



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Behar A., Rosa

La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 48, núm. 4, diciembre-, 2010, pp. 319-334

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527722007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria

The cultural body building: The paradigm of eating disorders

Rosa Behar A.¹

Background: Ideal body image building is based on values, beliefs and aesthetic patterns characteristic of our western society where eating disorders (ED) emerge. **Objective:** To describe factors related to cultural body building in ED. **Method:** An exhaustive review of the evidence within specialized national and international literature was made. **Results:** Western contemporary beauty model promotes a thin body image, synonym of success, attractiveness and intelligence, mainly seen in the upper social class, emphasized by the media, modeling, publicity and the narcissistic cult of the body, predisposing to ED. Individual factors also contributes to the cultural body building like gender differences (95% of ED cases are females), the predominant identification with the feminine gender role stereotype, the higher prevalence in white ethnic groups, the relevant influence of the family and friends concerning weight, silhouette and food, criticism and bullying from the significant others, the social reinforcement with respect to biological and/or emotional changes in adolescence, perfectionism traits and affiliation to “pro-ana” and “pro-mia” web sites. **Conclusions:** The internalization of sociocultural pressures generates negative and distorted consequences in feminine bodies, especially in adolescents and young adult females in risk to develop ED. Primary prevention and psychoeducative strategies are necessary to manage the media messages focused on body perfection in a healthier style.

Key words: Cultural, Body building, Eating disorders.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (4): 319-334

El cuerpo en el contexto sociocultural occidental y las patologías alimentarias

En las diversas culturas y períodos históricos, la corporalidad ha estado ligada irremisiblemente a lo social y a lo cultural. En nuestra sociedad occidental, la educación tiende a modelar nuestro cuerpo y a ajustarlo a las exigencias y normativas del entorno en que vivimos, adquiriendo el cuerpo una función muy relevante como mediador cultural¹.

Es así como la imagen corporal ideal se va plas-

mando por los valores, creencias y cánones estéticos que promueve cada sociedad; de tal manera, que las últimas décadas del siglo XX y el comienzo del siglo XXI se han caracterizado por un culto total al cuerpo¹.

Es en este marco donde han surgido unas de las patologías más devastadoras que afectan a mujeres adolescentes y adultas jóvenes, como son los trastornos de la conducta alimentaria, de los que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son los tipos principales, cuyas características nucleares

Recibido: 10/04/2010

Aceptado: 3/06/2010

¹ Médico Psiquiatra, Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

gravitan en una motivación por alcanzar la delgadez, llevada a cabo incluso hasta las últimas consecuencias –con inminente peligro vital o franca muerte–, además de una insatisfacción en relación a la silueta corporal que genera una distorsión perceptual en mayor o menor grado de ésta.

Transculturalmente las patologías alimentarias se consideran como síndromes ligados a la occidentalidad² y a sus peculiares significancias valóricas. Las mujeres en Chile no han permanecido ajenas a esta influencia, ya que como país emergente e inmerso en el proceso de la globalización, acusa permanente y forzosamente el influjo proveniente de las naciones tecnológicamente más desarrolladas. De hecho, cabe señalar que estas afecciones, si bien es cierto en nuestro país actualmente no representan aún un problema de salud pública, como se han calificado en Norteamérica y Europa, dado que su frecuencia ha experimentado un alarmante incremento desde las tres últimas décadas, en Chile su tendencia presentacional también ha ido en lento y progresivo aumento. Una investigación exploratoria sobre trastornos del hábito del comer³⁻⁶, demostró que el 18% de jóvenes escolares, el 15% de un grupo de estudiantes universitarias, el 41% de las adolescentes portadoras de un sobrepeso, conjuntamente con 23,4% de las mujeres embarazadas que acudían a controles de atención primaria⁷, se encontrarían en riesgo para desarrollar anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa bajo ciertas contingencias propicias; vale decir, presentaban un desorden parcial o subclínico. En un seguimiento prospectivo de seis años de aquella población⁸, se determinó que aproximadamente el 40% de las sujetos continuó en peligro para desarrollar una afección alimentaria, y, de ellas, alrededor del 27% presentó un cuadro alimentario completo.

Distorsión de la imagen corporal en los trastornos alimentarios

La distorsión de la imagen corporal en los cuadros alimentarios puede oscilar desde un rango leve a severamente delirante. Es un fenómeno que puede ser no detectable o encontrarse latente y aún ausente. Además, su variación parece inde-

pendiente de los cambios ponderales anorécticos y/o bulímicos que exhiba la paciente. Por otro lado, la magnitud de la distorsión se relaciona directamente con el nivel de la restricción alimentaria, con la gravedad de la condición y la intensidad de la negación de la misma. Posee un valor predictor del pronóstico –su persistencia en el curso de la afección ensombrece su evolución–, y representa una condición de recuperabilidad en el desenlace de las patologías alimentarias⁹.

Teorías socioculturales del trastorno de la imagen corporal

Internalización del ideal estético sociocultural

Las teorías socioculturales establecen que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad y masificado por los medios de comunicación, es internalizado por la mayoría de las mujeres de la cultura occidental debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico¹⁰. El ideal estético corporal imperante en la actualidad preconiza que “ser bella es igual a ser delgada”, lo que muchas veces es biogenéticamente difícil de conseguir, facilitando la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, generando de este modo, la insatisfacción corporal¹⁰. Así, la internalización opera como un componente central en el desarrollo de la insatisfacción corporal que ocurre a una edad temprana en algunas niñas¹¹.

Durante los últimos 50 años, las condiciones socioeconómicas y nutricionales han cambiado dramáticamente en todos los países industrializados. Como consecuencia, ha habido un abrupto incremento en la prevalencia de la obesidad. Simultáneamente las presiones sociales y culturales para mantener una silueta corporal delgada han aumentado significativamente¹². Estas presiones sociales se fundamentan en el ejercicio del control corporal favorecido por una amplia oferta de productos dietéticos, gimnasios e innumerables métodos para adelgazar, que se ofrecen persistentemente en el mercado. El paso, por consiguiente, de la disposición a mantener la línea a un trastorno del hábito del comer, es muy sutil y difuso⁴.

Después de la segunda mitad del siglo XX, surge la noción de la “mujer moderna”, de raza blanca, ejecutiva y vanguardista. El precepto de libertad, del ahorro de tiempo y el acceso tecnológico fueron configurando este perfil, más allá de la identidad personal, la postura y la condición social^{10,13}, que se ha ido institucionalizando como una norma, produciendo cuerpos irreales, donde las fronteras entre lo natural y lo artificial, se encuentran totalmente desdibujadas. Un ejemplo patente de esta ficción es el tallaje casi infantil de las vestimentas femeninas.

Factores relacionados con el trastorno de la imagen corporal en los trastornos alimentarios

La alteración de la percepción de la figura corporal en las patologías alimentarias conlleva variados aspectos biopsicosociales.

Los factores socioculturales constituyen unos de los aspectos fundamentales en el desarrollo de los estereotipos corporales. Entre los atributos inherentes que la sociedad y la cultura ostentan se encuentran fundamentalmente: 1) El modelo cultural de belleza de nuestra sociedad occidental contemporánea; 2) Los patrones estéticos; 3) La clase social; 4) El mundo del modelaje; 5) Los medios de comunicación; 6) La publicidad y 7) El culto narcisista al cuerpo.

1) El modelo cultural de belleza de nuestra sociedad occidental contemporánea

Nuestra cultura, caracterizada por un desarrollo vertiginoso de las comunicaciones y del consumo, parece favorecer el bombardeo permanente de mensajes publicitarios dirigidos a crear, exhibir y perpetuar un arquetipo ideal de belleza que debe ser alcanzado. Se ha llegado a conformar un entorno social en el cual se evalúa constantemente el aspecto físico, en desmedro de otros atributos espirituales y/o intelectuales. La coacción mediática es tan ambigua –al confundir y traslapar los conceptos de belleza y éxito– y a la vez tan potente, que resulta muy difícil soslayarla; sobretodo, para aquellas mujeres que pertenecen a los denomi-

nados grupos de riesgo, en los cuales se resalta el cuerpo delgado, tales como modelos, gimnastas, bailarinas, mujeres adolescentes y adultas jóvenes¹¹.

2) Los patrones estéticos y los trastornos alimentarios

El inquietante y mantenido incremento de las patologías alimentarias pareciera estar relacionado con una sociedad en la que se utiliza el cuerpo como un pasaporte al logro de un estatus social, y la figura esbelta se valoriza positivamente como sinónimo de éxito, poder, valía, atractivo e inteligencia. Al mismo tiempo, nuestra cultura homologa negativamente la gordura con enfermedad, fealdad, flojera, incapacidad e ineficiencia, y discrimina a los sujetos con sobrepeso u obesos. Implícita y explícitamente se transmite el mensaje construyendo la noción de delgadez como valor axiomático, auténtico e irrefutable, como objetivo principal, como modelo corporal a perseguir –muchas veces en las pacientes anorécticas y bulímicas a toda costa–, convirtiéndose de este modo en una idea sobrevalorada trascendental: ser delgada es sinónimo de triunfo, éxito personal, profesional y social, demuestra que se ejerce un control sobre sí misma y sobre todo lo demás¹⁴. En otras palabras, ser esbelta es ser una mujer moderna competente y autosuficiente. Por el contrario, no estar delgada, engordar, perder el control del peso, significa fracaso, carecer de la capacidad de agradar, de alcanzar las metas propuestas y de triunfar.

3) La clase social

Se estima que un mayor grado de urbanización parece aumentar la probabilidad de una afección alimentaria¹⁵, ya que llevaría a una mayor exposición al ideal de delgadez a través de los medios al propiciar cambios en hábitos alimentarios, sedentarismo y un mayor número de personas con sobrepeso y obesidad¹⁶.

Los estereotipos estéticos suelen extenderse en las sociedades complejas en sentido descendente, vale decir, de las clases más elevadas a las más bajas. En las sociedades más desarrolladas, hay una relación inversa entre clase social y obesidad. Huenemann¹⁷ verificó que el 11,6% de la

población adolescente femenina de clase baja eran obesas, mientras que en las de clase alta sólo había un 5,4%. En este contexto, Buñuel¹⁸, señala que la relevancia de la apariencia y el ideal de delgadez –que antes se consideraban privativos de las clases altas– han pasado a ocupar un lugar fundamental en todos los niveles socioeconómicos.

Tradicionalmente se acreditaba que los trastornos alimentarios se limitaban a un grupo constituido por mujeres jóvenes, blancas, pertenecientes a una clase social alta, residentes en países ricos, fenómeno que ha sido desmentido por el número creciente de relatos de estas patologías en países en desarrollo y en diferentes etnias^{19,20}.

4) *El modelaje*

El ámbito de la moda, incluyendo modistos, diseñadores y costureras, juega un papel relevante en la preocupación femenina por revelar u ocultar el cuerpo. Los modelos son personajes claves en la difusión y exhibición de los patrones imperantes de siluetas corporales, que llegan masiva y particularmente a adolescentes y adultas jóvenes. Los expertos señalan que entre el 20% y el 30% de estas muchachas sufren trastornos en el comportamiento alimentario²¹. Las así llamadas super modelos (*top models*), representan actualmente un paradigma de autonomía, éxito social y autodeterminación, versatilidad y polivalencia, originado del uso de su cuerpo²², lo que posee además implicancias en las relaciones de género¹.

Garner et al²³, revisaron el peso y la altura de las modelos, de las postulantes y ganadoras del concurso Miss América desde 1959 hasta 1978 y no sólo encontraron una disminución de peso de 3,4 kg, sino también de las dimensiones de pechos y caderas. Wiseman²⁴, replicó este estudio y dedujo que los pesos no sólo han disminuido entre 1979 y 1988, sino que se encuentran entre 13% y 19% por debajo del peso normativo saludable.

4) *Los medios de comunicación y la cultura de la imagen*

Los medios de comunicación promulgan un ideal delgado que genera una insatisfacción corporal²⁵. Los patrones de belleza difundidos por aque-

llos y por la convivencia social, parecen ejercer un efecto impactante sobre las mujeres. La televisión pareciera ser el medio de comunicación de mayor impacto en la difusión de valores y patrones relacionados con la estética de la delgadez²¹.

Silverstein et al^{26,27}, estudiaron las características de los hombres y mujeres que aparecían en televisión durante un mes (139 varones y 82 mujeres), encontrando que 69% de las mujeres entraban en la clasificación de “muy delgado” lo que sólo sucedía en el 17,5% de los hombres que se presentaban en la pantalla. En cuanto a obesos televisivos, los varones constituían el 25,5% y las mujeres el 5%. Por otro lado, 35% de las mujeres tenían menos de 26 años, mientras que en el caso de los hombres tan sólo el 16% contaba con esa edad. Por lo tanto, el modelo suministrado por televisión es el de la mujer sumamente delgada y joven.

5) *La publicidad*

Las imágenes de los medios refuerzan un ideal calificándolo dicotómicamente de aceptable o inaceptable: lo gordo/lo flaco, lo bello/lo feo, lo que está a la moda y lo obsoleto, lo adecuado y lo impropio, lo femenino y lo masculino, etc, y esto va incidiendo frecuentemente en la autoestima. El cine, la fotografía, los reportajes sobre métodos de adelgazamiento contribuyen a determinar el estado de opinión y evaluación corporal. Desde 1980, las investigaciones de Garner y Garfinkel²³ y su equipo sobre contribuciones biológicas, familiares y psicológicas en la aparición de trastornos alimentarios otorgan responsabilidad importante a la publicidad por su impacto potencial de establecer modelos identificatorios.

Toro et al²⁸, analizaron la publicidad en torno a la esbeltez, incluida en 10 revistas femeninas de gran tiraje en España y observaron que uno de cada cuatro anuncios invitaba directa o indirectamente a perder peso. Otro estudio mostró que solamente 9% de los comerciales tiene un mensaje directo sobre la belleza, pero muchos de ellos enfatizan implícitamente su importancia y en particular la femenina, especialmente mujeres jóvenes y niñas. Otro análisis registró que 56% de los comerciales dirigidos a jóvenes mujeres en televisión y 57% en

revistas femeninas y de moda hablaban de la belleza. Silverstein et al²⁷, mencionan investigaciones que destacan que las revistas de mujeres contenían 10,5 veces más artículos relacionados con dietas y pérdida de peso que las masculinas. El 69% de las figuras femeninas de televisión son delgadas y sólo el 5% poseen un sobrepeso.

6) *El culto narcisista al cuerpo*

Algunos autores puntualizan la obsesión narcisista por el cuerpo orientada al esteticismo y consumo. Así, el cuerpo en sí mismo se ha convertido en “símbolo de estatus, juventud, salud, energía y movilidad, una vez que se ha disciplinado por la dieta y los ejercicios convenientes”²⁹. En la actualidad, el perfecto dominio corporal se logra mediante el fomento del autocontrol y la disciplina, cultivados particularmente en los ámbitos de la alimentación, ejercicio físico y deporte, cuidado estético y sexualidad. La relevancia otorgada al cuerpo se refleja especialmente a través de los medios de comunicación, el mundo del espectáculo, el ocio, el deporte y la publicidad, instancias que le adjudican a éste ciertas cualidades como juventud, belleza, sensación de higiene, seducción y aspecto deportivo y que habitualmente es discordante y alejada de lo habitual³⁰.

La cosmetología y la cirugía estética –favorecedora de la aparición de los progresivamente más frecuentes trastornos dismórficos corporales³¹– se encuentran cada vez más ampliamente difundidas. Además, en la actualidad existen numerosos productos alimentarios diferentes al margen de la enorme proliferación de las tecnologías y dietas. También, el ejercicio físico ha dado nacimiento a toda una industria –muy lucrativa– con aparatos, técnicas diversas, videos, ropa y tratamientos adicionales¹. Asimismo, se cultiva una moral del Yo, muy centrada en el trabajo, en el rendimiento y en la producción³²⁻³⁵.

El cuerpo intervenido

A fines del siglo XX y comienzos del siglo XXI, se promueve la fantasía y la sensualidad del cuerpo femenino, mediante el tatuaje, el *piercing* –técnica

que transforma las partes del cuerpo en joyas eróticas y agresivas–; el *branding* –el marcado de la piel con hierro candente–, procedimientos que implican, por una suerte de placer masoquista, un auto castigo o una vía de protesta³⁶⁻³⁸. Hoy en día, la manipulación del cuerpo se ha vuelto más compulsiva y se ha institucionalizado como una norma, produciendo cuerpos irreales con fronteras totalmente desdibujadas entre lo natural y lo que no es. Estas irrerealidades se manifiestan en la ropa de tallajes casi infantiles para un cuerpo eternamente adolescente y en el cuerpo *cyborg*, –un organismo cibernético, un híbrido de máquina y organismo, una criatura de realidad social y también de ficción– manipulado, intervenido, transformado, computarizado, en el cual no se note el crecer o envejecer³⁹, que sigue las tendencias de la globalización y que nos coloca en las categorías estéticas de la fealdad, lo grotesco⁴⁰ y caricaturesco⁴¹.

Factores individuales

Entre los factores individuales que pueden influir en la apreciación de la imagen corporal, se encuentran: 1) Las diferencias genéricas; 2) La feminidad y los trastornos de la conducta alimentaria; 3) El factor étnico; 4) La familia; 5) Las amistades; 6) Las críticas y/o burlas; 7) El desarrollo físico y el reforzamiento social; 8) La adolescencia; 9) El perfeccionismo y 10) Sitios *web* “pro-ana” y “pro-mia”.

1) *Diferencias de género en torno a las actitudes corporales*

Las mujeres en particular, parecen modelarse a sí mismas más basadas en el patrón de belleza actual que los hombres, parecen estar más influenciadas por el ideal de delgadez que sus contrapartes masculinas, están más insatisfechas con su peso y se perciben considerablemente más pesadas de lo que realmente son. Debido a esta percepción, ellas intentan reducir su peso más a menudo que los hombres. Este tipo de insatisfacción con el peso corporal y la excesiva atención colocada a la imagen corporal, especialmente el peso, se consideran factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario⁴².

Drenowski y Yee⁴³ y Andersen⁴⁴ han documentado diferencias sustanciales de género respecto a la percepción del peso actual corporal. De acuerdo a estos estudios, las mujeres adultas se consideran a sí mismas delgadas en menos de 87% del peso saludable. Sin embargo, los hombres, se califican a sí mismos delgados hasta 105% de una norma de referencia ponderal. La mayoría de las mujeres están afligidas en relación a las áreas por debajo sus cinturas, mientras que ellos están más descontentos con las partes superiores de sus cuerpos. Más hombres que mujeres aceptarían un peso normal corporal para la edad y la talla. Por otra parte, las mujeres lesbianas exhiben mayores niveles de estima corporal en relación al atractivo sexual y menores niveles de internalización de los estándares culturales⁴⁵.

2) *Feminidad y trastornos de la conducta alimentaria*

Los clínicos e investigadores aseveran que existe una asociación entre la condición de feminidad como una orientación específica de rol sexual y los trastornos alimentarios. El perfil estereotípico de rol genérico femenino en la mujer con un cuadro alimentario surgiría como eminentemente dependiente, inmaduro, complaciente, con una necesidad de aceptación por terceros que conlleva una baja autovalía, escasa confianza en sí misma y una dificultad en la adquisición de la identidad genérica³⁷.

Behar et al³⁷, compararon mujeres chilenas con patologías alimentarias *versus* estudiantes universitarias sin problemas alimentarios y confirmaron que la condición femenina surge de modo estadís-

ticamente significativo como la categoría principal de identidad genérica de las pacientes (42,9% y 23,8% respectivamente), particularmente entre las anorécticas restrictivas³⁷, mientras que las estudiantes sanas se identificaron especialmente con la categoría andrógina, término cuya relevancia se comentará más adelante. Las pacientes alimentarias se identificaron con el siguiente perfil en el Inventario Bem para Rol Sexual⁴⁶: infantil, temperamental, deseosa de alcanzar una posición, impredecible, celosa, convencional y con sensación de ineficiencia personal. Estas cualidades concuerdan con las características clínicas ampliamente observadas en las anorécticas y bulímicas.

El mismo equipo³⁷ aplicando el EDI (Inventario de Desórdenes Alimentarios)⁴⁷ en una población de mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (grupo TCA), estudiantes de sexo femenino (grupo FST) y masculino sin estos trastornos (grupo MST), observaron que el mayor grado de insatisfacción corporal (IC) lo alcanzaron las pacientes y el menor, los estudiantes varones. Sin embargo, las estudiantes de sexo femenino, por el sólo hecho de ser mujeres, tuvieron un lugar intermedio, además de evidenciar correlativamente una más alta motivación por alcanzar la delgadez corporal, la que fue muy escasa en los sujetos de sexo masculino ($p < 0,001$) (Figura 1).

Evidencia en torno a la androginia

En 1974, Sandra Bem introdujo el concepto de androginia (*Andros*= hombre; *Ginos*= mujer), que validó mediante el Inventario Bem para Rol Sexual.

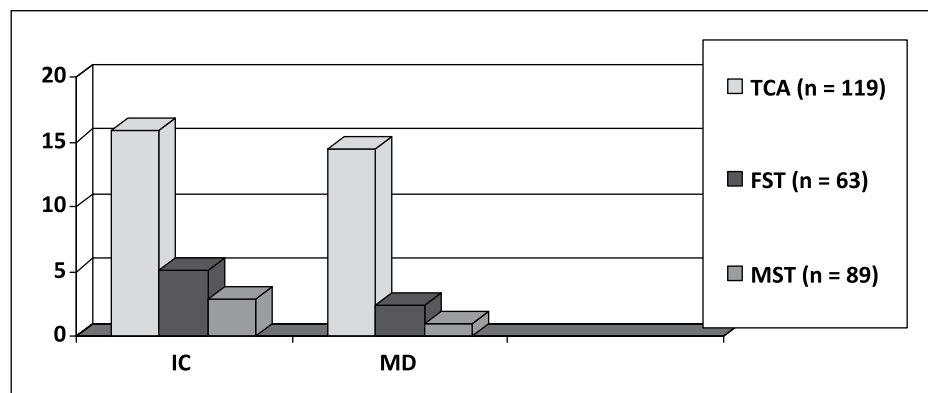


Figura 1. Insatisfacción corporal (IC) y motivación por la delgadez (MD) en pacientes alimentarias (TCA) y estudiantes femeninas (FST) y masculinos (MST) sin estas patologías*.

*Behar et al, 2002.

No denota orientación sexual, vale decir, condición de heterosexualidad u homosexualidad, sino que es una concepción psicosocial. La androginia implica la identificación simultáneamente tanto con los rasgos femeninos como masculinos, en el medio ambiente sociocultural. Los del estereotipo masculino son agresividad, independencia, dominancia, competitividad, actividad, ambición y fácil toma de decisiones, cualidades que son catalogadas socialmente como rasgos esencialmente competitivos y positivos. En cambio, los femeninos han sido considerados básicamente expresivos, inmaduros y negativos por la sociedad, tales como sensibilidad, calma, consciencia de los sentimientos de los demás, necesidad de seguridad, fácil expresión de sentimientos de ternura³⁷.

La persona andrógina puede ser agresiva o condescendiente, fuerte o dócil, sensible o asertiva, como la situación particular lo requiera. Es más adaptable, se comporta de manera apropiada frente a una situación dada –sin importar si la conducta es masculina o femenina. Por ejemplo, las mujeres andróginas cuando están sometidas a presiones, son más asertivas e independientes que las mujeres femeninas. Las mujeres femeninas tienen problemas en ser independientes y asertivas –aún cuando la independencia y la asertividad sean necesarias. En contraste, las personas andróginas son capaces de modificar sus respuestas de acuerdo a sus necesidades y a las demandas de la situación. Bem señala que los sujetos andróginos son más libres, más adaptables y emocionalmente más saludables que aquellos que restringen su conducta a los patrones de los roles sexuales tradicionales³⁷.

Asimismo, existe una creciente evidencia en la literatura acerca de los rasgos andróginos. La androginia parece auspiciar el pensamiento independiente, la acción y la autoestima. Además, se relaciona con una adaptación exitosa y empatía. Es una instancia de una mayor flexibilidad general, asociada a actitudes más liberales hacia la expresión sexual, es predictora de una mayor satisfacción vital, estimula el desarrollo y la mantención de amistades estrechas y positivas, es más deseable para las ocupaciones laborales y es importante para la identidad del YO y el desarrollo moral³⁷.

Las mujeres altamente femeninas poseen más probabilidad de tener límites corporales más débiles que las mujeres andróginas³⁷. Root⁴⁸, puntualiza ciertos “factores protectores” respecto a las afecciones alimentarias (autoestima alta, estabilidad emocional, baja timidez, y énfasis en un cuerpo saludable más que una preocupación por la apariencia) que pueden ser más característicos de las mujeres andróginas.

Grupos de riesgo

La pertenencia a grupos profesionales como deportistas, bailarinas, modelos y nutricionistas refuerza la exigencia de un cuerpo muy delgado, aumentando el riesgo de patologías alimentarias⁴⁹⁻⁵². No está claro si el ambiente tendría una influencia como desencadenante o son personas ya predisuestas a desarrollar un desorden alimentario.

3) El factor étnico

A pesar de la prevalencia inicial más alta de este fenómeno en sociedades postindustriales y occidentales, los trastornos de la alimentación ahora parecen estar distribuidos globalmente. Los datos de poblaciones emergentes sugieren que la migración transnacional y la modernización pueden aumentar el riesgo para estas afecciones y para la insatisfacción corporal, a lo largo de diversos contextos sociales y étnicos⁵³. El ideal de delgadez se da en sociedades donde existe una abundancia y disponibilidad de alimentos y su obtención no representa un problema. Las experiencias históricas y culturales sugieren que el cambio cultural por sí mismo puede asociarse con una vulnerabilidad aumentada para los trastornos alimentarios, especialmente cuando están involucrados los valores estéticos físicos. Tal cambio puede ocurrir a través del tiempo dentro de una sociedad determinada, o a nivel individual, cuando un inmigrante se traslada a una nueva cultura⁵³, en este caso la occidental, ya sea proveniente de Asia, India, Medio Oriente o de cualquier otra cultura no occidental.

En Japón, crecientemente occidentalizado y económicamente próspero, el número de casos de anorexia aumenta de manera impresionante. Este síndrome ha aparecido y está creciendo también en

China, donde se ha propuesto ser calificado como síndrome del cambio cultural⁵⁴⁻⁵⁶. Nasser⁵⁷ realiza diagnósticos médicos psiquiátricos y reporta problemas de anorexia en Egipto desde 1980 y atribuye el incremento de trastornos alimentarios en países pobres a la globalización cultural, en particular al arribo de los medios masivos de comunicación.

En un estudio, Wildes et al⁵⁸, detectó que las estudiantes de raza blanca informaban más alteraciones alimentarias que las no blancas y las diferencias eran mayores al evaluar patología del comer subclínica, como restricción de la dieta, silueta corporal ideal e insatisfacción corporal. Barry y Grilo⁵⁹, destacan que aunque las adolescentes caucásicas informan las cifras más elevadas de alteraciones alimentarias y de imagen corporal, tales preocupaciones, sin embargo, son infrecuentes entre minorías étnicas como las afroamericanas y latinoamericanas⁶⁰.

4) *La familia*

La familia enseña desde muy temprano sus propios parámetros estéticos o comportamentales. La individualización de la presión social por la esbeltez viene dada en muchas ocasiones por el mismo grupo familiar, que comenta –implícita o explícitamente– la importancia de la apariencia delgada, refuerza las conductas de dieta y estimula su seguimiento o rechaza el sobrepeso o la obesidad. La familia de esta manera, exagera el énfasis sociocultural del atractivo, que para las mujeres equivale a la delgadez y se correlaciona con la aparición de trastornos alimentarios. Éstas suelen llevarse a cabo (sobre todo en el caso de las niñas) en colaboración y correspondencia de las madres²¹, en especial aquellas de pacientes alimentarias que tienden a ser más críticas y preocupadas en relación al peso de sus hijas, incentivándolas a hacer dietas⁶¹. Ricciardelli y McCabe⁶², afirman que la presión para perder peso ejercida por la madre es el principal factor predictivo de insatisfacción corporal y de involucrarse en estrategias para modificar el cuerpo en adolescentes de ambos sexos.

5) *Las amistades*

También las amistades tienen un importante papel en el desarrollo de un trastorno de la imagen

corporal. Pueden particularizar para sus amigas los modelos sociales y también exacerbar los defectos de una persona y sus comentarios tendrán una influencia y repercusión mucho mayor que los artículos o anuncios de revistas^{63,64}. McCabe y Ricciardelli⁶⁵, demostraron que para las muchachas adolescentes, las influencias socioculturales y el reforzamiento de la mejor amiga y la madre eran importantes predictores de estrategias de cambios corporales.

6) *Críticas y/o burlas (bullying)*

Varios estudios informan que la frecuencia de bromas predice la insatisfacción corporal y la restricción alimentaria⁶⁶⁻⁶⁸. Las partes del cuerpo o aspectos que son más frecuentemente objetos de burlas son: cara y cabeza (45%), peso (36%) y torso superior (19%), siendo las personas que habitualmente se mofan los hermanos (79%), los pares (62%) y las amistades (47%)⁶⁹.

Centradas en la apariencia durante la infancia, pueden influir sobre la imagen corporal de sí misma en la edad adulta (por ejemplo, “cintura de huevo”, “bola rodante”, “guatona”, “vaca holandesa”, “orejas de Dumbo”, etc.). Thompson⁷⁰, encontró relación entre estas burlas y la aparición de trastornos en la imagen corporal.

7) *El desarrollo físico y el reforzamiento social*

Los cambios físicos de la pubertad pueden provocar preocupación acerca de la apariencia física. Son considerados generalmente grotescos o que les engordan o como una prueba de estar convirtiéndose en personas mayores. Estas modificaciones provocan comentarios de las otras personas, que a su vez influyen la imagen corporal, así como la autoestima. Socioculturalmente las personas catalogadas como más atractivas son más populares, más deseables, equilibradas psicológicamente y más exitosas laboral y académicamente. Produce mayor atención y refuerzo social del entorno y los observadores externos le proporcionan reforzamiento, lo que a su vez afecta al desarrollo individual psicológico del sujeto¹⁴. Por otra parte, la aparición de menarquia precoz o retardada produce en estas

muchachas incomodidad con su corporalidad más o menos desarrollada en relación a sus compañeras o amigas, sintiéndose diferentes y “raras”⁷¹.

En un estudio, más de la mitad de las adolescentes estaban insatisfechas con la forma de sus cuerpos, actitud correlacionada positivamente con el peso corporal. Estaban más incómodas con el excesivo tamaño de sus muslos, caderas, cintura, nalgas y el tamaño inadecuado de su busto, lo que las lleva a presentar conductas más peligrosas para controlar su peso: dietas, ayunos, vómitos auto inducidos, diuréticos, laxantes y píldoras para perder peso. Aproximadamente 1/3 de los muchachos se mostraban insatisfechos con su silueta corporal, deseando brazos, tórax y hombros más grandes. El ejercicio era más frecuente como método de control ponderal. La dieta de los muchachos estaba más asociada con aumento de peso y algunos deportes como lucha⁷².

8) La adolescencia en el contexto de los trastornos alimentarios

La adolescencia se ha mostrado como un período vital estrechamente vinculado a la irrupción de las afecciones alimentarias. La cultura global en general envía, también, a las adolescentes el mensaje de que se las valora y juzga por su cuerpo. Se las anima a compararse con una versión retocada y realzada de una mujer que coincide con el estereotipo, prácticamente inalcanzable, del ideal femenino actual: cuerpo de muchacho con caderas estrechas, brazos estilizados y estómago plano, pechos grandes y una larga melena. Rosenblum y Lewis⁷³, comprobaron que a través de la adolescencia, las muchachas aumentaban, mientras que los muchachos disminuían su insatisfacción corporal y ésta tiene escasa relación con el modo cómo los demás las perciben, pero una vez desarrollada, permanece constante a través de la mayor parte de la adolescencia⁷⁴.

Conclusiones similares han logrado Dunkley et al⁷⁵, que encontraron que en las muchachas adolescentes, la presión para ser delgada percibida, combinada de parte de los medios, pares y padres fue el predictor más fuerte de insatisfacción corporal y los padres lo fueron además de la restricción alimentaria.

Los estudios han demostrado que las muchachas adolescentes tienden a tener una autoestima más baja y más evaluaciones negativas de sus características físicas y habilidades intelectuales que los muchachos⁷⁶. Tanto la presión social (más atención a la estética femenina desde que se es niña) –vestido, peinado, cremas, maquillaje– como las transformaciones biológicas (menstruación) hacen que la mujer tenga que atender más a su cuerpo. En la adolescencia, la autoestima se relaciona mucho con compartir los valores predominantes del propio grupo de edad y este hecho se aplica al propio cuerpo, cuya aceptación dependerá de los valores vigentes en el grupo de pares, ya que de lo contrario se arriesgan a la desaprobación, al descontrol, al fracaso y a ceder a la presión de los padres, etc⁷⁷. En este período, son de relevancia las relaciones de la adolescente con sus pares, en especial por la aprobación o descalificación de parte de ellos. La imagen que la adolescente posee de sí misma se va edificando mediante los vínculos en los cuales los compañeros, amigos, coetáneos, figuras de culto e ídolos, adquieren la representación de modelos y consejeros, contribuyendo conjuntamente de este modo a la adquisición de su identidad. Típicamente surge la necesidad de pertenencia a un grupo con el que se mimetizan e imitan. Buscando su aceptación crea un vínculo con ellos, compartiendo, siguiendo y validando las mismas premisas.

9) Perfeccionismo e insatisfacción corporal

Entre las pacientes con cuadros alimentarios se encuentra como uno de los rasgos principales, el perfeccionismo. Waller et al⁷⁸, indican que éste sería un factor de riesgo para desencadenar una patología alimentaria en presencia de algún grado de insatisfacción general, que en el caso de los desórdenes alimentarios, se centra principalmente en la figura corporal. Behar et al⁷⁹, comprobaron este postulado aplicando el EDI y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40)⁸⁰, en mujeres con trastornos alimentarios *versus* pacientes con sobrepeso y estudiantes universitarias, sin ninguna de estas condiciones. Las universitarias se mostraron como “perfeccionistas satisfechas” y las pacientes alimentarias y con sobrepeso como “perfeccionistas

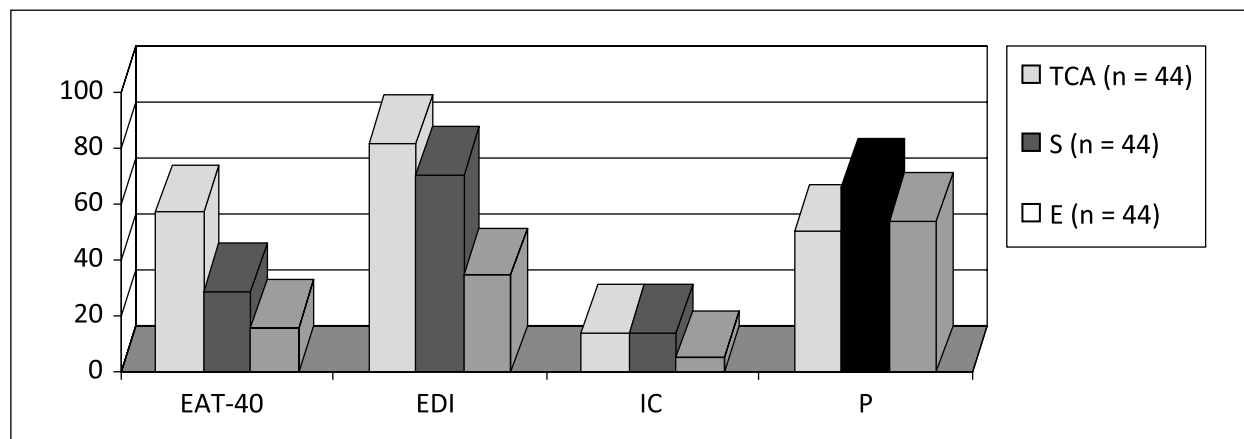


Figura 2. Insatisfacción corporal (IC) y perfeccionismo (P) en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), pacientes con sobrepeso (S) y estudiantes sin estas patologías (E)*. *Behar, 1996.

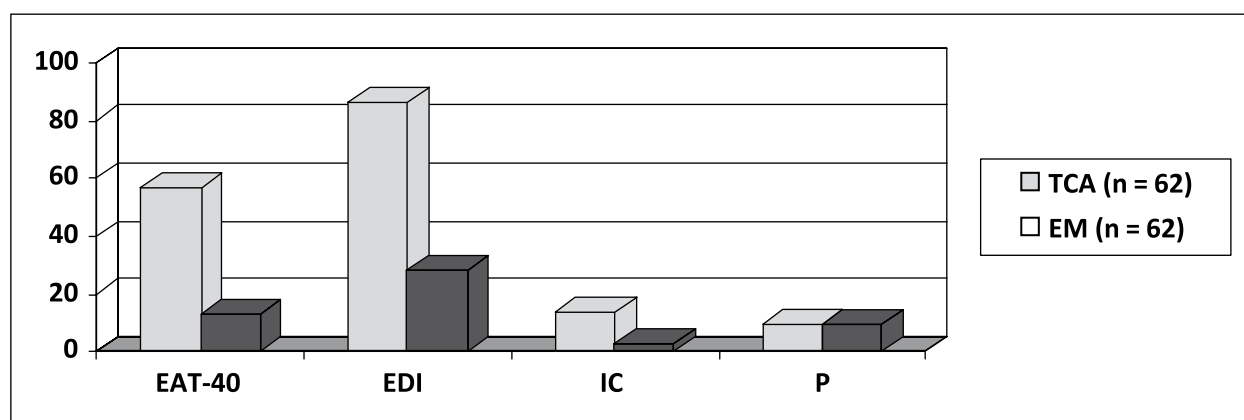


Figura 3. Insatisfacción corporal (IC) y perfeccionismo (P) en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y estudiantes sin patologías alimentarias (EM)*. *Behar et al, 1996.

neuróticas" ($p < 0,001$) (Figura 2), fenómeno que se replicó en otro sondeo efectuado por Behar⁸¹, al confrontar pacientes de sexo femenino con afecciones alimentarias *versus* estudiantes de medicina ($p < 0,001$) (Figura 3).

10) Sitios web "pro-ana" y "pro-mía"

Los sitios de Internet pueden favorecer el acceso a los tratamientos, pero también pueden reforzar ciertos aspectos psicopatológicos de la anorexia nerviosa, tales como ascetismo, competitividad, conductas purgativas y la obsesión por el control⁸². Los términos "pro-ana" y "pro-mía" en Internet, se

refieren a un grupo o subcultura que promueve y apoya la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, respectivamente, como una elección de estilo de vida alternativo más que como un desorden alimentario⁸³. Internet contiene una gran cantidad de material, con sitios *web*, *blogs*, grupos de discusión y enlaces dedicados a la pro-anorexia, que desde la perspectiva médica son considerados como nocivos e inclusive criminales. Como defensa se alega que estos sitios ofrecen a los enfermos una comunidad ante la que pueden expresarse sin sentirse juzgados, aunque sea a costa de disminuir su motivación para curarse. Las agrupaciones "pro-ana" replican

las críticas, presentando como una opción natural la persecución sin límites de la delgadez extrema. Estos sitios incluyen consejos de cómo permanecer anoréxico o ser “mejores”; así como también dan trucos para mantener oculta la condición ante los amigos, el médico y familiares o engañar al hambre, así como tablas calóricas y otros recursos, tales como lemas y frases con los que auto-convencerse de que no es una conducta insana. Exhiben fotos de ellas mismas, al espejo, mostrando los huesos de las caderas (crestas ilíacas) sobresalientes, costillas bien marcadas, vientres planos, esternones claramente visibles. La terminología utilizada incluye expresiones, entre otras, tales como, *thinspiration* (iconos públicos de belleza que las integrantes de los círculos “pro-ana” se han puesto como referencia y modelo a seguir [*thin* = delgado, *inspiration* = inspiración]), *reverse thinspiration* (*thinspiration* inversa que representa la imagen de personas con obesidad patológica o con sobrepeso, calificándola con epítetos denigrantes y declaraciones de repugnancia, recurriendo para ello a frases, poemas, canciones, etc), *wannabes* (del inglés: *want to be* –querer ser) personas que desean ser anoréxicas, pero que no lo son, princesas (apelativo que merecen las que alcanzan la perfección en la extrema delgadez y con que se alientan mutuamente las anoréxicas, “monstruolandia” (nombre que se les da a las chicas obesas), *self-injury* (autolesionarse, práctica que suelen realizar)⁸⁴⁻⁸⁶.

Entre las usuarias de los sitios “pro-ana” y “pro-mía” se encuentra un significativo número de pacientes ya diagnosticadas con cuadros alimentarios. Wilson et al⁸⁷, detectaron que de las pacientes con desórdenes alimentarios 35,5% habían visitado sitios *web* “pro-ana”; de ellas, 96% aprendió nuevos métodos para perder peso y purgar de estos sitios, *versus* 46,4% de las visitantes de sitios anti-anorexia.

Numerosas organizaciones, tales como *The National Eating Disorders Association*, *The Academy for Eating Disorders*, *The National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders*, se han pronunciado abiertamente en contra los sitios “pro-ana” y “pro-mía”, ya que consideran que estimulan y apoyan falsamente a potenciales adolescentes

en riesgo o a aquellas que son portadoras clínicas de algún cuadro alimentario. Este fenómeno de los sitios “pro-ana” y “pro-mía”, ha sido objeto de debate legal y múltiples páginas promocionales de los desórdenes alimentarios ya han sido cerradas. No obstante, aunque muchos proveedores de la red han intentado aplicar políticas para estimular la eliminación de estos sitios, aún continúan apareciendo para la preocupación de familiares y profesionales^{52,71,86, 87}.

Comentarios finales

En la cultura contemporánea las mujeres están imbuidas en la imagen de “mujer liberada” que rinde un culto narcisista y hedonista al cuerpo, que se define como agresiva, asertiva y ambiciosa; características que han pertenecido comúnmente al rol masculino y que son contrarias a sus disposiciones biológicas y psicológicas, produciendo sentimientos de incertidumbre y al mismo tiempo de temor y confusión en el desempeño de su rol de género.

Por otro lado, se otorga una trascendencia desmedida a lo corpóreo, en desmedro de la espiritualidad y/o de la intelectualidad, conduciendo a una verdadera dicotomía cuerpo/alma, que trastoca valores significativos, desvirtuando el auténtico crecimiento individual. Tras esta precaria autoimagen subyace el inmenso poder de las industrias de la dieta, moda, cosmética y belleza, que se han sustentado sobre la enorme inseguridad corporal, la cual aún en el día de hoy padece la mujer, a pesar de todos sus importantes logros históricos reivindicatorios que ha sido capaz de alcanzar en las dimensiones domésticas y públicas.

Concordamos con las conjeturas de Neumark-Sztainer et al⁸⁸ y Sands y Wardle⁸⁹, que preconizan que así como la internalización genera consecuencias negativas en los cuerpos femeninos y crea imaginarios distorsionados, al mismo tiempo puede ser un blanco apropiado para tácticas preventivas, prerrogativa sobre la cual habría que reflexionar seria y profundamente.

Las adolescentes compiten por estar más delgadas como signo de prestigio y estética y del

control sobre su cuerpo que quieren reflejar. Es fundamental el rol que le cabe a la prevención desde un punto de vista médico de estos trastornos, identificando precozmente los grupos de riesgo, estableciendo programas de educación escolar nutricional, alimentaria y de práctica de ejercicios físicos saludables, divulgando ampliamente la información con respecto de estas afecciones a los familiares y la población en general, estimulando el uso más selectivo de los medios de comunicación social que colocan su atención en la figura, lo que favorece enormemente la distorsión de la imagen corporal. Desde la infancia es conveniente enseñar un uso beneficioso de la televisión, aceptar un amplio rango de siluetas corporales, guiar el desarrollo de intereses y habilidades tendientes al éxito sin basarse en su imagen corporal, cuestionar y discutir los valores personales; las figuras de mujeres en medios de comunicación pueden usarse como punto de partida para discutir el papel femenino, mediante ejercicios, fotografías, dibujos, etc, para mejorar la imagen corporal.

Surge urgente entonces, la necesidad de presentar estrategias informativas y de prevención que otorguen más opciones de imágenes corporales en la televisión, la publicidad y en las revistas de

moda y a reducir el número de modelos con extrema delgadez. A la vez, sería preciso encomendar a los medios que deban entrenar a niñas y a jóvenes con las habilidades y herramientas para resistir y manejar positivamente los mensajes mediáticos de perfección corporal, crear conciencia y convencer a las personas que busquen ayuda y consejo, así como proporcionar datos sobre lugares y especialistas donde pueden acudir para obtenerlos.

Finalmente, también sería recomendable enfatizar el alejamiento de la definición estereotipada femenina del rol genérico y el volverse más andróginas, en particular para las mujeres, ya que en la condición de androginia se han destacado ciertos factores beneficiosos y favorecedores para la mujer, que pueden salvaguardarla del peligro de sufrir trastornos de la conducta alimentaria, y, en general para el logro y mantención de su bienestar biopsicosocial, de una manera holística e integralmente armónica¹⁴.

Henry Amiel, filósofo y escritor suizo (1821-1881) recapitula el sentido de su trascendental mensaje en esta sentencia, que como corolario mencionamos: "Tu cuerpo es templo de la naturaleza y del espíritu divino. Consérvalo sano; respétalo; estúdialo; concédele sus derechos".

Resumen

Antecedentes: La construcción de la imagen corporal ideal se basa en valores, creencias y patrones estéticos característicos de nuestra sociedad occidental, en cuyo contexto emergen los trastornos alimentarios (TCA). **Objetivo:** Describir los factores que contribuyen a la construcción cultural del cuerpo en los TCA. **Método:** Se efectuó una revisión exhaustiva de la evidencia en la literatura especializada nacional e internacional. **Resultados:** El modelo de belleza occidental contemporáneo promueve una silueta corporal delgada, sinónimo de éxito, atractivo e inteligencia, observada principalmente en la clase social alta, enfatizada por el modelaje, los medios de comunicación, la publicidad y el culto narcisista al cuerpo, predisponiendo al desarrollo de los TCA. También contribuyen a la construcción cultural del cuerpo, factores individuales, tales como las diferencias genéricas (95% de los casos de TCA afectan a mujeres), la identificación predominante con el estereotipo de rol de género femenino, la mayor prevalencia en la raza blanca, la relevante influencia de la familia y las amistades sobre el peso, silueta y alimentos, las críticas y/o burlas de los otros significativos, el reforzamiento social respecto a los cambios biológicos y emocionales de la adolescencia, los rasgos perfeccionistas y la filiación a los sitios web

“pro-ana” y “pro-mia”. Conclusiones: La internalización de las presiones socioculturales genera consecuencias negativas y distorsionadas en los cuerpos femeninos, especialmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes en riesgo para desarrollar TCA. Son necesarias las estrategias de prevención primaria y psicoeducación para manejar en un estilo más sano los mensajes mediáticos enfocados en la perfección corporal.

Palabras clave: Cuerpo, Cultura, Trastornos de la conducta alimentaria.

Referencias

1. Esteban M. Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2004.
2. Prince R. The concept of culture-bound-syndromes: Anorexia nervosa and brain-fag. Soc Sc Med 1985; 21: 197-203.
3. Behar R, Botero J, Corsi P, Muñoz P. Detección de trastornos del hábito del comer en una población estudiantil de la V Región. Rev Chil Neuro-Psiquiat 1994; 32: 159-65.
4. Behar R. Trastornos del hábito del comer en adolescentes: Aspectos clínicos y epidemiológicos. Rev Med Chile 1998; 126: 1085-92.
5. Behar R, Alviña C, Medinelli A, Tapia P. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la carrera de nutrición y dietética. Rev Chil Nutr 2007; 34 (4): 298-306a.
6. Behar R, Alviña C, González T, Rivera N. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. Rev Chil Nutr 2007; 34 (3): 240-9b.
7. Behar R, González J, Ariza M, Aguirre A. Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. Rev Chil Obstet Ginecol 2008; 73 (3): 155-62.
8. Behar R, Invernizzi M. Evolución a seis años plazo de un grupo de mujeres en riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. Rev Chil Neuro-Psiquiat 1999; 37: 154-61.
9. Bruch H. Eating disorders. Obesity. Anorexia nervosa and the person within. London: Routledge & Kegan Paul, 1974.
10. Raich RM. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Ediciones Pirámide, 2001.
11. Koblenzer C. Psychosocial aspects of beauty: How and why to look good. Clin Dermatol 2003; 21 (6): 473-5.
12. Zipfel S, Lowe B, Herzog W. Eating behavior, eating disorders and obesity. Ther Umsch 2000; 57 (8): 504-10.
13. Madden H, Chamberlain K. Nutritional health messages in women's magazines: A conflicted space for women readers. J Health Psychol 2004; 9 (4): 583-97.
14. Behar R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. En: Montecino S, Castro R, de la Parra MA, editores. Mujeres. Espejos y fragmentos. Antropología del género y salud en el Chile del siglo XXI. Santiago de Chile: C & C Aconcagua, 2003. p. 132-50.
15. Hoek H, Bartelds A, Bosveld J, van der Graaf Y, Limpens V, Maiwald M, et al. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. Am J Psychiatry 1995; 152 (9): 1272-8.
16. Morgan C, Vecchiatti I, Negrao A. Aetiology of eating disorders: Biological, psychological and sociocultural determinants. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24 (Supl III): 18-23.
17. Huenemann R, Shapiro R, Hampton M, Mitchell B. Teen-agers' activities and attitudes toward activity. J Am Diet Assoc 1967; 51: 433-40.
18. Buñuel A. La construcción social del cuerpo de la mujer en el deporte. REIS 1994; 68: 97-116.
19. Nasser M. Screening for abnormal eating attitudes in a population of egyptian secondary school girls. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1994; 29 (1): 25-30.
20. Negrao A, Cordas T. Clinical characteristics and

- course of anorexia nervosa in Latin America, a Brazilian sample. *Psychiatry Res* 1996; 62: 17-21.
21. Mc Phail E. Cuerpo y cultura. *Razón y Palabra* 2002; 25: 1-11.
 22. Soley P. High exposure: A study of modelling and the postmodern self. MA Honours in Cultural History, University of Aberdeen, 1995.
 23. Garner D, Garfinkel P. Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1980; 10: 647-56.
 24. Wiseman C, Gray J, Mosimann J, Ahrens A. Cultural expectations for thinness in women: An update. *Int J Eat Disord* 1992; 11: 85-9.
 25. Groesz L, Levine M, Murnen S. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *Int J Eat Disord* 2002; 31 (1): 1-16.
 26. Silverstein B, Peterson B, Perdue L. Some correlations of the thin standard of bodily attractiveness for women. *Int J Eat Disord* 1986; 5: 895-905a.
 27. Silverstein B, Purdue L, Peterson B, Kelly E. The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles* 1986; 14 (9/10): 519-32b.
 28. Toro J, Cervera M, Pérez P. Body shape, publicity & anorexia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1989; 23: 132-6.
 29. Callinicos A. Los hijos de Marx y de la coca-cola. *Viento Sur* 1993; 11: 77-85.
 30. Le Breton D. *Anthropologie du corps et modernité*. París: Presses Universitaires de France, 1990.
 31. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision. 4 th Edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
 32. Bordo S. Reading the slender body. In: Jacobus M, Fox Keller E, Shuttleworth S, editors. *Body politics. Women and the discourses of science*. London: Routledge, 1990.
 33. Wijsbek H. The pursuit of beauty: The enforcement of aesthetics or a freely adopted lifestyle? *J Med Ethics* 2000; 26 (6): 454-8.
 34. McGrath M, Mukerji S. Plastic surgery and the teenage patient. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000; 13 (3): 105-18.
 35. Sarwer DB, Grossbart TA, Didie ER. Beauty and society. *Semin Cutan Med Surg* 2003; 22 (2): 79-92.
 36. Paquet D. *La historia de la belleza*. Barcelona: Ediciones B S.A., 1998.
 37. Behar R. La identidad de género en la etiopatogenia de los trastornos del hábito del comer. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2004. p. 55-74.
 38. Meland E, Breidablik HJ, Vik LJ, Ekeland TJ. Teenagers with piercing and tattooing. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; 124 (13-14): 1760-3.
 39. Acuña M. Bellas por fuera, bellas por dentro. En: Montecino S, Castro R, de la Parra M, editores. *Mujeres. Espejos y fragmentos. Antropología del género y salud en el Chile del siglo XXI*. Santiago de Chile: C & C Aconcagua, 2003. p. 212-26.
 40. Luna I. Belleza, mujer y psicopatología. En: Correa E, Jadresic E, editores. *Psicopatología de la mujer*. 2ª edición. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2005. p. 47-74.
 41. Behar R. El cuerpo femenino y la belleza en la historia: desde la antigüedad a la contemporaneidad. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p.19-38.
 42. Kiefer I, Leitner B, Bauer R, Rieder A. Body weight: The male and female perception. *Soz Präventiv-med* 2000; 45 (6): 274-8.
 43. Drewnowski A, Yee D. Men and body image: Are males satisfied with their body weight? *Psychosom Med* 1987; 49: 626-34.
 44. Andersen A. Gender-related aspects of eating disorders: A guide to practice. *The Journal of Gender-Specific Medicine* 1999; 2: 47-54.
 45. Share T, Mintz L. Differences between lesbians and heterosexual women in disordered eating and related attitudes. *J Homosex* 2002; 42 (4): 89-106.
 46. Bem S. The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1974; 42: 155-62.6.
 47. Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
 48. Root P. Disordered eating in women of color. *Sex Roles* 1990; 22: 525-36.

49. Sundgot-Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Med Sci Sports Exerc* 1994; 26 (4): 414-9.
50. Lindeman A. Self-esteem: Its application to eating disorders and athletes. *Int J Sport Nutr* 1994; 4 (3): 237-52.
51. Byrne S, McLean N. Eating disorders in athletes: A review of the literature. *J Sci Med Sport* 2001; 4 (2): 145-59.
52. Behar R, Hernández P. Deportes y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Med Chile* 2002; 130: 287-94.
53. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Third Edition. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (7): 1-54.
54. Tsai G. Eating disorders in the Far East. *Eat Weight Disord* 2000; 5 (4): 183-97.
55. Tsai G, Curbow B, Heinberg L. Sociocultural and developmental influences on body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors of Asian women. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191 (5): 309-18.
56. Wang M, Ho T, Anderson J, Sabry Z. Preference for thinness in Singapore a newly industrialised society. *Singapore Med J* 1999; 40 (8): 502-7.
57. Nasser M. Culture and weight consciousness. *J Psychosom Res* 1988; 32 (6): 573-7.
58. Wildes JE, Emery RE, Simons AD. The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2001; 21 (4): 521-51.
59. Barry D, Grilo C. Eating and body image disturbances in adolescent psychiatric inpatients: Gender and ethnicity patterns. *Int J Eat Disord* 2002; 32 (3): 335-43.
60. Vander Wal J, Thomas N. Predictors of body image dissatisfaction and disturbed eating attitudes and behaviors in african american and hispanic girls. *Eat Behav* 2004; 5 (4): 291-301.
61. Gowers S, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 236-42.
62. Ricciardelli L, McCabe M. Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2001; 21 (3): 325-44.
63. Heinberg L, Thompson J. Social comparison: Gender, target importance ratings, and relations to body image disturbance. *J Soc Behav Personality* 1992; 7: 335-44.
64. Stormer SM, Thompson JK. Explanations of body image disturbance: A test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison and sociocultural hypotheses. *Int J Eat Disord* 1996; 19: 193-202.
65. McCabe M, Ricciardelli L. Parent, peer, and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls. *Adolescence* 2001; 36 (142): 225-40.
66. Levine M, Smolak L, Hayden H. The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *J Early Adolesc* 1994; 14: 471-90.
67. Fabian L, Thompson J. Body image and eating disturbance in young females. *J Eat Disord* 1989; 8: 63-74.
68. Paxton S, Schutz H, Wertheim E. Friendship cliques as peer influences on body image attitudes, dietary restraint, extreme weight loss behaviours and binge eating in adolescent girls. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 255-66.
69. Rieves L, Cash T. Social developmental factors and women's body image attitudes. *Journal of Social Behavior and Personality* 1996; 11: 63-78.
70. Thompson J. Body image disturbance: Assessment and treatment. New Cork: Pergamon Press, 1990.
71. Behar R. Corporalidad, sociedad y cultura en la etiopatogenia de las patologías alimentarias. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p. 75-94.
72. Moore D. Body image and eating behavior in adolescents. *J Am Coll Nutr* 1993; 12 (5): 505-10.
73. Rosenblum G, Lewis M. The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child Dev* 1999; 70 (1): 50-64.
74. Chinchilla A. *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas y atracones*. Barcelona: Masson, 2003.
75. Dunkley T, Wertheim E, Paxton S. Examination

- of a model of multiple sociocultural influences on adolescent girls' body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence* 2001; 36: 265-79.
76. Kearney-Cooke A. Gender differences and self-esteem. *J Gend Specif Med* 1999; 2 (3): 46-52.
77. Gismero E. *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas; Madrid, 1996.
78. Waller G, Hamilton K, Shaw J. Media influences on body size estimation in eating disordered and comparison subjects. *British Review of Bulimia Nervosa and Anorexia Nervosa* 1992; 6 (2): 81-7.
79. Behar R. El perfeccionismo en los trastornos del hábito del comer. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1996; 34: 257-62.
80. Garner D, Olmstead M, Bohr I, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Med* 1982; 12: 871-8.
81. Behar R, Botero JC, Corsi P, Rosales R. Insatisfacción corporal en los trastornos del hábito del comer. *Revista de Psiquiatría* 1996; 3-4: 200-4.
82. Abbate Daga G, Gramaglia C, Pierò A, Fassino S. Eating disorders and the Internet: Cure and curse. *Eat Weight Disord* 2006; 11 (2): 68-71.
83. Andrist L. Media images, body dissatisfaction, and disordered eating in adolescent women. *Am J Matern Child Nurs* 2003; 28 (2): 119-23.
84. Brotsky S, Giles D. Inside the "pro-ana" community: A covert online participant observation. *Eat Disord* 2007; 15 (2): 93-109.
85. Giles D. Constructing identities in cyberspace: The case of eating disorders. *Br J Soc Psychol* 2006; 45 (Pt 3): 463-77.
86. Song S. Starvation on the web. *Time* Jul 18 2005; 57.
87. Wilson J, Peebles R, Hardy K, Mulvihill L, Kretschmar A, Litt I. Pro-eating disorder website usage and health outcomes in an eating disordered population. Poster presented at the annual meeting of Pediatric Academic Societies, Washington DC, May 14-17, 2005.
88. Neumark-Sztainer D, Sherwood N, Collier T, Hannan P. Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: Feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *J Am Diet Assoc* 2000; 100 (12): 1466-73.
89. Sands E, Wardle J. Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girls. *Int J Eat Disord* 2003; 33 (2): 193-204.

Correspondencia:

Rosa Behar A.

Departamento de Psiquiatría

Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile

Casilla 92-V. Valparaíso

Fono/Fax: (56) (32) 2508550

E-mail: rositabehar@vtr.net