

EL CUERPO, ¿CULTO O TIRANÍA?

María Nieves Vera Guerrero

Universidad de Granada

En la actualidad se está incrementando, de forma paradójica, tanto la obesidad como los problemas de anorexia y bulimia, a los que contribuyen en una buena medida el ideal estético de delgadez impuesto por la sociedad. En este trabajo se abordan los siguientes elementos: factores sociales y psicológicos que fomentan la obesidad; variables relacionados con la obsesión por el peso y que afectan de manera especial a las mujeres; respuestas de la sociedad a las personas obesas; discusión de las creencias de que el cuerpo se puede moldear a voluntad y de que todo sobrepeso es perjudicial para la salud; crítica al negocio de las dietas y causas del fracaso general de las mismas y, finalmente, conclusiones sobre la tiranía a la que se está sometiendo al cuerpo y propuestas de prevención de los problemas de alimentación.

The body, cult or tyranny? Nowadays, there is a paradoxical increase in obesity and also in anorexia and bulimia. One of the main factors to promote the latter is the aesthetic ideal of thinness imposed by society. This article reviews the following aspects: social and psychological factors fomenting obesity; variables related to weight obsession, which are specially affecting women; society's responses to obese people; arguments against the beliefs "the body can be shaped at will" and "obesity is always bad for health and, therefore, thinness is good"; criticism to diet business and review of the main causes of its general failure and, finally, conclusions about how the body is being tyrannized and proposals to prevent eating disorders.

Vivimos en una sociedad y en un momento histórico en el que se está produciendo una gran paradoja. En los últimos años se están incrementando, por un lado, los problemas de obesidad (Williamson, Kahn, Remington y Aranda, 1990) y, por otro lado, los problemas alimentarios de anorexia y bulimia (Raich, 1994, Toro y Vilardell, 1987).

La obesidad está considerada como el número uno de los problemas nutricionales

en los países occidentales, afectando en concreto a 80 millones de norteamericanos, cifra que, como se ha indicado, va en aumento especialmente en las mujeres (Williamson y col., 1990). La obesidad se suele entender como un exceso de peso corporal, aunque sería mucho más apropiado considerarla como exceso de tejido adiposo (ejemplo, un atleta tiene exceso de peso y obviamente no está obeso). Dentro de los distintos métodos de medir el exceso de peso, el más empleado es el que hace referencia a normas o ideales de peso establecidas en tablas estandarizadas según el sexo, la edad y, a veces, la constitución física. Tomando como punto de referencia estos ideales, se cla-

Correspondencia: María Nieves Vera Guerrero
Depart. Personalidad, Evaluación y Tratam. Psicológico
Facultad de Psicología
Campus Universitario de Cartuja. 18071 Granada (Spain)
E-mail: persoevo@ucartuja.ugr.es

sifica el grado de sobrepeso en ligero (5-20%), moderado (20-40%), severo (40-100%) y gran obeso (+100%) (Brownell y Wadden, 1992). Asimismo, algunos autores diferencian entre sobrepeso y obesidad según se exceda más o menos de un 20% (Williamson, Davis, Duchman, McKenzie y Watkins, 1990) o un 30% (Hautvast y Deurenbeg, 1987) sobre el peso ideal calculado a través de dichas tablas.

En el otro extremo tenemos los problemas de anorexia y bulimia. Como señala Toro (1996), hasta hace poco más de diez años, estos problemas eran conocidos sólo en círculos minoritarios, no se estudiaban en las facultades de Medicina o Psicología y, por supuesto, no hacían eco de ellos la prensa ni demás medios publicitarios. La anorexia nerviosa es un trastorno grave de la conducta alimentaria que puede conducir a la muerte. Se caracteriza por la autoimposición de severos ayunos o dietas que llevan, a la persona que lo padece, a alcanzar un infrapeso inferior al 15% del que le correspondería según su sexo, edad y estatura. La bulimia nerviosa es un trastorno severo de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios de ingesta compulsiva seguidos de vómitos autoinducidos, uso de laxantes y/o diuréticos y episodios de restricción calórica para prevenir el aumento de peso. Estos trastornos se dan predominantemente en las mujeres, con una proporción respecto de los hombres de 9 a 1 (Toro y Vilardell, 1987). En ambos trastornos existe un miedo enfermizo a engordar y una distorsión e insatisfacción con la imagen corporal a la que supeditan el nivel de autoestima.

En la actualidad nos encontramos con una realidad de aumento de peso contradictoria con el ideal de belleza que tiende a la consecución de cuerpos cada vez más delgados y esbeltos (Fernández y Vera, 1996). En un estudio llevado a cabo por Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted (1980) se puso de manifiesto que mientras las modelos y

mises han perdido una media de 3.4 Kg. en los últimos 20 años, la población, en general, ha ganado 2.8 Kg., situándose, por tanto, estas modelos en un 17.5 % por debajo de la media. Este ideal de belleza, que no se sitúa ya en un normopeso sino en un infrapeso, está llevando a un fenómeno social de auténtica obsesión con el cuerpo y culto al mismo, que más que culto, podríamos llamar tiranía.

A lo largo de este artículo se pretende analizar este fenómeno social. Así se irán respondiendo a una serie de preguntas relacionadas con los siguientes aspectos: qué factores están llevando al incremento de peso, hasta qué punto se puede hablar de obsesión con el peso, cuál es la respuesta de la sociedad ante el obeso, qué fundamento tiene algunos de los mitos que existen en torno al peso y al cuerpo, en concreto, la creencia de que se puede moldear el cuerpo a voluntad y la creencia de que un exceso de peso siempre es perjudicial para la salud y que, por tanto, un peso bajo es lo saludable. Por último, se analiza el negocio de las dietas milagrosas y los problemas de anorexia y bulimia a los que está conduciendo esta obsesión con el cuerpo.

¿Por qué ha aumentado la obesidad?

El aumento de la obesidad en los países occidentales se explica principalmente por el cambio experimentado en nuestro estilo de vida y en nuestros hábitos alimentarios. Tenemos un estilo de vida marcadamente sedentario. El trabajo industrializado nos a llevado a sustituir una actividad al aire libre y en continuo movimiento por la permanencia, durante un mínimo de 7 horas diarias, en espacios cerrados con escasa actividad física. El crecimiento de las ciudades hace que cada vez sean más los ciudadanos que tienen que utilizar algún medio de transporte para recorrer largas distancias desde sus casas hasta sus lugares de trabajo. Las esca-

leras son escasamente utilizadas. El tumbarse en el sofá, con el televisor enfrente y el mando a distancia a mano, suele ser la actividad preferida en el tiempo que queda libre después de un día de trabajo, horas de desplazamiento y ocupación extra en trabajo de casa y niños.

Parejo al estilo de vida van los hábitos alimentarios. Así, estos han cambiado notablemente. La incorporación de la mujer al mundo del trabajo la ha incorporado de pleno en esa dinámica de prisa y desplazamiento. Nuestros potajes y pucheros no pueden hacerse ya a fuego lento durante horas y, en muchos casos, no pueden ni siquiera hacerse. Las comidas rápidas, en las que predominan alimentos precocinados destinados a la fritura, los han sustituido. De esta forma, hemos sustituido la dieta básica en la que predominaban los hidratos de carbono por un predominio en grasas. Existen cifras que indican un aumento de grasas del total de calorías consumidas del 32% al 43% a expensas de los hidratos de carbono que disminuyen del 57% al 46% (Academia Nacional de Ciencias, 1989 en Brownell y Wadden, 1992). La ingesta del mismo número de calorías en grasas versus hidratos de carbono llevaría a un aumento de peso (Lissner, Levitsky, Strupp, Kalkwarf and Roe, 1987).

Los medios de comunicación juegan también un papel importante en el tipo de alimentos que consumimos. La televisión, que suele estar presente en el poco tiempo dedicado a comer, lanza continuamente mensajes contradictorios que son, sin embargo, aceptados como congruentes. Por un lado, como analizaremos en el apartado siguiente, el mensaje está claro ¡consume alimentos "light" y tenga un cuerpo "danone"! mientras que, por otro lado, nos estimula las glándulas salivares con sabrosas imágenes visuales de "golosinas", para adultos y niños, altas en calorías y de dudoso valor nutritivo. Existen estudios que señalan que un

60% de anuncios dirigidos al público infantil son sobre productos alimentarios (Ogletree, Williams, Raffels, Mason y Fricke, 1990 en Sánchez Carracedo). La influencia persuasiva que éstos ejercen ha sido demostrada. Así, Taras, Sallis, Patterson, Nader y Nelson (1989) encontraron altas correlaciones entre la frecuencia con que determinados alimentos eran anunciados en televisión, el número de horas que los niños la veían y la frecuencia con que pedían a sus padres esos alimentos y sus padres se los compraban. Si se tiene en cuenta que los hábitos alimentarios se adquieren en la niñez y que, como veremos, la forma más eficaz de combatir la obesidad es prevenirla, estos datos son socialmente significativos.

Por otro lado, muchas familias españolas no comen ya en casa. Es prácticamente imposible realizar dos veces al día el largo desplazamiento hacia el trabajo. Las comidas principales transcurren en locales de comidas rápidas y baratas (hamburgueserías, bocadillerías, pizzerías, etc.). Hemos sustituido nuestra sana y variada dieta mediterránea, últimamente tan alabada quizás porque se esté perdiendo, por la dieta norteamericana. Dieta ampliamente criticada por el desequilibrio en nutrientes que aporta (predominio de grasas y azúcares sobre hidratos de carbono, por ejemplo) (Brownell y Wadden, 1992). Efectivamente, nuestra comida tradicional de dos platos, uno de ellos de legumbres, y postre nos aseguraba el aporte calórico necesario y además, sabiamente combinado entre los nutrientes principales.

Aún más, este tipo de alimentos rápidos puede consumirse en cualquier momento del día, las máquinas expendedoras de bebidas y aperitivos están a mano en los sitios públicos, favoreciendo esta accesibilidad la conducta de picoteo. Esto, sin tener en cuenta, que en nuestras costumbres sociales, el "tomar una cerveza", con sus respectivas tapas, con los amigos está casi institucionalizado a una o dos veces al día -aproxima-

damente, a media mañana y después del trabajo-. Efectivamente, el acto de beber y comer es un acto social. Las reuniones sociales, las comidas con compañeros y amigos, las celebraciones de todo tipo, etc. se caracterizan por excesos alimentarios. Pero no únicamente en grupo se cometen excesos y se pica, el ama de casa, que pasa gran parte del tiempo sola, se aburre y pica. No sólo los factores sociales sino también los emocionales -sentimientos de aburrimiento, ansiedad, depresión, enfado- llevan a comer sin hambre (Vera y Fernández, 1989).

No cabe duda comemos más de lo que necesitamos y, sobre todo, comemos mal. Sin embargo, como se analiza a continuación, las presiones sociales por la delgadez lleva en muchos casos a que se intente compensar después de los excesos alimentarios con restricciones calóricas y ejercicio. Estas oscilaciones en la ingesta pueden ser precursores de trastornos serios como la bulimia.

¿Obsesión con el peso?

¿Se puede decir que la obsesión con el peso sea un fenómeno socialmente extendido o, por el contrario, es una característica exclusivamente de personas con problemas, bien de obesidad o bien de anorexia o bulimia? Sólo tenemos que observar a nuestro alrededor, en nuestras ciudades existen aproximadamente un gimnasio en cada manzana, casi tantos como bares de tapeo (he ahí la paradoja). Andando por las calles, nos tropezamos, especialmente en primavera, que es cuando empezamos a quitarnos ropa, con carteles en los que aparecen cuerpos monumentales que nosotros podemos llegar a tener con sólo proponérselo y, por supuesto, comprar el producto que allí se vende. Conduciendo hacia el trabajo o de vuelta a casa, es el canal auditivo, a través de la radio, el que se ve ahora invadido de mensajes “pierda peso”. Pero, sin duda, el

medio más efectivo es el que se nos cuele en casa, a través de la televisión. Cómodamente sentados, en la paz de nuestro hogar, desfilan ante nosotros todo un despliegue de cuerpos esbeltos y atléticos que causan la envidia y la admiración de los que les rodean. El mensaje está claro, podemos conseguir esos cuerpos con sólo consumir los productos que ellos toman. En cualquier sala de espera, especialmente de peluquerías, se suele ojear revistas en las que es fácil encontrar dietas para conseguir perder peso. Sólo en el otoño de 1987, Andersen y Di-Domenico (1992 en Toro, 1996) registraron 56 artículos y anuncios relativos a dietas en 10 de las revistas más leídas por el público femenino, la proporción con respecto al número de anuncios en revistas “masculinas” fue de 10 a 1, aproximadamente la misma proporción que existe en los trastornos de anorexia y bulimia entre ambos sexos.

Como señala Brownell (1992a) la sociedad impulsa a la búsqueda y consecución de “un cuerpo perfecto” y lo hace con todos los medios de comunicación a su alcance. En este sentido, Toro (1996) ha realizado un exhaustivo estudio crítico sobre la publicidad del adelgazamiento. Parece que el ideal que nos lanzan está claro para todos, el cuerpo perfecto es en la mujer el cuerpo “tubular”, esto es, caderas, nalgas, cintura y barriga mínimas. Pero eso sí, pecho generoso. Más difícil todavía, adelgace de unas partes de su cuerpo, precisamente de aquellas en las que se suele acumular más la grasa en las mujeres, mientras engorda de otras al mismo tiempo y, además, hasta adonde usted quiera. En el hombre, esto cambia un poco, también él tiene que estar delgado (nada de grasa) pero sí fuerte y musculoso, así que no coma pero haga mucho ejercicio. Tómese nota del paralelismo con las conductas de anoréxicos y bulímicos.

Estos mensajes han dado efectivamente sus frutos, las cifras invertidas en programas y servicios para la pérdida de peso son as-

tronómicas. Sólo en el año de 1988 se gastó, en los EE.UU, la cantidad de 29 billones de dólares (¡aproximadamente 44000 millones de pesetas!) (Garner y Wooley, 1991). Este dinero fue invertido en programas clínicos y hospitalarios de pérdida de peso, apertura de gimnasios y balnearios y publicidad sobre libros dietéticos, bebidas y batidos dietéticos, productos bajos en calorías y edulcorantes artificiales. Además, en ese mismo año, se realizaron 101.000 operaciones de liposucción (Brownell, 1991). En general, se calcula que se vienen efectuando unas 30.000 operaciones anuales de reducción de estómago (Garner y Wooley, 1991). Parece que después de un mensaje tan claro de ideal de belleza el lema sería “alcáncelo a toda costa” bien con ayunos y ejercicios o bien, si esto no da resultado, cortándose lo que le sobre. El sacrificio merece la pena si se quiere estar entre la “gente guapa” porque no sólo el ideal de belleza se representa en mujeres cada vez más delgadas sino que la ropa que se vende al público está cada vez más adaptada a ellas, son numerosas las quejas de mujeres de no encontrar “nada” por encima de la talla 42.

La obsesión con el peso está tan generalizada que es incluso fomentada por profesionales de la salud. Burks y Keeley (1989), a través de un cuestionario administrado a 132 terapeutas, encontraron que, a pesar de no estar especializados en temas de nutrición, el 83% solía prescribir ejercicio a sus pacientes de forma indiscriminada y el 68% sugerían ocasionalmente seguir dietas específicas. Los profesionales de psicología que se dedican al control de la obesidad pueden caer también en la trampa de fomentar pérdidas de peso a personas con sobrepeso ligero, o incluso moderado, altamente obsesionadas con el mismo. Hay que tener mucho cuidado en no ayudar a posibles anoréxicas o bulímicas a serlo. Una evaluación individualizada, que incluya un análisis detenido de la motivación para entrar en uno

de estos grupos cognitivo-conductuales de obesidad, es un prerrequisito fundamental que ningún profesional que se precie debería pasar por alto.

El impacto que el ideal actual de belleza, impuesto socialmente y divulgado a través de sus medios de comunicación, está teniendo es enorme, especialmente en chicas jóvenes. Diversos estudios han puesto de manifiesto que las chicas se perciben con mayor peso del que realmente tienen y manifiestan preferencias por cuerpos más delgados que el propio e incluso más delgados de como los chicos las prefieren (Connor-Greene, 1988; Fallon y Rozin, 1985; Hill, Oliver y Rogers, 1992). Las mujeres, en general, están más preocupadas con su imagen corporal que los hombres y se someten con más frecuencia a dietas para perder peso. En un estudio llevado a cabo por French y Jeffery (1994), en el que se revisaron diversos trabajos epidemiológicos, se puso de manifiesto que, como promedio, un 40% de mujeres frente a un 23% de hombres estaban intentando perder peso. Los porcentajes más altos, en todos los estudios revisados, correspondían a chicas estudiantes que suelen residir en colegios universitarios y tener entre 18-21 años. En uno de los pocos trabajos realizados sobre población española (Sánchez Carracedo, 1994) se constató una gran preocupación por el peso y seguimiento de dietas en nuestros jóvenes adolescentes. En concreto, se pasó un cuestionario sobre hábitos alimentarios y restricción a 673 jóvenes adolescentes de entre 15 a 17 años. Sólo un 22% manifestó no estar preocupado frente a un 58% de preocupación moderada y un 20% de gran preocupación. De este último subgrupo, la mayor parte eran chicas (90% frente a 10% de chicos). Sin embargo, las chicas, en general, presentaban menos sobrepeso que los chicos. Un dato alarmante es que un 12% de esta población seguía dietas adelgazantes teniendo, sin embargo, un peso normal.

Los datos anteriores no son sorprendentes si tenemos en cuenta que son las mujeres jóvenes el grupo más susceptible de influenciar por patrones estéticos de moda. En efecto, existen una serie de estudios experimentales bastante recientes que demuestran una relación directa entre la exposición a imágenes visuales (fotografías y diapositivas) de mujeres delgadas y el descenso del nivel de satisfacción corporal y autoestima en mujeres jóvenes expuestas a estos estímulos (Hamilton y Waller, 1993; Irving, 1990; Shaw, 1995). Niveles que no se ven alterados ante la exposición a imágenes de mujeres normales u obesas (Irving, 1990) o ante la exposición a estímulos neutros (Hamilton y Waller, 1993; Shaw, 1995). Hay que destacar que estos resultados, en los dos primeros estudios citados, se encontraron sólo en mujeres con distintos niveles de patología en las conductas alimentarias. Sin embargo, en el estudio de Shaw todas eran mujeres sin trastornos siendo la influencia de los estímulos visuales (fotografías procedentes de revistas de modas) significativamente superior en adolescentes que en mujeres adultas. Estos estudios señalan de forma inequívoca la influencia en las adolescentes de los mensajes “alcance un cuerpo delgado si quiere ser bella”, influencia aún más marcada si éstas tienen ya problemas anoréxicos o bulímicos.

Quizá lo más alarmante sea que esta preferencia por tener cuerpos más delgados se esta extendiendo a niñas de 6-7 años (Collins, 1991). No es de extrañar, sin embargo, si se tiene en cuenta que las niñas imitan a sus hermanas mayores, están expuestas al mismo bombardeo estimular que relaciona belleza con delgadez y hasta tienen representaciones simbólicas de este ideal en sus juguetes. Como comenta Toro (1996), sólo hay que mirar a las muñecas tipo Barbie con las que juegan.

Así que, por un lado, cada vez pesamos más y, por otro, cada vez queremos ser más

delgados. Pero, ¿qué pasa con las personas obesas?, ¿cómo reaccionan los demás ante ellos?

¿Estigmatiza la sociedad al obeso?

Desafortunadamente la respuesta es afirmativa. La sociedad, en general, rechaza al obeso, especialmente a la mujer, y, además, lo culpa de su “defecto”. Si está gordo es porque es vago, glotón y no tiene la suficiente fuerza de voluntad para adelgazar. Existen numerosos estudios que demuestran esta estigmatización de la obesidad. Sin pretender ser exhaustivos en ellos, se comentan algunos de los más relevantes.

Un estudio clásico es el llevado a cabo por Richardson, Goodman, Hastorf y Dornbusch (1961). En él, se pidió a una muestra heterogénea de 640 niños de 10 a 12 años que clasificaran seis dibujos de niños según su atractivo físico. Los dibujos incluían figuras con distintos problemas físicos (sentado en silla de ruedas, amputados, con rostro o cabeza deforme), un obeso y un niño con peso medio y apariencia normal. Todos los niños, sin excepción de raza ni nivel socioeconómico, seleccionaron al niño obeso entre los menos atractivos. Más dramáticos aún, son los resultados de este mismo estudio, realizado por el mismo grupo de investigación (Goodman, Richardson, Dornbusch y Hastorf, 1963), con sujetos profesionales de la salud (médicos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, etc.). También ellos, rechazaban al niño obeso más que a cualquier otro.

A partir de estos estudios, la proliferación de trabajos en los que se demuestra el rechazo de la sociedad al obeso ha sido amplia. El obeso recibe estereotipos negativos de todo tipo, así se ha considerado poco sociable, antipático y poco amigable, perezoso, indisciplinado, infeliz, falto de atractivo, torpe y carente de autocontrol, ¿se puede pedir más?, y esto, tanto en evaluaciones re-

alizadas por niños (Counts, Jones, Frame, Jarvie y Strauss, 1986) como por adultos (Tiggemann y Rothblum, 1988). Como puso de manifiesto el estudio clásico de Goodman y cols. (1963), en esta estigmatización de la obesidad participan incluso “profesionales” de la salud.

El rechazo al obeso es llevado también al mundo laboral, especialmente en el caso de las mujeres. Revisiones del tema señalan que éstas son menos aceptadas y promovidas si son obesas que si son delgadas (Sánchez Carracedo, 1994, Sobal y Stunkard, 1989). Asimismo, se casan menos y “peor” que las delgadas (Sobal y Stunkard, 1989).

En pocas áreas son los estudios tan congruentes como en ésta, el obeso está discriminado por la sociedad. Ha quedado también claro, en los apartados anteriores, que la “moda” impuesta actualmente de belleza es la delgadez. Sin embargo, cabría preguntarse si este hecho es suficiente y puede explicar por sí sólo esta discriminación. ¿Por qué rechaza la sociedad al obeso? Los autores que se han hecho esta pregunta apuntan en la dirección de que, principalmente, porque lo acusan de su obesidad. Como señala Toro (1996) se tiene la percepción generalizada de que la obesidad es un vicio y el obeso una persona que a él se entrega. Esto es, un glotón que come sin control y que, si está gordo, es porque quiere. En efecto, cuando se pregunta por las causas de la obesidad, muchas personas las atribuyen a estos factores personales de “falta de voluntad”. Sin embargo es curioso notar que en el estudio citado de Counts y cols. (1986), los niños dejaban de realizar evaluaciones negativas de los obesos cuando éstos eran presentados como atractivos o con posiciones de autoridad, ocurriendo esto incluso cuando los evaluadores eran niños obesos.

La peor consecuencia de este rechazo al obeso es que se interiorice, esto es, que llegue a creer y aceptar estas evaluaciones ne-

gativas. Esto puede resultar especialmente negativo cuando es fomentado desde la infancia por los otros niños y, en muchos casos, por los propios padres. No es extraño, de esta forma, que muchos obesos sean incapaces de aceptar su cuerpo. Han asumido que la gordura es fea y ellos incompetentes. Se está fomentando lo que Cash y Brown (1987) ha denominado el mito de la Bella y la Bestia. Esto es, el pensamiento dicotómico, o en extremos, que considera que o se es delgado y bello o gordo y feo, sin términos medios. Estas formas distorsionadas de ver la realidad llevan a ver el cuerpo como algo aversivo. No sería, por tanto, extraño que se empezaran a realizar conductas de evitación activa como pesarse continuamente o abusar del ejercicio físico y conductas de evitación pasiva como no comer, no relacionarse con la gente, especialmente si son acontecimientos en los que hay comida, etc. Estamos ante la sintomatología propia de problemas serios de alimentación como la bulimia y la anorexia.

Así pues, la paradoja continúa, por una parte, parece que la sociedad culpabiliza al obeso de su problema pero, por otra, es también esta sociedad la que, como hemos visto, no facilita sino que promueve, la ganancia progresiva de peso. Pero, ¿puede la persona obesa realmente dejar de serlo con sólo proponérselo?.

¿Puedo moldear mi cuerpo a voluntad?

Como hemos visto, esta es una creencia generalizada. De hecho, en ella se basan la mayoría de las dietas, de los programas de psicología que abordan la obesidad y, en general, de los intentos profesionales y populares de perder peso. En concreto, los primeros tratamientos conductuales se basaron en la idea de que el obeso tenía unas conductas alimentarias distintas del no obeso: Comía más que el no obeso, más rápidamente y respondía más a estímulos externos

asociados con la comida (vista y sabor de los alimentos, sitios y actividades relacionados con el comer, etc.) que a estímulos internos de hambre. En definitiva, el problema de la obesidad funcional (no determinada por causa orgánica concreta) era única y exclusivamente un problema de aprendizaje. El obeso había aprendido a comer mucho y mal y, por tanto, los esfuerzos terapéuticos irían dirigidos a enseñarle a comer con el estilo del no obeso. El optimismo que impulsó estos primeros tratamientos fue poco a poco moderándose. Los tratamientos conductuales conseguían unos logros modestos (pérdidas medias de 5 a 6 kilos) que no eran mantenidos por más de un año (Saldaña y Rossell, 1988).

En definitiva, no se puede sostener que exista un estilo de comer propio del obeso frente al no obeso, sino de diferencias individuales en cuanto a pautas alimentarias y de ejercicio que existen en ambos grupos. Por tanto, se requiere una evaluación individualizada para determinar el peso que dichos factores de aprendizaje juegan en un caso concreto. Por otro lado, estudios biológicos han puesto de relieve la importancia de factores genéticos y biológicos en la obesidad. La teoría del punto fijo de regulación del peso (Keese, 1980) señala la tendencia del organismo humano a mantener su peso dentro de ciertos límites. Expresada de forma simple, se puede decir que el organismo se adapta a las circunstancias para mantener el peso corporal, por ejemplo, si hay restricción calórica autoimpuesta (dietas) o impuesta externamente (períodos de guerra, de hambruna, etc.) el metabolismo se ralentizaría, es como si se volviese tacaño y gastara menos para no adelgazar por debajo del extremo inferior que marca su punto fijo. Cuando las condiciones externas se normalizaran, se tendería a volver al peso que se tenía anteriormente. Estos ciclos de pérdida y ganancia de peso, el llamado efecto yo-yo, favorecería la reducción en tasa metabólica,

lo que haría mucho más difícil volver a perder peso. Sin embargo, como señalan Garner y Wooley (1991) esta hipótesis, verificada en ratas, no lo está plenamente en humanos.

En la misma línea de limitación biológica en los objetivos de peso estaría la teoría de la celularidad adiposa. Según esta teoría, la obesidad puede dividirse en dos categorías: Obesidad hiperplásica e hipertrófica. Los obesos hiperplásicos son aquellos que tienen un mayor número de células adiposas que los no obesos mientras que los hipertróficos serían los que tienen igual número que los no obesos pero sus células son más alargadas. De esta forma, los obesos hiperplásicos tendrían un límite menor de pérdida de peso que los hipertróficos, ya que el número de células adiposas no se puede disminuir, por tanto, adelgazar más allá de estos límites supondría disminuir peligrosamente el tamaño de sus células.

En definitiva, se puede afirmar que la obesidad es un problema complejo, multicausal en el que intervienen factores de aprendizaje, emocionales, socioculturales, genéticos y biológicos. Esto es, el cuerpo tiene sus limitaciones y estas hay que conocerlas y aceptarlas. La creencia errónea de que el cuerpo se puede moldear a voluntad lleva al establecimiento de objetivos no realistas de pérdida de peso. Como señala Brownell (1991b) la no consecución de estos objetivos lógicamente causa sentimientos de fracaso, culpa y baja autoestima que empeoran el problema favoreciendo la ingesta compulsiva. El paciente atribuiría el fracaso no al establecimiento de metas inalcanzables sino a la falta de voluntad o control para conseguir las y, realmente, la voluntad se puede forzar hasta límites que lleven a la inanición. Afortunadamente, me comentaba una paciente bulímica, sólo tenemos la idea irracional de que podemos adelgazar a voluntad, porque si también tuviéramos la idea de que podemos crecer si

nos lo proponemos, nos pasaríamos el día colgados del techo.

Así pues, no se puede moldear el cuerpo hasta los límites que uno quiera, al menos sin dañar la salud. Sin embargo, esto puede llevar al extremo contrario, no realizar ningún esfuerzo para perder peso. Cabría preguntarse aquí hasta qué punto es esto saludable.

¿Es la obesidad perjudicial para la salud?

La obesidad está reconocida como uno de los factores más importantes de riesgo para la salud (OMS, 1988). En concreto, está relacionada con problemas de hipertensión, respiratorios, cardiovasculares, circulatorios, articulaciones y diabetes mellitus, entre otros (Bray, 1985). Este hecho unido al aumento progresivo de la obesidad en los países occidentales, así como su resistencia al cambio y difícil mantenimiento de los logros ha llevado a la proliferación de investigaciones y programas de adelgazamiento. Hasta aquí tiene sentido que se intente combatir la obesidad. El problema empieza cuando se exageran los hechos, de esta forma de la premisa “la obesidad es perjudicial para la salud” se concluye erróneamente que hacer dieta es una actividad saludable. Esto se puede personalizar llegando a la idea irracional de que si uno está obeso no sólo significa, como vimos, que se tiene poca fuerza de voluntad, sino también que se enfermará y, además, será por culpa propia. Vamos a analizar detenidamente por qué esta idea resulta irracional.

En primer lugar, que la obesidad sea un factor de riesgo para la salud no significa que el obeso esté enfermo. Además, incluso como factor de riesgo hay que matizar algunos aspectos. Así en la asociación obesidad-hipertensión más perjudicial que un sobrepeso estable son las oscilaciones en el peso causadas por los intentos reiterados de someterse a dietas estrictas, el comentado

efecto yo-yo, (Lissner, Odell, D'Agostino y col., 1991). Asimismo, en la relación obesidad-trastornos cardiovasculares, se ha señalado, que más que el peso en sí, lo que predispone a este tipo de problemas es la acumulación de la grasa en la zona abdominal. Esta distribución es más frecuente en hombres, distribuyéndose en las mujeres en la zona de caderas, nalgas y muslos (Sjostrom, 1992). De esta forma, paradójicamente, sería la mujer la que menos tendría que estar preocupada por su peso. Sin embargo, esta conclusión podría llevar erróneamente a pensar que la obesidad no es un factor de riesgo para la salud en la mujer. Manson y col. (1990), en un estudio prospectivo, demuestran la inequívoca relación entre obesidad y enfermedades coronarias en mujeres de mediana edad. Un error metodológico que podría explicar la aparente contradicción entre estudios es no especificar el grado de sobrepeso. Evidentemente, no es lo mismo un sobrepeso inferior al 20-30% sobre el peso normal (el que viene marcado por las tablas estandarizadas) a una obesidad o exceso de peso superior a ese porcentaje. En efecto, autores que diferencian el grado de sobrepeso han señalado que un exceso no superior a un 20% puede incluso ser beneficioso. Esto es, se relaciona con mayor longevidad y retrasa la menopausia, representando así un factor de protección para problemas de osteoporosis (Ernsberger y Haskew, 1987; Saldaña y Rossell, 1988). Por otro lado, no cabe duda de que el infrapeso, sobre todo cuando éste se sitúa por debajo del 15% del peso normal como ocurre en el caso de los anoréxicos, puede ser más perjudicial que el sobrepeso. En concreto, en la mujer es necesario que un 18-30% de su peso corporal sea tejido adiposo para producir estrógenos. Esta hormona es fundamental tanto en la conformación y funcionamiento del organismo femenino (aparición de pecho, disminución del vello corporal, ovulación, gestación, etc.) como en la

prevención de enfermedades cardíacas, osteoporosis, regulación de niveles de colesterol, etc.

En resumen, se puede concluir diciendo que no todo sobrepeso es perjudicial para la salud. Las entradas y salidas continuas de dietas estrictas así como la persecución de pesos cada vez más bajos de los normales es mucho más perjudicial física y emocionalmente que el mantenimiento de un sobrepeso moderado estable. Sin embargo, este estado de cosas, así como la tiranía que las dietas puede ejercer especialmente en las mujeres, ha llevado a un movimiento importante en los Estados Unidos de defensores de la anti-dieta. Pasemos a considerarlo.

¿Dieta o anti-dieta?

La obsesión con la consecución de un cuerpo perfecto ha resultado ser un excelente negocio para diversos empresarios y dudosos expertos en dietética. Muchas personas están dispuestas a seguir lo que se le mande, por muy disparatado que sea, con tal de adelgazar. Como se señaló en apartados anteriores es difícil no encontrar dietas adelgazantes en prácticamente todas las revistas de mayor lectura femenina. Generalmente no ofrecen referencias ni siquiera, en muchas ocasiones el nombre de quien la publica pero eso sí, garantizan perder un mínimo de 3 Kg. en una semana si se sigue rigurosamente.

Muchas de las dietas más famosas y, por tanto, más seguidas son auténticas joyas de desequilibrio nutritivo. En la célebre dieta del doctor Atkins (doctor de dudosa procedencia académica), se eliminan los hidratos de carbono, tomando casi exclusivamente alimentos grasos. Esta dieta hace perder kilos rápidamente ya que el organismo, al no tener glucosa a través de la ingesta de hidratos de carbono, utiliza sus reservas de glicógeno para poder seguir realizando sus funciones vitales. Esta desaparición de re-

servas y pérdida de agua asociada puede llegar a comprometer seriamente la salud. Por supuesto, los kilos perdidos así se recuperan con la misma facilidad que se dejaron. La dieta conocida como las tres P porque elimina patatas, pastas y pan sería otro buen ejemplo de la eliminación del nutriente que, según los expertos en nutrición, deberíamos consumir en mayor proporción diariamente. Claro que también está la “dieta de la patata” en la que casi sólo se toman patatas cocidas y sin sal durante una semana. Lógicamente se pierde peso y se gana deshidratación. Existen otras dietas como la de la Clínica Mayo en la que lo prohibido son las proteínas y derivados de la leche pero, eso sí, huevos se pueden comer diariamente todos los que se quiera. También bastantes populares son las llamadas dietas disociadas cuya filosofía es que no engordan los alimentos en sí sino su mala combinación y, por tanto, no se deben mezclar unos con otros. Hasta la fecha, no existe ninguna base científica que apoye dicha creencia, existiendo, sin embargo, el riesgo de disminuir perjudicialmente nutrientes básicos al tener prohibido comerlos junto a otros.

Dietas distintas son aquellas bajas en calorías (debajo de 1.300 calorías diarias), en las que no se prohíben ningún nutriente aunque se consuma muy poca cantidad de algunos de ellos como las grasas o lípidos. Aunque estas dietas puedan ser más sensatas que las citadas anteriormente, deben estar individualmente prescritas y supervisadas por especialistas en nutrición, ya que pérdidas rápidas de peso conllevan riesgos importantes para la salud. Estos van desde malestar general que puede incluir mareos, náuseas, dolores musculares, cefaleas, debilidad y fatiga a cálculo biliar, problemas cardíacos, niveles elevados de ácido úrico, debilitación del sistema inmunológico, debilidad ósea por falta de minerales e incluso muerte (Rothblum, 1990). Aún controlándose este tipo de riesgos el problema princi-

pal que presentan las dietas es que la pérdida de peso conseguida suele volver a recuperarse. Es célebre la frase de Brownell: "Si la cura de la obesidad se define como una reducción en el peso hasta alcanzar el ideal y después mantenerlo durante al menos 5 años, entonces es más probable curarse de casi cualquier tipo de cáncer que de la obesidad" (1982, pág.820).

¿Por qué fracasan las dietas? En primer lugar, como se ha señalado, el concepto de dieta conlleva la noción de temporalidad. Las personas que hacen dieta saben que es una situación transitoria y aversiva de la que desean escapar lo antes posible. La consecuencia lógica es que una vez terminada vuelvan a comer con mayor gusto que nunca, y en mayor cantidad, sus alimentos "prohibidos". Paradójicamente el control facilita el descontrol. A este respecto, existen una serie de estudios llevados a cabo por Herman y Polivy (1980) en los que se demuestra que un grupo de sujetos que restringía su dieta alimentaria después de ingerir dos batidos comían mucho más de una serie de alimentos que se les ofrecía para degustación que después de ingerir sólo uno, ocurriendo lo contrario en sujetos que no solían hacer restricción en la dieta. Esto es, una transgresión en la dieta era interpretada como un fracaso total, la frase popular "de perdidos al río" podría aplicarse aquí.

Como los autores anteriores señalan, habría que estudiar la conducta de los "seguidores de dietas" para sustituir este patrón irregular de alimentación (entrada y salida en dietas) por conductas alimentarias más estables y sanas. De hecho, estos autores han desarrollado ya un programa para ayudar a estas personas a dejar de hacer dietas y aceptar su propio cuerpo (Polivy y Herman, 1992). Como se sabe, la restricción alimentaria es el factor de riesgo más evidente en problemas de anorexia y bulimia.

En segundo lugar, en el fracaso de las dietas no sólo influyen presiones psicológi-

cas sino también biológicas. El organismo ha sido sometido a depivación e intenta compensar, ingiriendo más cantidad de lo usual. Como se comentó en el apartado 5, las reducciones calóricas podrían producir también una reducción de la tasa metabólica con lo que la tendencia al aumento de peso, una vez recuperados los hábitos alimentarios usuales, sería aún mayor que el inicial. En este sentido, parece que el ejercicio durante la dieta podría compensar este efecto al facilitar el incremento del metabolismo basal (Brownell, 1982).

En definitiva, son múltiples los motivos por los que resulta difícil combatir la obesidad. Ante este estado de cosas, una reacción en cierta forma lógica sería la pasividad ante el problema. En los Estados Unidos, se inició en los años 80 una postura de antidieta inspirada, en parte, en movimientos feministas. Respondía a una negativa categórica de la mujer a dejarse manipular por presiones sociales de belleza y un cambio de este objetivo estético por objetivos más intelectuales. El problema fundamental radica de nuevo en la adopción de posturas radicales. Si bien es cierto que el adoptar objetivos no realistas de pérdida de peso e intentar conseguirlo rápidamente a través de dietas severas lleva al fracaso y empeoramiento del problema, no es menos cierto que el abandonarse a aumentos progresivos de peso lleva a graves problemas de bienestar físico y psíquico. Tan perjudicial sería el extremo "la gordura es fea y dañina y uno puede si quiere erradicarla fácil y completamente" como el extremo "la gordura es estupenda y por tanto, ¡bienvenida!". Como señalan Brownell y Wadden (1992), algunos profesionales de la salud están haciendo un flaco servicio a la sociedad al inducir a pensar que todo intento de perder peso está condenado al fracaso. A mi entender, la cuestión principal no está en el planteamiento de esta pregunta sino de los objetivos que queremos conseguir en el tratamiento de la obesi-

dad y de los medios para lograrlos. Esto es lo que se intenta delimitar a continuación.

¿Culto al cuerpo o tiranía? Conclusiones

Efectivamente, el problema principal en esta cuestión de peso es qué queremos perder y a costa de qué. Como se comentó en el apartado 5, la idea irracional de que se podía moldear el cuerpo a voluntad suele llevar al establecimiento de objetivos de pérdidas de peso no realistas. En este sentido, Brownell y Wadden (1992) han aportado la necesaria operatización de tres objetivos distintos de pérdida de peso: Peso ideal, peso razonable y peso saludable. El peso ideal sería aquel que marcan las tablas estandarizadas de peso que, como se comentó en la introducción, suelen ser tomadas como punto de referencia para evaluar el exceso de peso. Hay que notar, sin embargo, que dichas tablas han sido realizadas por compañías de seguros norteamericanas, difiriendo esta población notablemente con la nuestra en cuanto a la constitución física. El peso razonable sería aquel que una persona es capaz de mantener, ya en edad adulta, durante al menos un año. Sería algo así como el peso ideal biológico, esto es, el peso que el organismo, y no comparaciones con muestras norteamericanas, marca. Por último, el peso saludable sería aquel cambio mínimo en el peso que disminuye los índices de algún factor de riesgo para la salud. En este sentido, se ha encontrado que pérdidas modestas (de 5 Kg. o menos) producen reducciones importantes en la presión sanguínea incluso en pacientes con sobrepeso severo (Blackburn y Kanders, 1987). Por tanto, cabría preguntarse qué objetivos son deseables y realistas en los programas de pérdida de peso. Parece que la respuesta es clara: Objetivos de peso razonable. Estos objetivos van a coincidir siempre con los de peso saludable y, en algunos casos con los de peso ideal pero, en otros muchos casos, estará por enci-

ma de éste. La idea es que los objetivos sean realistas y promuevan en todo caso la salud. Esto es, se pretende principalmente adquirir hábitos alimentarios adecuados y estilos de vida menos sedentarios y, como consecuencia, disminución progresiva del peso hasta límites razonables y, sobre todo, prevención del aumento progresivo del mismo.

Con el fin de conseguir el objetivo anterior, los programas cognitivo-conductuales para la obesidad incluyen, además del control estimular que revisamos anteriormente, elementos como: información nutricional, ejercicio físico, soporte social y técnicas cognitivas. Estas técnicas cognitivas están orientadas a conseguir autoaceptación corporal, enfrentamiento con situaciones de alto riesgo que lleven a comer en exceso y, finalmente, afrontamiento de las transgresiones y recaídas con el fin de que no se conviertan en pérdidas totales de lo adquirido (Vera y Fernández, 1986; 1987). Con este último fin, muchos de los programas incluyen sesiones programadas de seguimiento en las que se analizan y se abordan de manera individualizada los problemas nuevos que están encontrando los participantes, siendo estas sesiones piezas claves en el mantenimiento de los logros (Baum, Clark y Sandler, 1991).

A pesar de estas mejorías, la obesidad continua siendo un problema difícil de tratar. Una opinión generalizada entre los profesionales de la salud que trabajan este campo es que la solución al problema de la obesidad radica más que en el tratamiento en la prevención. Prevención a dos niveles, prevención de recaídas, una vez finalizado un programa de tratamiento, en el sentido comentado anteriormente y con la finalidad de que el peso no se vaya ganando progresivamente y prevención primaria, esto es, de la aparición del problema en sí. La idea es que hay que aprender a comer y a comer bien lo antes posible. La adquisición de hábitos alimentarios adecuados y de ejercicio físico en

la infancia es fundamental no sólo para prevenir problemas de obesidad sino también de anorexia y bulimia. El organismo necesita el aporte de los 5 nutrientes básicos: proteínas, hidratos de carbono, grasas o lípidos, vitaminas y minerales. Esto es, no existen alimentos prohibidos, hay que comer de todo aunque en cantidades distintas. La pirámide de los alimentos publicada por Aranceta, Serra, Pérez y Mataix (1995) recoge la proporción en la que se debe consumir cada uno de esos nutrientes. En la base, los hidratos de carbono (pan, arroz, pasta, patatas...), seguidos de verduras, hortalizas y frutas y, después, de la leche y derivados, productos todos de consumo diario; subiendo en la pirámide se encuentra el pescado, huevos y carne, de cada uno de ellos hay que consumir de 2 a 3 raciones semanales de forma alternada; finalmente, las grasas y dulces vienen señalados como consumo ocasional mensual. Tómese nota de la barbaridad nutricional que suponen las dietas en las que se eliminan los hidratos de carbono, de los que hay que consumir 6 ó más raciones diarias.

A pesar de la importancia de la educación nutricional temprana, la realidad es que aún no se ha hecho gran cosa al respecto. Existe un gran desconocimiento en la población en general y en los jóvenes en particular. Así, en el estudio de Sánchez Carracedo (1994), mientras que la preocupación por la dieta y el seguimiento de ella era alta en adolescentes, también se constató como alta la prevalencia de hábitos alimentarios inadecuados. Por ejemplo, los jóvenes comían más copiosamente por la

noche omitiendo, en muchos casos, el desayuno, se picaba "entre horas" y se consumía al hacerlo alimentos ricos en grasas y azúcares.

Concluyendo, a lo largo de este artículo ha quedado de manifiesto cómo las presiones sociales que impone un modelo de belleza cada vez más delgado, plasmado a través de modelos y mises que rozan la anorexia, está llevando a que la población, especialmente los más jóvenes, viva obsesionada con la idea de la obesidad. En otros tiempos, el cuerpo se tiranizaba, sometándolo a ayunos y flagelaciones, con el fin de suprimir lo carnal y pecaminoso y alcanzar, de este modo, la perfección espiritual. Actualmente, el cuerpo se sigue tiranizando igual, sólo cambia el objetivo, ahora se hace en aras de la belleza y la felicidad terrenal, pero en uno y otro caso se puede llegar al mismo resultado: infelicidad y autodestrucción.

La propuesta que surge aquí es la de "culto al cuerpo" pero al propio no al modelo impuesto externamente. Esto es, el objetivo más importante sería el de sentirse bien con él y, a partir de ahí, aprender qué le conviene y cómo podemos mantenerlo ágil y sano. Aprender a comer de forma satisfactoria, disfrutando del placer de hacerlo, y adquirir estilos de vida que incluyan actividades físicas individualmente agradables. El objetivo es ambicioso pero merece la pena si tenemos en cuenta que el cuerpo es el envoltorio que a cada cual le ha tocado y que se va a quedar con nosotros hasta que dejemos de ser, al menos en esta forma visible, por tanto más vale que aprendamos a quererlo y cuidarlo.

Referencias

Aranceta, J., Serra, Ñ., Pérez, C. y Mataix, J. (1995). Objetivos nutricionales y guías dietéticas. En Ñ. Serra, J. Aranceta y J. Mataix

(eds.), *Documento de consenso. Guías alimentarias para la población española* (pp. 127-152). Barcelona: S.G. Editores.

- Andersen, A.E. y DiDominico, 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, 283-287.
- Baum, G.J., Clark, H.B. y Sandler, J. (1991). Preventing relapse in obesity through post-treatment maintenance systems: comparing the relative efficacy of two levels of therapist support. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 287-302.
- Bray, G.A. (1985). Complications of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 103, 1052-1062.
- Brownell, K.D. (1982). Obesity: Understanding and treating a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 820-840.
- Brownell, K.D. (1991a). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22, 1-12.
- Brownell, K.D. (1991b). Personal responsibility and control over our health: When expectation exceeds reality. *Health Psychology*, 10, 303-310.
- Brownell, K.D. y Wadden, T.A. (1992). Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 505-517.
- Burks, R. y Keeley, S. (1989). Exercise and diet therapy: psychotherapists' beliefs and practices. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 62-64.
- 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.
- Collins, M.E. (1991). Body figure perceptions and preferences among adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 199-208.
- Connor-Greene, P.A. (1988). Gender differences in body weight perception and weight-loss strategies of college students. *Women and Health*, 14, 27-42.
- Counts, C.R., Jones, C. Frame, C.L., Jarvie, G.J. y Strauss, C.C. (1986). The perception of obesity by normal-weight versus obese school-age children. *Child Psychiatry and Human Development*, 17, 113-120.
- Ernsberger, P. y Haskew, P. (1987). *Rethinking obesity: an alternative view of its health implications*. Nueva York: Human Science Press.
- Fallon, A. y Rozin, P. (1985). Sex differences in perception of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 102-105.
- Fernández, M.C. y Vera, M.N. (1996). Evaluación y tratamiento de la obesidad. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (comps.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (pp. 281-307). Madrid: Pirámide.
- French, S.A. y Jeffery, R.W. (1994). Consequences of dieting to lose weight: effects on physical and mental health. *Health Psychology*, 13, 195-212.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. y Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483-491.
- Garner, D.M. y Wooley, S.C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*, 11, 729-780.
- Goodman, J.I., Richardson, S.A., Dornbusch, S.M. y Hastorf, A.H. (1963). Variant reactions to physical disabilities. *American Sociological Review*, 28, 429-435.
- 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.
- Hautvast, G.A. y Deurenberg, P. (1987). The risks associated with obesity: epidemiological studies. En A.E. Bender y L.S. Brookes (eds.), *Body weight controls* (pp. 65-71). Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1980). Restrained eating. En A.B. Stunkard (ed.), *Obesity* (pp.309-340). Filadelfia: W.B. Saunders.
- 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.
- Irving, L.M. (1990). Mirror images: effects of standard of beauty on the self- and body-esteem of women exhibiting varying levels of bulimic symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 230-242.
- Keesey, R.E. (1980). The regulation of body weight: A set-point analysis. En A.J. Stunkard (ed.), *Obesity* (pp.105-137). Filadelfia: W.B. Saunders.
- Lissner, L., Levitsky, D.A., Strupp, B.J., Kalkwarf, H.J. y Roe, D.A. (1987). Dietary fat and the regulation of energy intake in human subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 46, 886-892.

- Lissner, L., Odell, P.M., D'Agostino, R.B., Stokes, J., Kreger, B.E., Belanger, A.J. y Brownell, K.D. (1991). Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population. *New England Journal of Medicine*, 322, 882-889.
- Manson, J.E., Colditz, G.A., Stampfer, M.J., Willett, W.C., Rosner, B., Monson, R.R., Speizer, F.E. y Hennekens, C.H. (1990). A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 322, 882-889.
- Organización Mundial de la Salud. (1988). *Octavo programa general de trabajo para el período 1990-1995*. Ginebra: Salud para Todos.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (1992). Undieting: a program to help people stop dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 261-268.
- Raich, R.M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Richardson, S.A., Hastorf, A.H., Goodman, N. y Dornbusch, S.M. (1961). Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review*, 90, 44-51.
- Rothblum, E.D. (1990). Women and weight: fad and fiction. *Journal of Psychology*, 124, 5-24.
- Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Sánchez Carracedo, D. (1994). *Hábitos alimentarios y restricción en jóvenes adolescentes con obesidad y peso normal*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Central.
- Shaw, J. (1995). Effects of fashion magazines on body dissatisfaction and eating psychopathology in adolescent and adult females. *European Eating Disorders Review*, 3, 15-23.
- Sjostrom, L. (1992). Morbidity and mortality of severely obese subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55 (Suppl.), 508S-515S.
- Sobal, J. y Stunkard, A.J. (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 105, 260-275.
- Taras, H.L., Sallis, J.F., Patterson, T.L., Nader, P.R. y Nelson, J.A. (1989). Television's influence on children's diet and physical activity. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10, 176-180.
- Tiggemann, M. y Rothblum, E.D. (1988). Gender differences in social consequences of perceived overweight in the United States and Australia. *Sex Roles*, 18, 75-86.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vera, M.N. y Fernández, M.C. (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martínez Roca. Serie Práctica.
- Williamson, D.A., Davis, C.J., Duchman, E.G., McKenzie, S.J. y Watkins, P.C. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. Nueva York: Pergamon Press.
- Williamson, D.F., Kahn, H.S., Remington, P.L. y Anda, R.F. (1990). The 10-year incidence of overweight and major weight gain in U.S. adults. *Archives of Internal Medicine*, 150, 665-672.

Aceptado el 23 de junio de 1997

