, J.M. (1930). Anorexia Nervosa: anorexia, inanition and low basal metabolic rate. *American Journal of Medical Science*, 42, 190-192.
- Berscheid, E., Walster, E. y Bohmstedt, G. (1973). Body Image: the happy american body, a survey report. *Psychology Today*, November, 199-131.
- Beumont, P.; Al-Alami, M. y Touyz, S. (1988). Relevance of a standard measurement of undernutrition to the diagnosis of anorexia nervosa: Use of the Quetelet's body mass index (BMI). *International Journal of Eating Disorders*, 7, 399-405.
- Bruch, H. (1990). *Anorexia Nervosa*. Hoeber. New York.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: obesity, anorexia, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1977). Antecedentes Psicológicos de la Anorexia Nervosa. En monografía del Instituto Nacional de Salud Infantil y de Desarrollo del Hombre. Dir. R. A. Vigersky. New York.
- Bruch, H. (1982). *Anorexia Nervosa: Therapy and Theory*. The American Journal of Psychiatry, 1389 (12), 1531-1538.
- Button, E. J., Sounga-Barke, E. J. S., Davies, J. y Thompson, M. (1996). A Prospective Study of Self-Esteem in the Prediction of Eating Problems in Adolescent Schoolgirls: Questionnaire Findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 193-203.
- Cash, T. F. y Brown, T. A. (1987). Body Image in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: a review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish Version. *Evaluación Psicológica*, 7 (2), 175-190.
- Cervera, S. y Quintanilla, B. (1995). *Anorexia Nervosa: Manifestaciones Psicopatológicas Fundamentales*. EUNSA (Eds.). Pamplona.
- Eckert, E.D., Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Casper, R.C., Davis, J. M. Depression in Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 12, 115-122.
- Garfinkel, P.E. y Garner, K. (1982) *Anorexia Nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garner, D.M. y Bemis, K. (1982) A Cognitive – behavioral approach to Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 1-27.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitude Test: An Index of The Symptoms of Anorexia. *Psychological Medicine*, 273-279.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1981). *Body Image in Anorexia Nervosa: Measurement, Theory, and Clinical Implications*. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 263-284.
- Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford: Blackwell.
- Herman, C. P. y Polivy, J. (1980). *Restrained Eating*. In A: B: Stunkard (Ed.), *Obesity*. Philadelphia: Saunders.
- Herman, C. P. Y Polivy, J. (1984). A Boundary Model for the Regulation of Eating Disorders in A: B: Stunkard y E. Stellar (Eds.), *Eating and Its Disorders* (pp. 141-156) New York: Raven Press.
- Hsu, L.K.G., y Sobkiewicz, T.A. (1991). Body Image Disturbance: Time to Abandon the Concept for Eating Disorders?. *International of Eating Disorders*, 10, 15-30.
- Langer, L. M., Warheit, G. J. y Zimmerman, R. S. (1991). Epidemiological Study of Problem Eating Behaviors and Related Attitudes in the General Population. *Addictive Behaviors*, 16, 167-173.
- Laquatra, T.A. y Clopton, J.R. (1994). Characteristics of Alexithymia and Eating Disorders in college women. *Addictive Behaviours*, 19, 373-380.
- Lasègue, C. (1873). De l'anorexie hystérique. *Archives générales de médecine*, Abril, 385-403.
- Raich, M. (1994). *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*. Piramide (Eds.) Madrid.
- Leichner, P., Arment, J., Rallo, J. S., Srikameswaran, S. y Vulcano, B. (1986). An Epidemiological Study of Maladaptive Eating Attitudes in a Canadian School Age Population. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 969-982.
- Mesa, P., Rodríguez, J. M. y Blanco, A. (1989). Planteamientos Clínicos y Modelos Explicativos de la Anorexia Nervosa. *Boletín de Psicología*, 25, 55-64.
- Mintz, L. B. y Betz, N. E. (1988). Prevalence and Correlates of Eating Disordered behaviours among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 463-471.
- Mora, M. y Raich, R. M. (1994). Contribución de los factores socioculturales y otras variables ambientales en la emergencia del trastorno bulímico. *Boletín de Psicología*, 45, 41-64.
- Morande, G. (1995). Un peligro llamado Anorexia: la Tentación de Adelgazar. Colección Fin de Siglo / 72. Madrid.
- Raich, M. (1994). *Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios*. Pirámide (Eds.). Madrid.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del Comportamiento Alimentario. Terapia de Conducta y salud*. Madrid.
- Shisslak, C.M., Pazda, S. L. y Crago, M. (1990). Body Weight and Bulimia as Discriminators of Psychological Characteristics Among Anorexics, Bulimic and Obese Women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 380-384.
- Selvini Palazzoli, M. (1963). *Là Anorexia mentale*. Milán: Feltrinelli.
- Slade, P. D. (1982). Towards a Functional Analysis of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 67-79.

- Slade, P. D. (1985). A Review of Body Image Studies in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 225-265.
- Slade, P. D. (1988). Body Image in Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153 (2), 20-22.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. y Cuesta, L. (1989). Eating Attitudes, Sociodemographic Factors, and Body Shape Evaluation in Adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Toro, J., Cervera, M. Y Pérez, P. (1988). Body Shape, Publicity and Anorexia Nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 132-136.
- Toro, J. y Villardell, E. (1987). *Anorexia Nervosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J. (1996). *El Cuerpo como Delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Vandereycken, W. y Van Deth (1994). *From Fasting Saints to Anorexic Girls: The History of Self-Starvation*. London. The Atholone Press.
- Vitousek, K. B. y Orimoto, L. (1993). *Cognitive Behavioral Models of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Obesity*. Psychopathology and Gognition. Académic Press.
- Wardel, J. y Marsland, L. (1990). Adolescent Concerns about Weight and Eating: A Social-Developmental Perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 377-391.

Aceptado el 23 de enero de 2001