

Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 18 No. 1

Marzo de 2015

INFLUENCIA SOCIOCULTURAL Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES

Analia Verónica Losada¹, Eduardo Leonardelli² y Martina Magliola³
Pontificia Universidad Católica
Argentina

RESUMEN

Se evaluó la posible asociación entre la influencia que ejercen los agentes y situaciones sociales en el modelo estético corporal y las conductas de riesgo o los rasgos correspondientes a Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres adolescentes escolarizadas pertenecientes a la región metropolitana. La muestra de la investigación estuvo constituida por 71 alumnas mujeres de entre 13 a 18 años de colegios secundarios pertenecientes a Gran Buenos Aires. Los instrumentos administrados fueron: el Examen de Trastornos Alimentarios en su última versión (EDE 16.0); la última edición del Inventario de Desórdenes Alimenticios (EDI-3); y el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-26). Los resultados mostraron que a mayor riesgo de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria, mayor es la sensibilidad a la influencia de estímulos provenientes de agentes y situaciones sociales sobre el modelo estético corporal. En cuanto al CIMEC-26, se observó un puntaje promedio elevado (16,5), inclusive, que gran parte de la muestra, el 38%, presentaba una puntuación mayor al puntaje de corte (15), lo que muestra que las adolescentes son susceptibles a la influencia que agentes y factores

¹Pontificia Universidad Católica Argentina, correo electrónico: analia_losada@yahoo.com.ar

²Pontificia Universidad Católica Argentina, correo electrónico: eleonard@psi.uba.ar

³Esta investigación conforma parte de su Trabajo de Integración Final en la Pontificia Universidad Católica Argentina. Correo electrónico: analia_losada@yahoo.com.ar

socioculturales ejercen sobre su modelo estético corporal. Además, se observa que las adolescente más influenciadas son en promedio casi un año mayores (15 años) que las menos influenciadas (14 años). Por último, las adolescentes sensibles al impacto sociocultural, en relación a lo que piensan o sienten de su propio cuerpo, presentan un IMC normal (media=21.28). Por tanto puede entenderse que no es necesario tener un IMC con sobrepeso para sentir la presión que la sociedad ejerce sobre el modelo estético corporal propio.

Palabras clave: Trastorno de la Conducta Alimentaria; Imagen Corporal; influencia social; Adolescentes.

SOCIAL AND CULTURAL INFLUENCE AND FEEDING BEHAVIOR DISORDERS IN ADOLESCENTS

Abstract: The possible association between the influence of agents and social situations in body aesthetic model and risk behaviors or traits related to eating behavior disorders in adolescent women are educated outside the metropolitan area was evaluated. The research sample consisted of 71 female students aged 13 to 18 years in secondary schools from Buenos Aires. The instruments were administered: the Eating Disorder Examination in its latest version (EDE 16.0); the latest edition of the Eating Disorders Inventory (EDI-3); Questionnaire and Body Aesthetic Influences Model (CIMEC-26). The results showed that the higher the risk for disorders of eating behavior, the more sensitive to the influence of stimuli from agents and social situations on body aesthetic model. Regarding CIMEC-26, a high average score (16.5) was observed, inclusive, that much of the sample, 38%, showed a greater than cut score (15) score, showing that teenage are susceptible to the influence of agents and socio-cultural factors have on their body aesthetic model. Furthermore, it appears that the most impressionable teenager are on average almost one year older (15 years) than less influential (14 years). Finally, sensitive to sociocultural impact, in relation to what they think or feel your own body, adolescents have a normal BMI (mean = 21.28). It can therefore be understood that it is not necessary to have a BMI overweight to feel the pressure that society exerts on the body's own aesthetic model.

Key words: corporal image; social influence;

INTRODUCCIÓN

Existen varios factores que aumentan el riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). El que se propuso evaluar en este trabajo es la presión social a la delgadez, destacando cómo estos trastornos suelen ser, en sí mismos, reflejo y secuelas de los valores e ideales sociales que dominan en cada cultura.

Debido a que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han incrementado notablemente en los últimos tiempos, llegando a ser la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres adolescentes (Hidalgo Vicario y Güemes Hidalgo, 2008) y, al gran poder que puede ejercer la influencia social en el ser humano, es de gran importancia continuar investigando acerca de la prevalencia de estos trastornos en diferentes subpoblaciones y, de los factores de riesgo que las provocan o mantienen.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La Asociación Americana de Psiquiatría ha presentado el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV, 2000) distingue los trastornos alimenticios según diversos criterios que serán explicados a continuación.

Anorexia Nerviosa

El término anorexia nerviosa (AN) deriva del griego. *An* significa *sin* y *orexis*, *apetito*, también definido como el impulso a satisfacer deseos. El adjetivo *nerviosa* tiene directa relación con su etiología psicológica. Es decir que la anorexia es la falta de apetito de origen psicológico (Losada, 2011).

Pueden distinguirse cuatro criterios diagnósticos cuando se habla de AN. Uno de ellos es el miedo intenso a ganar de peso. Además, la persona presenta rechazo a mantener su peso corporal igual o mayor al valor mínimo normal considerado

según su edad y estatura; la presencia de amenorrea, es decir, la ausencia de al menos tres ciclos menstruales y; una alteración de la percepción de su peso, silueta o imagen corporal (DSM IV, 2000). Como fue mencionado, la imagen corporal se encuentra distorsionada y es la fuente de su autoestima (Leonardelli y Losada, 2013). Según el DSM IV (2000) existen dos subtipos correspondientes a este trastorno: el tipo *restrictivo*, que se caracteriza por implementar actos para bajar de peso como son, los ayunos prolongados o los ejercicios físicos intensos, sin recurrir a atracones o purgas. Mientras que, en el segundo subtipo, el *compulsivo purgativo*, el individuo implementa de forma regular atracones o purgas tales como, la provocación del vómito y el uso continuo de laxantes que facilitan la pérdida de peso.

Es así que en la AN puede observarse un perfil clínico caracterizado por: presentar amenorrea, gran temor a engordar, adelgazamiento, alteración de la imagen corporal, rechazo y renuncia a la alimentación, aislamiento social, incremento de actividad física, actos compensatorios inadecuados y, negación de los síntomas (Bagattini, 1998). Además los pacientes presentan baja autoestima, una alteración en los pensamientos relacionados a los alimentos y a su cuerpo, miedo a equivocarse y fallar, desequilibrio emocional, un impulso irrefrenable por mostrarse autosuficientes, ideales de belleza delgados y, el estereotipo cultural en el que viven concibe la delgadez como éxito (Corbella, 1994; Feinstein, 1988; Minuchin, Rosman y Baker, 1989; Mussen, 1985; Papalia; 1998; Sue, 1996). La Asociación Americana de Psiquiatría (2000) observó que, la cantidad de sujetos que pueden padecer la enfermedad, está situada en un 0,5% por 100 mujeres pertenecientes a los Estados Unidos y Europa. Es decir, una mujer de cada 200 padece de AN. Por tanto cabe destacar que es una enfermedad de alta gravedad en la que si bien en sus comienzos se pensó que era característico de clase media y alta y, de áreas urbanas, hoy se concibe como una enfermedad global sin clase social, sexo o edad (Atkins, Dezhkam, Lenoir, Nonbakhth y Silber, 2006).

Bulimia Nerviosa

El vocablo bulimia nerviosa (BN) proviene del griego *bous* que es equivalente a *buey* y, *limos* a *hambre*. Etimológicamente significa *hambre de buey*, un hambre descontrolado, desmedido (Losada, 2011). Según Russell (1979) la BN es un trastorno severo de la ingesta en la que muchos individuos, aunque mayormente mujeres, presentan episodios de voracidad junto con conductas compensatorias como la provocación del vómito, el uso de laxantes, ayunos y frecuente actividad física. Esta voracidad es lo que el DSM IV (2000) define como atracón recurrente, el cual se caracteriza por dos criterios: la ingesta de alimento en un corto plazo de tiempo, superior a la que la mayoría de las personas pueden consumir en un período similar, junto a la sensación de pérdida de control sobre el consumo. Tanto los atracones como las conductas compensatorias que, tienen por fin evitar la ganancia de peso, deben repetirse dos veces por semana durante un plazo de tres meses. Los individuos que padecen dicha enfermedad presentan una alteración en la percepción de su peso y silueta corporal, que influyen exageradamente en la autoevaluación del individuo.

A su vez, El DSM IV (2000) distingue dos subtipos de BN: el de tipo *purgativo*, en el que el individuo que padece la enfermedad se auto-provoca vómitos, usa laxantes, diuréticos, o enemas; y el tipo *no purgativo* en el que las conductas compensatorias se realizan a través de ejercicios físicos y ayunos. Chandler (2007) explica que estos pacientes presentan rasgos de personalidad con fallas en el control de impulsos, autodesvalorización, soledad dolorosa, miedo al abandono, y sensación de vacío. A su vez, sostiene que los actos impulsivos se ven anticipados por una creciente ansiedad e inquietud, junto con el descenso del nivel de conciencia lo que, conlleva a la pérdida de autocrítica de sus conductas. Observó que la persona con BN presenta irregularidades en el comer, con miedo al sobrepeso ya que, su autoestima se relaciona directamente con su silueta, peso y su habilidad para controlarlos. Es por eso que realiza actos compensatorios inadecuados buscando adelgazar, evitando el descontrol o el aumento de peso.

Los pacientes con TCA comparten la sobrevaluación de su cuerpo y figura, es decir que su autoestima dependerá de la evaluación que realicen de su peso, silueta corporal y su capacidad para controlarlos (Fairburn, 2008). A su vez, Losada (2009) sostiene que tanto la BN como la AN comparten rasgos de personalidad depresiva, suelen ocultar el alimento, y son perfeccionistas y obsesivos cuando se trata de bajar de peso. Tanto es así que suelen pesarse constantemente y se preocupan ante cualquier fluctuación normal y cotidiana de su peso. Además, se observó que estos trastornos son contraídos por realizar dietas restrictivas (Raich, 2011).

Sin embargo, la diferencia entre ambos radica en que aquellos con BN en su mayoría son personas de apariencia y peso normal o sobrepeso, suelen tener dificultades para controlar sus impulsos, presentan temor al abandono y autodesvalorización. La AN en cambio, se caracteriza mayormente por el perfeccionismo, la poca espontaneidad en sus emociones y por ser rígidamente autocontroladas (Chandler, 2007; Losada, 2009).

Trastornos Alimentarios No Especificados

Se denomina Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE) a aquellos TCA que no cumplen con los criterios diagnósticos específicos de la AN y BN. Por ejemplo una mujer que muestra tener todos los criterios de una AN pero no presenta amenorrea (Losada, 2011). Rovira et al. (2012) distinguen cinco grupos de TANE: el tipo *restrictivo* con una prevalencia del 14,6% caracterizado por un creciente control sobre los alimentos por temor a engordar manteniendo una menstruación regular. Son fácilmente sugestionables, tienen miedo a ser criticados y rechazados, presentan sentimientos de inferioridad, emocionalidad lábil y superficial. El segundo grupo se denomina *atracones subjetivos* e implica la utilización de conductas compensatorias cuando se ingiere algo no planificado o permitido. En el *síndrome de descontrol alimentario* se observan atracones sin la presencia de conductas compensatorias. Tanto el segundo como el tercer grupo

de TANE suele poseer rasgos de personalidad tipo bordelinde con grandes esfuerzos para evitar el abandono, relaciones interpersonales versátiles y profundas y, fallas en el control de los impulsos. El cuatro grupo se denomina *de baja frecuencia sintomática*. En él se incluyen sujetos con descontrol alimentario y conductas compensatorias con una frecuencia menor a la requerida para ser considerada AN y BN. Los pacientes que *mastican y escupen* grandes cantidades de alimento con el fin de regular su peso y saciar su hambre son agrupados dentro del último grupo.

Trastorno de la Imagen Corporal

Al hablar de los TCA se entiende que los individuos que padecen esta enfermedad presentan una alteración en la percepción de su cuerpo y su peso corporal. Por lo tanto, sufren de un Trastorno de la Imagen Corporal. La imagen corporal es el modo en que la persona siente, percibe y actúa en relación a su propio cuerpo (Rosen, 1995).

Thompson (1990) subraya que la imagen corporal se encuentra integrada por tres componentes. Un componente *perceptual*, basado en la precisión en la que se percibe el cuerpo en su totalidad o diferentes partes de él. Su alteración, es la sobrestimación, es decir, la percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales, lo cual es una característica primordial en los TCA. En un estudio realizado por Thompson y Thompson (1986) se percataron que las mujeres adolescentes tienden a sobrevalorar la cintura, los muslos, mejillas, que son las partes del cuerpo más sobredimensionadas subjetivamente. El segundo componente según el autor mencionado, es el componente *subjetivo*, refiriéndose a las actitudes, sentimientos y cogniciones que evoca el cuerpo como cualquier apariencia física, tales como el peso corporal y el tamaño. Este componente también se ve alterado en los TCA, en el que se encuentra una insatisfacción corporal. Las obsesiones, delirios o ideas sobrevaloradas son ejemplos de este componente. El tercero es el *conductual*, entendiendo a este como las acciones en

respuesta a los sentimientos y a las cogniciones del individuo respecto a su cuerpo.

INFLUENCIA SOCIOCULTURAL

Baron y Byrne (2005) definen la influencia social como el esfuerzo que realiza uno o más individuos para cambiar las actitudes, creencias, percepciones y comportamientos de otras personas. Existen diversos tipos de influencias: la conformidad, la condescendencia, la obediencia a la autoridad y el adoctrinamiento. Se hará hincapié en la conformidad ya que es el tipo de influencia relevante a la problemática planteada en el trabajo.

La conformidad puede ser comprendida como la influencia social en la que los individuos modifican sus actitudes o comportamientos para incorporarse a las normas sociales existentes. Por normas sociales se interpreta las reglas que indican cómo se espera que se comporten las personas en situaciones particulares, y pueden ser tanto explícitas, tales como las leyes de la constitución, o implícitas, como el no acercarse a los desconocidos (Baron y Byrne, 2005).

Ahora bien, los individuos cambian sus actitudes para poder pertenecer a la sociedad, es decir que las personas actúan en conformidad y muchas veces eligen seguir a los demás. Esto se debe a la influencia social normativa, entendiendo a esta como el deseo del individuo que busca agradar a los demás o ser aceptado por los demás; y la influencia social informativa, refiriéndose a que el individuo quiere entender de forma adecuada el mundo social en el que vive (Baron y Byrne, 2005).

La cultura es un estilo de vida que consiste en patrones explícitos e implícitos transmitidos mediante símbolos, conformando el sello distintivo de los grupos humanos. El núcleo de la cultura se compone de ideas tradiciones y valores (Kroeber y Kluckhohn, 1952) que las personas interiorizan y por consiguiente las predispone a obrar de determinada manera (Hofstede, 1999). La cultura es

entonces quien trasmite ideas, valores y tradiciones a los individuos de su sociedad (Baron y Byrne, 2005). Según Raich (2011) todas las sociedades desarrollan ideales de belleza que señalan la meta a alcanzar y que ejercen particularmente su exigencia en la belleza femenina. Por tanto, cabe destacar que la alteración en la percepción de la silueta corporal de los individuos que padecen TCA es, en parte, la incorporación de los ideales y valores culturales. Según Valiente (2009) una persona “es la imagen del cuerpo que posee” (p.9), esto significa que, según el cuerpo que se tiene, se tendrá aprobación social y éxito personal. La carne se ha convertido en lo moralmente valioso para la sociedad.

En la actualidad se habla de la *cultura de la delgadez* en la que los individuos admiran y veneran la delgadez como el objetivo para lograr belleza. Según Fischer (1995, citado en Valiente, 2009) “la única estructura colectiva y uniformemente reconocida como apta para constreñir y regular el comportamiento es el modelo de la delgadez y fealdad de la grasa” (p.8). Puede apreciarse entonces la ironía del hombre en la que antes tenía escasos recursos y por tanto luchaba por sobrevivir con temor a pasar hambre, en cambio, en la actualidad, tiene los alimentos pero teme el consumo excesivo de ellos (Valiente, 2009) lo cual justamente es, en muchos casos, la causa de trastornos alimenticios. Más irónico aún es que el modelo social actual que promueve la delgadez al mismo tiempo alienta conductas contradictorias con ella, como el busto grande (Thompson y Tantleff, 1992).

Por tanto, como se mencionó anteriormente, la cultura se compone de ideas, tradiciones y valores que son transmitidos a los individuos de la sociedad, quienes los interiorizan y consecuentemente actúan de una forma determinada (Fernández y Basabé, 2007; Kroeber y Kluckhohn, 1952). Es decir que el cuerpo que se anhela en esta cultura es enseñado y promovido por ella misma y por los agentes y factores socioculturales que la componen.

Los medios masivos de comunicación y la publicidad son unos de los agentes socioculturales que, según Monferrer (2010), tienen un papel primordial en la

sociedad e influyen continuamente en el *proceso de culturización* ya que produce una serie de efectos sociales y culturales, transmitiendo valores y modelos de conducta (Costa, 2004). Puede observarse que el género femenino es un 90% más proclive a padecer TCA (Allegue, 2009). Una de las razones encontradas es que los medios de comunicación ejercen un mayor énfasis en la realización de dietas y el control de peso en las mujeres, en comparación con los hombres (Stice, Spangler, y Stewart Agras, 2001). Johnston (1996), informa que existe un 10,5% más de artículos de dietas en publicidades femeninas que en masculinas y, que un 69% de personajes de televisión femeninos son delgados y un 5% gordos.

Además, Stice et al. (2001) mencionan que las mujeres con BN manifiestan tener mayor presión para ser delgadas por los medios de comunicación y, a menudo informan que han aprendido técnicas insalubres para reducir y controlar su peso de ellos. Es así que, en la actualidad los individuos se encuentran “bombardeados” de libros, páginas web y videos que enseñan trucos y recetas para adelgazar. Un ejemplo de este tipo de enseñanza es el blog “Princesitas AnA y MiA” iniciado en el 2007 y, cuya autora, que padece de AN, da la bienvenida a las personas que quieran serlo o a aquellas que ya lo sean. Además, en una publicación argumenta que las “AnAs y las MiAs”, refiriéndose a las personas que padecen de AN y BN, son el producto de una sociedad en la que *si no sos delgada, no sos nadie*. Finaliza refiriéndose a la sociedad como hipócrita por llamarlas enfermas mentales cuando es ella misma quien promociona este modelo estético (Princesita 0408, 2007). En otras palabras este blog como muchos otros, es proveedor de métodos para bajar de peso y, surge en consecuencia al ideal de belleza que fomentan los medios de comunicación y publicidad es decir, la cultura del siglo XXI.

Monferrer (2010) manifiesta que este agente sociocultural alimenta la obsesión por el culto al cuerpo y, además, identifica el éxito y la belleza con cuerpos flacos y esqueléticos que inducen a mujeres “muchas de las cuales presentan problemas de inseguridad” a obsesionarse por lograr adquirir ese cuerpo perfecto. Un cuerpo perfectamente cercano a la enfermedad. Ahora bien, la autora mencionada

sostiene que la publicidad ejerce una función social, influyendo a su audiencia, transmitiendo valores e incorporando modelos de conducta en la sociedad.

Si bien es preocupante la cosificación del cuerpo femenino y su “utilización como mero estímulo erótico hacia el público masculino” (Monferrer, 2010, p.204), lo más alarmante es que son las mismas mujeres quienes contribuyen en su propia discriminación ya que, estas publicidades influyen en la audiencia pero, sobre todo, en el público femenino y lo hace susceptible a terminar siendo consumidoras de estos productos que dicen garantizar belleza y, consecuentemente, el éxito (Monferrer, 2010).

Por tanto, este agente sociocultural al cosificar a la mujer, muestra un cuerpo que es percibido como perfecto. De modo que fomenta en las mujeres la alteración de la imagen corporal que tienen, percibiendo su silueta como algo imperfecto que debe corregirse para así ser apreciadas por el género masculino, obtener aceptación y éxito social (Monferrer, 2010). Las mujeres muestran mayor vulnerabilidad a padecer trastornos de la conducta alimentaria pero, según la etapa evolutiva, los adolescentes son aún más proclives a padecer esta enfermedad. Estos trastornos incrementan año a año y es mayor en el grupo de jóvenes debido a la inmensa cantidad de cambios psicológicos, biológicos, la redefinición del rol social y la formación de su identidad (Portela de Santana, Costa Ribeiro Junior, Mora Giral y Raich, 2012).

El adolescente es un ser humano que, habiendo transitado la pubertad, todavía se encuentra en una etapa de formación de su personalidad, capacitación profesional y estructuración de su identidad sexual (Obiols, 1993). Griffa y Moreno (2008) entienden la adolescencia como un momento del ciclo vital en el que la persona se desarrolla y sufre por la magnitud de cambios corporales y psicológicos que ocurren en esta etapa. Es entonces un período de maduración en donde surge la autonomía psicológica y el joven juzga y decide hasta insertarse en la sociedad sin mediación de su familia.

La adolescencia refiere a un momento de transición entre la niñez y la adultez que comienza con los cambios físicos (Myers, 1994). Griffa y Moreno (2008) incluyen la pubertad en la primera fase de la adolescencia que es llamada, adolescencia inicial o baja adolescencia por abarcar entre los 11 y 12 años en las mujeres y los 12 y 13 años de los varones. En esta acontece el desarrollo corporal que venía ocurriendo en la pre-adolescencia e implica el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias. Entre ellos, se encuentra el incremento de hasta el doble del índice de masa corporal (Ausubel, 1965). Sin embargo, estos cambios son asincrónicos, es decir que las partes del cuerpo cambian a un ritmo discrepante, no armónico y, como consecuencia, despierta la preocupación y el temor en el adolescente por terminar siendo demasiado grande o demasiado pequeño, cuando el crecimiento es más bien lento (Griffa y Moreno, 2008).

Con respecto al incremento de masa corporal, se observó que: un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado junto con la presión sociocultural para adelgazar y, la evaluación y equiparación del cuerpo, son factores de riesgo para el desarrollo e implementación de comportamientos que reducen el peso. A su vez, el sobrepeso en la pre-pubertad puede implicar una maduración sexual temprana que, en conjunto, cooperan en la aparición del trastorno bulímico (Portela de Santana et al., 2012). De esta forma se entiende que los cambios abruptos del cuerpo junto con la presión sociocultural son uno de los factores importantes que pueden producir un TCA.

Todos estos cambios del cuerpo implica al adolescente una reelaboración de su esquema corporal es decir, de aquella percepción que el sujeto tiene de su propio cuerpo como resultado de sus experiencias. Durante estas bruscas transformaciones el adolescente siente su cuerpo como ajeno y se sorprende tanto por estas modificaciones como por su falta de coordinación y destreza muscular lo que, en consecuencia, le provoca una pérdida de confianza en el dominio de sus funciones y por tanto en sí mismo (Griffa y Moreno, 2008).

Siguiendo esta idea, Aberastury y Knobel (1971) sostiene que los cambios irreversibles que se le imponen al niño en este momento evolutivo provoca como consecuencia la aceptación, tanto de él como de sus padres, de que el cuerpo infantil se está perdiendo y que nunca se recuperará. Es por eso que dicha autora al hablar de la pubertad, hace referencia al duelo por el cuerpo infantil en el que, el adolescente, es un observador pasivo de sus modificaciones corporales que le son ajenas. Estos cambios son todavía vividos con una mente infantil lo que despierta sentimientos de impotencia frente a esta realidad impuesta. Es así que el pensamiento adquiere una importancia fundamental. Los adolescentes se insertan en actividades más racionales como las de reformas sociales, políticas y religiosas en las cuales no está expuesto como persona física sino como un ser pensante. A través de su pensamiento intenta negar la pérdida de su cuerpo infantil y a la vez no logra el desarrollo de su personalidad adulta. Por lo tanto, la maduración corporal característica de la adolescencia inicial es de suma importancia ya que el adolescente percibe su propio cuerpo como ajeno, algo que no le pertenece, que le provoca sentimientos de inseguridad y disconformidad. Justamente por eso constituye un momento en el que es de suma importancia prestar atención para que no se desencadene un TCA u otra patología. En este sentido, Kaplan (1986) opina que la AN es muchas veces una solución frente a los cambios que le son impuestos al adolescente. Ahora bien, es a través del recurrente contacto con la realidad, con su familia, de quien depende, puede ir elaborando “esa pérdida y aceptando su nueva personalidad” (Aberastury y Knobel, 1971, p.104).

Esta etapa evolutiva no implica únicamente la reelaboración de su esquema corporal sino que, también, la construcción de su identidad, una construcción de su ser. De esta forma para Erikson (2004) la identidad personal implica un desarrollo paulatino desde la concepción y refiere a que el sujeto comienza a conocerse sí mismo y a sus posibilidades. Sin embargo su verdadero ser, aquello más íntimo, lo irá descubriendo a través del pasaje por los ciclos vitales. Fernández Mouján (1974) sostiene que la identidad supone la *mismidad*,

entendiendo por esta al sentimiento que surge de la necesidad de reconocerse a sí mismo. También implica el *ser reconocido por los demás en tiempo y espacio*; y la *continuidad* que parte de la exigencia del Yo de integrarse y lograr ser uno mismo a lo largo del tiempo.

La identidad es definida como la integración entre el ideal de vida para el Yo y aquel aceptado por la sociedad en la que vive el sujeto. El adolescente entonces enfrenta una crisis de identidad dada por tres aspectos: primero por los cambios corporales que son percibidos como ajenos, extraños e incontrolables; segundo porque nota un cambio en su pensamiento, en sus ideas, en comparación a lo que eran anteriormente; y por último, observa que los demás no lo perciben como antes. Por lo que necesita hacer un esfuerzo para obtener respuestas que lo orienten en su proceder (Fernández Mouján, 1974). Es así que según Erikson (1974), el adolescente se encuentra en un proceso de construcción de su ser. Se pregunta quién es, hacia donde va, como puede introducirse en la sociedad, y como ser aceptado por ella. Se busca aquel sentimiento de singularidad personal, de ser uno, de ser diferente al resto pero que, sin embargo, se construye en la interacción con otros.

Ante la indefinición de su ser y las consecuentes preguntas: ¿Quién soy? ¿Quién quiero ser? Que realiza el adolescente en este momento para poder formar su identidad, es sensible y susceptible a la apreciación y evaluación de los demás (Erikson, 1974). Guillen (2003) sostiene que en este momento de cambios el adolescente busca figuras de identificación tales como, sus padres, amigos, instituciones e ideologías. Estas identificaciones son de vital importancia ya que ellas determinaran al sujeto. Es así que pueden representar tanto un peligro como una posibilidad de progreso y oportunidad en su vida. En este sentido, Lidz (1980) identifica que la identidad se conforma por la integración de las identificaciones infantiles y de aquellas nuevas que aparezcan en el trascurso de la vida. Ahora bien, el joven no siempre encuentra figuras de identificación positivas. Muchas veces estas pueden ser figuras de identificación negativa. Esto implica adoptar

una postura negativa e indeseable debido a la carencia de modelos positivos o debido a la presencia de modelos negativos (Erikson, 1974). También puede hasta haber una identificación con el agresor temido (Griffa y Moreno, 2008) en la que, el adolescente, se sintió atacado y en consecuencia percibe que esa es la forma de responder. Es decir que, las identificaciones son cruciales por influir de forma directa en el estilo de identidad que el joven adoptará.

En la pubertad o adolescencia inicial la preocupación gira en torno a lo corporal o emocional, hay una restructuración de la imagen corporal y se busca la comprensión y apoyo por parte de las figuras parentales. En cambio, en la adolescencia media, entre los 15 y 17 años aproximadamente, existe preocupación por la afirmación personal y social, por la capacidad de situarse frente al mundo, por definir su identidad, y por el deseo de afirmar el atractivo social y sexual (Krauskopof, 1999).

Portela de Santana et al. (2012) afirman que la familia ejerce influencia en los adolescentes más jóvenes, mientras que los amigos y los medios de comunicación masivos influyen mayormente en las etapas de adolescencia media y final de la adolescencia.

El grupo de pares es también una figura de identificación que puede promover o perjudicar al sujeto y por tanto es otro agente de riesgo a considerar. Fernández Mouján (1974) define al grupo como un objeto transicional por permitir al adolescente formar parte de una estructura que no es la familia pero que, a pesar de ello, lo cuida de la responsabilidad social a la vez que lo concientiza y humaniza. En este sentido Erikson (1956, citado en Aberastury y Knobel, 1971) habla de la moratoria psicosocial como un tiempo libre para que el adolescente pueda “experimentar con lo que la sociedad tiene para ofrecer, con el fin de permitir la ulterior definición de la personalidad” (p.40).

Knobel (2006) explica que el adolescente en la búsqueda de su identidad, se

dirige al grupo de pares con el que comparte una uniformidad que brinda confianza, valoración y seguridad. Es así que el adolescente traslada aquella dependencia familiar al nuevo grupo que permite el contacto con el mundo externo, la socialización y, a largo plazo, la independencia adulta. Sin embargo, esta independencia o autonomía no es sencilla de lograr. Aberastury y Knobel (1971) habla del duelo por la identidad y rol infantil. Este implica la confusión de roles en el adolescente ya que no puede continuar con la dependencia infantil pero tampoco logra adquirir la independencia adulta. Es por eso que delega en el grupo de pares todas sus responsabilidades y atributos y su pensamiento funciona según una coherencia grupal que le provee estabilidad.

El grupo actúa entonces como una “masa” caracterizada por la uniformidad tanto por la vestimenta como por las ideologías. Los adolescentes, quienes se encuentran en el descubrimiento y construcción de su ser, al identificarse con el grupo se ven influenciados por él. En este sentido Meece (2005) explica como el sujeto en este momento de su vida pasa la mayor parte de su tiempo con sus amigos y por tanto es más susceptible a la presión que ellos ejerzan. Esta presión puede ir desde un estilo de vestimenta, una preferencia musical, actividades sociales pero, también, a la imagen corporal que tenga poniéndolo en riesgo de padecer un TCA. Un ejemplo de esto es el estudio realizado por Hoerr, Bokram, Lugo, Bivins y Keast (2002) a 2000 mujeres universitarias que formaban parte de una hermandad y vivían juntas en una residencia. Observaron que tenían un riesgo particularmente alto de desarrollar trastornos de la alimentación en comparación a los miembros de otra hermandad de mujeres que no vivían juntas. A su vez, los autores Stice et al. (2001), sostienen que existe prevalencia de padecer un TCA cuando el grupo tiene interés por las dietas y una internalización del ideal de delgadez.

Ahora bien, el grupo de pares puede funcionar como figura de identificación y en la fase de adolescencia inicial, se caracteriza por la poca diferenciación entre los miembros del grupo (Knobel, 2006). Pueden verse grupos como las populares, las

deportistas, y los intelectuales. Es entonces cuando el adolescente en búsqueda de definirse a sí mismo, siendo tan vulnerable a la valoración de los demás, puede llegar a realizar conductas desadaptativas, tales como conductas que alteran los hábitos alimenticios, con el fin de pertenecer al grupo socialmente valorado. Según Raich (2011) es indispensable tener en cuenta que aquellos con un cuerpo “no ideal,” y que padecieron burlas de sus compañeros pueden ser conducidos a alteraciones de la imagen corporal y, como consecuencia, tener la probabilidad de padecer TCA. Además, la autora explica cómo ser criticado y desprestigiado puede tener gran efecto en la imagen corporal que la persona tenga. Tal es así que muchas personas preocupadas por su estética afirman haber sufrido burlas desde la niñez. Thompson y Heinberg (1993) observaron la relación entre la influencia de mensajes negativos o burlas y las alteraciones de la imagen corporal y, descubrieron que cuando estos comentarios se referían al cuerpo en particular, surgiría un trastorno alimenticio. Por lo tanto el grupo de pares puede influir en el desarrollo de TCA tanto en el caso de presentar una ideología basada en la delgadez como ideal de belleza o, bien, a través de comentarios negativos, burlas y bromas.

De esta forma, el adolescente puede verse incitado por su grupo de pares a desarrollar conductas alimentarias desadaptativas. A pesar de ello el joven se aferra a él porque le genera la seguridad de que podrá alcanzar lo socialmente valorado (Raich, 2011).

Es así que los blogs “pro” ANA y MIA pueden ser el reflejo del rol que cumple el grupo en la adolescencia. Se generan unas amistades virtuales en las que los participantes de estas páginas terminan apoyándose mutuamente, dándose esperanza para poder lograr la meta final: ser delgada para ser linda. Los blogs permiten la inclusión social a sujetos socialmente aislados y criticados al compartir experiencias personales de forma anónima a través de una computadora (Sansalone y Borda, 2011). Según una investigación científica de Wilson, Peebles, Hardy y Litt (2006) dos de cada tres adolescentes buscaban información en

internet acerca del bienestar físico y cambiaban sus comportamientos alimenticios en base a estos. En este sentido, Botta (1999) sostiene que los jóvenes son más vulnerables a los mensajes de los medios que presentan la delgadez como el ideal ya que buscan activamente información que les permita formar su propia identidad.

A pesar del anonimato de los blogs, entrar en estas páginas de internet producen de acuerdo a Bandone-Cone y Cass (2006), un aumento de la insatisfacción corporal y sentimientos negativos, una autoestima más baja, la predisposición a comparar su cuerpo con el de otras personas, a pensar en el peso y las cantidad de calorías ingeridas diariamente y, a realizar más actividad física.

Ramírez (2008), autora del blog “Ana y Mia en busca de la perfección,” escribe un contrato en el que, seguidoras del blog, se comprometen a realizar conductas desadaptativas para lograr la perfección es decir, la delgadez extrema. Obtienen su “premio” a través del castigo: perder su salud física y psíquica. La unanimidad y el apoyo típico del grupo de pares puede verse en dicho contrato cuando su autora dice: Me comprometo a recurrir a mi hermana Mia y vomitar todo lo que como...Juro que siempre llevaré mi pulsera para identificarme. En caso de ser Ana la pulsera debe ser roja y estar en la mano izquierda o, en caso de ser Mia, morada en la mano derecha. Declaro que de hoy en adelante solo acepto lo que es bueno para mí. Juro que llegare a las últimas consecuencias para llegar a la perfección y si tengo que morir pues entonces lo aceptaré y moriré feliz, con arte, porque soy una princesa. En el nombre de Ana juro nunca romper mi contrato hasta llegar a la perfección (Ramirez, 2008, diciembre 15).

El adolescente se encuentra perdido, desorientado y, como observa Erikson (1974) enfrentando su mayor dificultad: el establecimiento de su identidad. Una construcción de su ser en el momento en que más susceptible es. Busca entonces figuras de identificación por las cuales puede verse influido. Los blogs son entonces tanto un medio de información como un canal para obtener amistades

que validan y, sostienen, la identidad de los sujetos como AN, BN o con un TANE.

Los blogs pro Ana y Mia no son más que un grupo de pares y, como tal, provee un clima empático, de confianza en donde pueden compartir experiencias, sentimientos y otorga seguridad pero, por sobre todas las cosas, genera el sentimiento de pertenencia. El pertenecer a un grupo dador de cierta identidad y abierto ante un pensamiento que la sociedad critica hace que sea sumamente difícil que el adolescente se “corra” de este y busque ayuda profesional (Sansalone y Borda, 2011).

Para finalizar se citará una pequeña reflexión de una adolescente que padece AN. En ella puede verse reflejado el dilema característico de este momento evolutivo y, a la vez, el pensamiento de quien padece este tipo de trastorno: De repente me pongo a pensar, ¿Quién soy?, ¿Quién carajo soy? No sé, puedo decir con absoluta seguridad que no sé, me he perdido entre tantas personalidades, que ya no sé cuál es la verdadera, al final del día me encuentro sola, con mis pensamientos extraños, esa sensación de tener un hueco por dentro que te va consumiendo lentamente, pero al final te escupe, para volverte a consumir, ese nudo que se atora en la garganta, esas ganas de tener a alguien, de abrazarlo, de sentirte cuidada, protegida, no juzgada, con la seguridad de que no te van a tirar de loca, o de puta, o de irracional, o de drogadicta, o de alcohólica, o de anoréxica, o de superficial, o de cualquier otro adjetivo que pueda ocurrírseles, de sentirte amada, sinceramente amada. Con el tiempo uno se da cuenta, que la única persona capaz de darte esa sensación, es uno mismo, que desafortunada o afortunadamente, no depende de nadie más que de TI, y es ahí donde comienzan los problemas (Ramirez, 2013, enero 15).

OBJETIVOS

- Evaluar la posible asociación entre la influencia que ejercen los agentes y situaciones sociales en el modelo estético corporal y las conductas de riesgo o los

rasgos correspondientes a Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres adolescentes escolarizadas pertenecientes a la región metropolitana.

- Evaluar el grado de impacto o influencia que distintos agentes y ambientes (los medios de comunicación, la moda, las relaciones y situaciones sociales) generan sobre el modelo estético corporal de mujeres adolescentes.
- Establecer correlación entre el grado de impacto producido por agentes y situaciones sociales en el modelo estético corporal y la edad de las adolescentes.
- Evaluar la posibilidad de correlación entre el Índice de Masa Corporal de las adolescentes y la sensibilidad a la influencia de estímulos provenientes de agentes y situaciones sociales.
- Determinar el riesgo de padecer un TCA en una muestra de mujeres adolescentes escolarizadas pertenecientes a la región metropolitana.
- Evaluar la existencia de asociación entre: el riesgo de padecer TCA, los rasgos característicos de la patología y la percepción que la influencia sociocultural ejerce en el modelo estético corporal en mujeres adolescentes.

HIPÓTESIS

A mayor riesgo de padecer TCA, mayor será la sensibilidad a la influencia de estímulos provenientes de agentes y situaciones sociales sobre el modelo estético corporal.

MÉTODO

Diseño: Se utilizó un diseño *no experimental*, es decir que se observó los fenómenos en su ambiente natural, sin la manipulación de las variables; es *transeccional* ya que se realizó una única medición en un solo tiempo; y *correlacional* dado que se busca relacionar las variables (Montero y León, 2007).

Muestra: La muestra de la investigación estuvo constituida por 71 alumnas mujeres de entre 13 a 18 años de dos colegios secundarios pertenecientes a Gran Buenos Aires. Para la obtención de la muestra, se enviaron 207 invitaciones a las

familias de adolescentes que concurrían a los cursos secundarios junto con el consentimiento informado (los adolescentes de sexo masculino no se incluyen en este estudio). 71 familias y adolescentes aceptaron participar y dieron su consentimiento. Por tanto, el porcentaje de consentimientos fue del 34.29%. Sin embargo, el número de la muestra se redujo a 69 ya que 2 casos no completaron con la totalidad del procedimiento. Los valores medios encontrados fueron: una altura de 1.57, el IMC de 20.01; el peso actual de 49.38 y la edad media fue de 14.09.

Procedimiento: Con el fin de obtener la muestra de la investigación, se contactó a las autoridades de los colegios ubicados en Bernal, GBA, y se les informó el objetivo y el procedimiento de la misma. Luego se explicó a los alumnos de forma verbal los objetivos de la investigación, la participación voluntaria del mismo y, se garantizó la confidencialidad de los resultados por medio de una carta. A su vez, se entregaron los consentimientos informados para ser firmados por los responsables legales como requisito obligatorio para la participación en la investigación. Se realizaron dos encuentros. En el primero, dos miembros del equipo de investigación administraron de forma presencial y colectiva los instrumentos autoadministrables (EDI-3 y CIMEC-26) junto a un cuestionario para variables demográficas y pautas de alimentación. Las participantes fueron divididas en dos clases provistas por el colegio y supervisadas por los miembros de la investigación. El segundo y último encuentro fue 30 días después. En él, entrevistadores capacitados administraron a cada participante de forma individual la EDE 16.0, con el fin de obtener datos más precisos sobre las conductas de alimentación. Las entrevistas con cada participante tomaron alrededor de una hora. Al comienzo de estas se mencionó nuevamente el modo de devolución de los resultados y se les entregó un recordatorio por haber participado. El procedimiento fue sintetizado en la Tabla 3.

Tabla 3

Fases del trabajo de campo

Contacto con autoridades de los establecimientos educativos

Distribución de cartas de presentación y recepción de consentimientos informados

Distribución presencial y colectiva de instrumentos auto administrables

Entrevistas individuales EDE-16

Devolución a padres en caso de detección de riesgo

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 18.0). En el procedimiento tuvo una duración de 6 meses desde el contacto con las autoridades de los establecimientos educativos y la administración de la EDE-16.0. La devolución a padres, en caso de detección de riesgo, será realizada en el transcurso del año 2014.

Instrumentos de recolección de datos: Los instrumentos administrados en esta investigación fueron: el Examen de Trastornos Alimentarios (*Eating Disorder Examination*, [EDE]) en su última versión, EDE 16.0 (Fairburn, 2008) cuyo objetivo es diagnosticar TCA en el contexto de investigación a partir. Evalúa la frecuencia de conductas y actitudes características de los TCA. Además, arroja cuatro subescalas clave para el diagnóstico de esta patología: *Restricción; Preocupación por la figura; Preocupación con el peso; Preocupación por la ingesta*. El Inventario de Desórdenes Alimenticios (*Eating Disorder Inventory*, [EDI-3]; Garner, 2004), adaptada y validada para la población argentina (Rutzstein et al., 2006) el cual es una medida breve de autoinforme y está diseñada para evaluar el riesgo de desarrollar TCA. Este riesgo se constituye según las preocupaciones que presenta el sujeto con relación a la comida y a la alimentación, de su peso corporal, de su estatura y de la presencia de síntomas conductuales indicativos de un posible TCA (Garner, 2004). Y el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal ([CIMEC-26]; Toro et al., 1994) en su versión española. Esta segunda versión

evalúa, al igual que la primera (CIMEC-40), la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales (Arrufat et al., 2009). El puntaje de corte se sitúa en 15 (Toro et al., 1994), es decir que si se obtiene un puntaje mayor, el sujeto percibe que es susceptible a ser influenciado por ellos (Vázquez Arévalo et al., 2010).

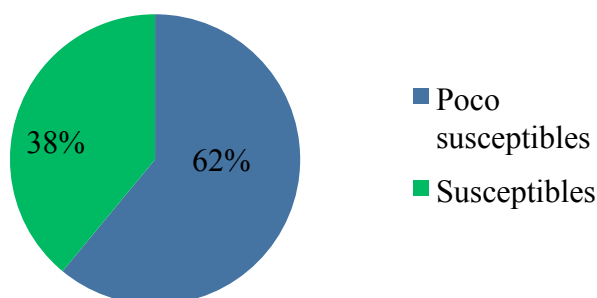
RESULTADOS

Se analizaron los resultados del CIMEC-26 para evaluar el grado de impacto o influencia que distintos agentes y ambientes (los medios de comunicación, la moda, las relaciones y situaciones sociales) generan sobre el modelo estético corporal de mujeres adolescentes.

Es así que se obtuvo un puntaje promedio de 16,5 que se considera como una cifra superior a la del puntaje de corte (15) e implica que las adolescentes se perciben a sí mismas con susceptibilidad a ser influenciada por factores socioculturales. Cabe destacar que, de la totalidad de la muestra, el 38%, presenta un puntaje muy superior al de corte (desde 20 a 39). Es decir que, estas adolescentes son aún más susceptibles a la influencia de estos factores socioculturales y, según la hipótesis planteada, habría mayor posibilidad de presentar riesgo a padecer un TCA. El resultado puede observarse en el Figura 1.

Figura 1

Porcentaje de sujetos que obtuvieron un puntaje total entre 20 a 39 en el CIMEC-26



Mientras que en la pubertad o adolescencia inicial, los adolescentes observan incómodos sus cambios corporales, necesitando una reelaboración de su esquema corporal, en la adolescencia media, su preocupación gira en torno a la afirmación personal y social, a ser deseado social y sexualmente y, a formar parte de la sociedad en la que viven (Krauskopof, 1999).

Para corroborar la hipótesis de que en la adolescencia media los jóvenes son más conscientes de su esquema corporal por buscar la aprobación social y ser deseados sexualmente, se realizó el siguiente análisis. Teniendo en cuenta que 15 puntos del CIMEC significan que el sujeto es susceptible a la influencia que agentes y situaciones sociales ejercen sobre su modelo estético corporal; se distinguieron dos grupos dentro de la muestra ($n=71$) a partir del puntaje obtenido en el CIMEC 26: el grupo de los que superan el umbral de los 15 puntos ($n= 31$), a quienes llamaremos influenciables socialmente (Vázquez Arévalo et al., 2010) y el grupo de los que no los superan ($n= 40$), que, naturalmente son poco o no son influenciables. A continuación, se compararon mediante la prueba t para medias independientes, las medias de las edades de uno y otro grupo que resultaron de 14.58 años y 13,65 años, respectivamente (Tabla 5). Estas medias indican que las adolescente más influenciables son en promedio casi un año mayores que las menos influenciables. La diferencia resulta estadísticamente significativa ($t= -2.057$; $p < .043$).

Por lo que, el análisis parece respaldar empíricamente lo que sostiene la hipótesis mencionada: como a través de los años las adolescentes son más conscientes de su esquema corporal, buscando a través de este, ser aceptadas por la sociedad en la que pertenecen.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de la edad según pertenencia al grupo sobre o bajo el umbral del CIMEC-26 (n=71)

Estadísticos de grupo						
	Ptje. CIMEC sobre el umbral de 15pts.		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad	No		40	13,65	1,748	0,276
	Sí		31	14,58	2,062	0,37

Con el fin de corroborarla hipótesis de que el IMC podría presentar una correlación con la sensibilidad a la influencia de estímulos provenientes de agentes y situaciones sociales, se realizó el siguiente análisis. Se distinguieron dos grupos dentro de la muestra (n=71) a partir del puntaje obtenido en el CIMEC 26: el grupo de los que superan el umbral de los 15 puntos (n= 31), a quienes llamaremos influenciados socialmente y el grupo de los que no los superan (n=40), que, no son influenciados. Luego, se compararon mediante una prueba t para medias independientes las medias del IMC de uno y de otro grupo que resultaron de 21.28 y 18.90, respectivamente (Tabla 7). El resultado del análisis muestra que las adolescentes identificadas como influenciados (a partir del CIMEC-26) presentan una media de IMC dos puntos más elevado que las no influenciados (21.3 VS. 18.9). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($t = -2.81$; $p < .007$).

El análisis de los resultados obtenidos parece comprobar la hipótesis mencionada: según el IMC el sujeto es más o menos proclive a sentirse influenciado o impactado por los agentes y situaciones sociales en relación a lo que piensan o sienten de su propio cuerpo.

Tabla 7

Prueba t para muestras independientes IMC y CIMEC umbral (n=71)

Estadísticos de grupo					
	Ptje. CIMEC sobre el umbral	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
IMC	No	40	18,90	4,25	0,69
	Sí	31	21,28	2,18	0,39

En el transcurso de la investigación se ha estudiado la presión social a la delgadez como uno de los factores que predisponen a correr el riesgo de padecer un TCA. Por tanto el objetivo principal fue evaluar la influencia que ejercen los agentes y situaciones sociales tales como las relaciones y situaciones sociales, los medios de comunicación y la moda - en el modelo estético corporal y su relación con los TCA en mujeres adolescentes.

Con el fin de responder el cuarto objetivo: determinar el riesgo a padecer un TCA en una muestra de mujeres adolescentes escolarizadas pertenecientes a la región metropolitana, se exploró el riesgo de TCA según el EDE-16.

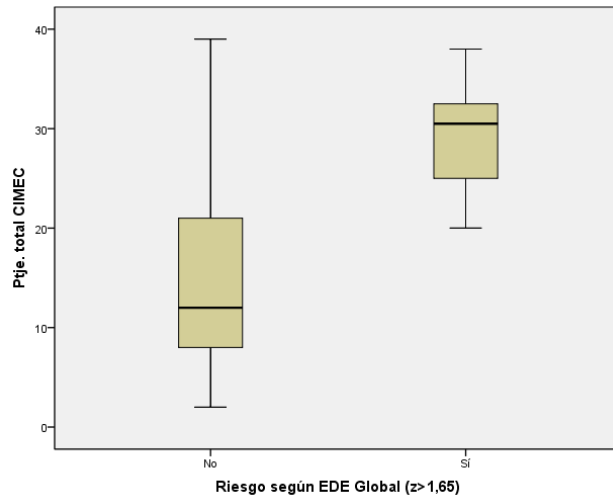
Se tuvo por referencia los parámetros propuestos por Fairburn (2008) en su manual, para identificar el riesgo de padecer un TCA. De esta forma, un puntaje mayor a 1.6 (puntaje compuesto por las cuatro subescalas de riesgo) se considera como riesgo a padecer dicho trastorno. Es así que se encontraron 8 casos (11.59%) que superan la puntuación.

Este resultado parece ser congruente con las usuales distribuciones de riesgo, a diferencia de aquel que se obtuvo del EDI-3. Se buscó corroborar la hipótesis del a través de la correlación entre el puntaje total del CIMEC- 26 y el puntaje global EDE- 16. Para ello, se realizó dos pruebas de una correlación bivariada, P de Pearson y Rho de Spearman, entre el puntaje total del CIMEC-26 y el puntaje global EDE-16 (n=71). En la Figura 3 se observa que ambas pruebas arrojan coeficientes de correlación positiva ($P=Rho= .698$) y que las pruebas estadísticas sobre ellos resultan estadísticamente significativas $p < .00$. A su vez, se destaca que aquellas adolescentes con riesgo a padecer un TCA obtuvieron un puntaje en el CIMEC de entre 20 a 38 puntos, con un desvío estándar de 30 puntos lo que es estadísticamente significativo para la prueba. Mientras que, las adolescentes sin riesgo a padecer un TCA, obtuvieron una desviación estándar menor a 15 puntos, lo cual no cumple con el valor requerido por el CIMEC para ser significativo. De esta forma, se sugiere que a mayor puntaje en el CIMEC, mayor riesgo de padecer una Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Por lo que, el análisis parece respaldar empíricamente lo que sostiene la hipótesis mencionada: a mayor riesgo de padecer TCA, mayor es la sensibilidad a la influencia de estímulos provenientes de agentes y situaciones sociales sobre el modelo estético corporal.

Figura 3

Puntaje total en el CIMEC y según riesgo de TCA determinado por EDE-16



Como fue explicado a lo largo del marco teórico, los sujetos que padecen de TCA presentar temor a engordar, adelgazamiento, renuncia a la alimentación y/o irregularidades en el comer y actos compensatorios inadecuados (Bagattini, 1998; Rovira, 2007).

De esta forma se tuvo por quinto objetivo analizar la posible correlación entre la influencia sociocultural en el modelo estético corporal y: la restricción a los alimentos; la preocupación por comer, por la silueta, el peso; y, el riesgo de padecer TCA.

Es así que, para corroborar el objetivo, se realizaron dos pruebas de una correlación bivariada, P de Pearson y Rho de Spearman, entre el puntaje total del CIMEC-26, el Riesgo según EDE Global y sus subescalas: *restricción*, *preocupación por comer*, *preocupación por la silueta* y *preocupación por el peso*. *Restricción* es la subescala que presenta mayor asociación (.69). Las pruebas resultan estadísticamente significativas $p < .00$.

Por lo tanto se comprueba el objetivo planteado: existe una asociación entre el riesgo de padecer TCA, los rasgos característicos de la patología y la percepción

que la influencia sociocultural ejerce en el modelo estético corporal en mujeres adolescentes.

DISCUSIÓN

El Trabajo de Integración Final tuvo por propósito evaluar la posible asociación entre: la influencia que ejercen los agentes y situaciones sociales en el modelo estético corporal y, las conductas de riesgo o rasgos correspondientes a Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres adolescentes escolarizadas de región metropolitana.

Con este fin se analizaron los instrumentos CIMEC-26 y el EDE-16. Se observó una correlación positiva y significativa entre ambos instrumentos. Por tanto, se comprueba que: a mayor riesgo de padecer un TCA, mayor es la susceptibilidad a la influencia que agentes y situaciones sociales ejercen sobre el modelo estético corporal. El resultado muestra, como sostiene Raich (2011), que todas las sociedades desarrollan ideales de belleza que señalan la meta a alcanzar y que ejercen una exigencia particular en la belleza femenina siendo, consecuentemente, uno de los factores que aumenta el riesgo de padecer TCA.

Por otra parte, se observó que la subescala *restricción* del EDE-16 obtuvo mayor asociación que el resto. Por tanto se concluye que, aquellos sujetos susceptibles a la influencia de factores socioculturales, se abstienen a consumir alimentos o presentan irregularidades en el comer lo cual es, según Rovira (2007), una sintomatología característica de los TCA.

Además, se tuvo por objetivo evaluar el grado de impacto o influencia que distintos agentes y ambientes generan sobre el modelo estético corporal de mujeres adolescentes. Para ello, se analizó el CIMEC-26 y se observó un puntaje promedio elevado (16,5), inclusive, que gran parte de la muestra (38%) presentaba una puntuación mayor a esta. Esto demuestra que las adolescentes

son susceptibles a la influencia proveniente de agentes y factores socioculturales, los que tienen gran impacto sobre su modelo estético corporal. El resultado comprueba que el adolescente, en este momento evolutivo, al no tener una concepción firme sobre sí mismo, buscando la construcción de su identidad y atravesando múltiples cambios corporales y psicológicos, es sensible y susceptible a la apreciación y evaluación que realizan sus figuras de identificación (Erikson, 1974; Guillen, 2003; Portela de Santana et al., 2012).

A su vez, se encontró una correlación positiva entre el grado de impacto producido por agentes y situaciones sociales en el modelo estético corporal y la edad de las adolescentes. A partir del análisis del CIMEC-26 y los datos sociodemográficos, se observa que las adolescente más influenciadas son en promedio casi un año mayores (15 años) que las menos influenciadas (14 años). El resultado corrobora lo que las investigaciones citadas las jóvenes que transitan la adolescencia media se encuentran preocupadas por la afirmación social, buscan situarse frente al mundo y anhelan ser deseadas social y sexualmente. El cuerpo cumple un rol importante para conseguir este objetivo y, es por eso que, son más susceptibles a la influencia que distintos ambientes y agentes sociales ejercen sobre él (Krauskopf, 1999).

Como se mencionó anteriormente, el adolescente se enfrenta a una magnitud de cambios corporales y psicológicos característicos de esta etapa evolutiva (Griffa y Moreno, 2008). Uno de ellos es el incremento de hasta el doble del IMC (Ausbel, 1965). Es por eso que se tuvo por propósito evaluar una posible correlación entre el IMC y el grado de influencia proveniente de ambientes y agentes sociales. A partir del análisis de resultados se observó que las adolescentes sensibles al impacto de agentes y situaciones sociales, en relación a lo que piensan o sienten de su propio cuerpo, presentan un IMC normal (media= 21.28), al igual que aquellas que no mostraron ser influenciadas (media=18.90). Sin embargo, la diferencia entre ambos grupos de adolescentes (los de CIMEC positivos y los negativos) es de dos puntos y, aquellas jóvenes que muestran influenciabilidad,

se acercan más al valor de IMC considerado como exceso de peso (23) según la Organización Mundial de Salud (2007, citado en Food and Nutrition Technical Assistance, 2012) en comparación al grupo que no presentó. Por tanto puede entenderse que no es necesario tener un IMC con sobrepeso para sentir la presión que la sociedad ejerce sobre el propio cuerpo aunque, se observa que sujetos con mayor IMC, son más susceptibles al impacto que agentes y situaciones sociales ejercen sobre su propio cuerpo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A., y Knobel, M. (1971). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
- Allegue, E.O. (2009). *Trastornos de la conducta Alimentaria*. Buenos Aires-Madrid: RV-Kristal.
- Arrufat, F.J., Badia, G., Benítez, D., Cuesta, L., Duño, L., Estrada, M. D., Fernández, F., Franch, J., Lombardia, C., Peruzzi, S., Puig, J., Rodríguez, M. G., Serra, J., Soriano, J. A., Trafach, G., Turrón, V. Voltas, M., et. Al. (2009). *Guía de Práctica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Agencia d' Evaluacio' de Tecnologia.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, EE.UU.: APA.
- Atkins, D., y Silber, T.J. (1993). El espectro clínico de la anorexia nerviosa en los niños. *Diario del desarrollo y comportamiento pediátrico*, 14, 211-216.
- Ausbel, D.P. (1965). *Familia y sexualidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bardone-Cone A. y Cass K. (2006) .Investigating the Impact of pro-anorexia websites: a pilot study. *Eur Eat Disord*, 14, 256-62.
- Baron, R. A., y Byrne, D. (2005). *Psicología social*. Madrid: Pearson Educación.
- Botta, R. (1999). Television images and adolescent girls, body image disturbance. *Journal of Communication*, 49(2), 22-41.
- Chandler, E. (2007). Bulimia Nerviosa: Vano recurso para la supervivencia psíquica. *Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición*, 8 (3), 2-16.
- Cooper, Z., Cooper P.J. y Fairburn, C.G. (1989). The validity of Eating Disorder Examination and its subscales; *British Journal of Psychiatry*, 154, 807-812.
- Corbella, J. (1994). *Descubrir la psicología: Percepción, memoria y atención*. Barcelona: Ediciones Folio.
- Costa, J. (2004). *La imagen de marca, un fenómeno social*. Barcelona: Paidós.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., y Marzolo, P. (2008). Trastornos Alimentarios y Funcionamiento Familiar Percibido en una Muestra de Estudiantes Secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Universidad de desarrollo*, 17(1), 81-90.

- Czubaj, F. (4 de enero, 2006). Buenos Aires, la ciudad con mayor consumo light. *Diario La Nación*. Obtenido el 10 de septiembre del 2013 de <http://www.lanacion.com.ar/769602-buenos-aires-la-ciudad-con-mayor-consumo-light>.
- Durán, V.C., y Agúndez, A. (2013). Influencia de los factores que definen el modelo estético corporal en el bienestar de las mujeres jóvenes afectadas o no afectadas por anorexia y bulimia. *Salud Soc, Brasil*, 22(2) ,468-484.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Erikson, E (2004). *Sociedad y juventud*. Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Fairburn, C.G., y Brownell, K. (2002). *Los Desórdenes Alimenticios y la Obesidad*. Nueva York, EE.UU.: Guilford Press.
- Fairburn, C.G. (2008). *Appendix A: The Eating Disorder Examination, 16.0D, in Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York, EE.UU.: Guilford Press.
- Farrera, S. (2009). *Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Feinstein, S. (1988). *Trastornos de la alimentación*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández Mouján, O. (1974). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, I., y Basabe, N. (2007). *Psicología social y cultura*. (Eds.). Madrid: McGraw-Hill.
- Food and Nutrition Technical Assistance. (2012). *Tablas de IMC y Tablas de IMC para la edad, de niños (as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y Tablas de IMC para adultos (as) no embarazadas, no lactantes mayores de 19 años de edad*. Washington, EE.UU.: USAID.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory– 3 Professional manual*. Odessa, Florida, EE.UU.: Psychological Assessment Resources.
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C., y Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 11, 91-115.
- Griffa, M.C., y Moreno, E. (2008). *Claves para una Psicología del desarrollo*. Buenos Aires: Lugar.

- Guillen, K. G. (2003). Adolescentes y Adultos. Facultad de Educación para el Mejoramiento de la Educación Costarricense. Instituto de Investigación Universidad de Costa Rica. *Actualidades Investigativas en educación*, 3, 1-13.
- Hidalgo Vicario, M.I., y Güemes Hidalgo, M. (2008). Trastornos del Comportamiento Alimentario, Anorexia y Bulimia. *Pediatría Integral*, 11(10), 959-972.
- Hoerr, S. L., Bokram, R., Lugo, B., Bivins, T., y Keast, D. R. (2002). El Riesgo de trastornos de la alimentación se relaciona tanto con el género y con el origen étnico de los estudiantes universitarios. *Diario de American College of Nutrition*, 21, 307-314.
- Hofstede, G. (1999). *Culturas y organizaciones*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Johnston, J.E. (1996). *¿Por qué no me gusta? como dejar de preocuparnos por nuestro aspecto físico*. Barcelona: Paidós.
- Kaplan, L. (1986). *Adolescencia. El adiós a la infancia*. Buenos Aires: Paidós.
- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolesc. Salud*, 1 (2), 23-31.
- Kroeber, A., y Kluckhohn, C. (1952). *Culture: A critical review of concepts and Definitions*. Nueva York, EE.UU.: Vintage Books.
- León, I., y Montero, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Leonardelli, E., y Losada, A. (2013). *Rastrillaje de Trastornos de la conducta alimentaria y exploración hábitos y representaciones de la alimentación en colegios secundarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires*. Proyecto del Programa de Acreditación de Proyectos de Investigación (PROAPI) no publicado. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Pontificia Universidad Católica Argentina.
- Lidz, T. (1980). *La persona*. Barcelona: Heder.
- Losada, A. V. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- Losada, A.V. (2011). *Abuso Sexual Infantil y patologías Alimentarias*. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de psicología y psicopedagogía, Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Meece, J. L. (2002). *El desarrollo de niños y adolescentes para educadores* (2a. ed.). Nueva York, EE.UU.: McGraw Hill.

Minuchin, S., Rosman, B., y Baker, L. (1989). *Familias psicossomáticas: anorexia nerviosa en contexto*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Monferrer, E. (2010). Illicitud de las representaciones degradantes y humillantes del cuerpo femenino en la publicidad. Especial referencia a la anorexia. *Revista Icono14*, 8, 186-207.

Mussen, P. (1985). *Handbook of Child Psychology*. EE.UU.: Wiley.

Obiols, G. (1993). *Adolescencia, postmodernidad y escuela secundaria*. Buenos Aires: Kapelusz.

Papalia, O. (1998). *Desarrollo Humano*. Méjico: Mc Graw-Hill.

Portela de Santana, M.L., Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral M., y Raich R.M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Nutrición hospitalaria*, 27 (2), 391-397.

Princesita 0408 (13 de julio, 2007). *Expresen lo que sienten princesas*. Obtenido el 22 de noviembre del 2013 de http://princesita0408.blogspot.com.ar/2007_07_01_archive.html

Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances de la psicología latino americana*, 22, 15-27.

Raich, R. M. (2011). *Anorexia, Bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Ramirez, A. (15 de diciembre, 2008). *Contrato con Ana*. Obtenido el 15 de noviembre del 2013 de <http://anyprincessforever.blogspot.com.ar/search?updated-min=2008-01-01T00:00:00-08:00updated-max=2009-01-01T00:00:00-08:00ymax-results=13>.

Ramirez, A. (15 de enero, 2013). *Sinceramente amada*. Obtenido el 15 de noviembre del 2013 de <http://anyprincessforever.blogspot.com.ar/search?updated-min=2008-01-01T00:00:00-08:00updated-max=2009-01-01T00:00:00-08:00ymax-results=13>.

- Rovira, B., Chandler, E., Remo, M., y Álvarez, M. (2012). *Sobre 500 casos de trastornos en la conducta alimentaria*. Presentado en Segunda Jornada de Intercambio Académico y de Investigación, Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Russell, G. F. M. (1979). La Bulimia nerviosa un omnis variant de la Anorexia Nerviosa. *Psychological medicine*, 9, 429-448.
- Rutzstein G., Leonardelli E.M., Scappatura M.L., Murawski B.M., Elizathe L., Maglio A.L. et al. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina; *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 4(1), 1-14.
- Sansalone, P., y Borda, T. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en Internet: un estudio exploratorio de los blogs «pro-Ana/Mia» en español. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 57(1), 50- 60.
- Scarpinelli, L. (6 de octubre, 2008). Los productos de bajas calorías ganan mercado en la Argentina. *Diario La Nación*. Obtenido el 10 de septiembre del 2013 de <http://www.lanacion.com.ar/1056606-los-productos-de-bajas-calorias-ganan-mercado-en-la-argentina>.
- Stice, E., Spangler, D., y Stewart Agras W. (2001). Exposure to Media-Portrayed Thin-Ideal Images Adversely Affects Vulnerable Girls: A Longitudinal Experiment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20 (3), 270-288.
- Sue, D. (1996). *Comportamiento anormal*. Méjico: McGraw-Hill.
- Thompson, J.K., y Thompson, C.M. (1986). Body size distortion and self-esteem in asymptomatic, normal weight males and females. *International Journal of Eating Disorders*. 5(6), 1061-1068.
- Thomson, J. K. (1990). *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*. Nueva York, EE.UU.: Pergamon press.
- Thompson, J. K., y Tantleff (1992). Female and male ratings of upper torso: actual, ideal and stereotypical conceptions. *Journal of Social Behavior and Personality*, 7, 345-354.
- Thompson, J.K., y Heinberg, L.J. (1993). Preliminary test of two hypothesis of body Image Disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 14,59-63.
- Toro, J. (1988). Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. *Anuario de psicología*, 38, 26-47.

- Toro, J., Salamero M., y Martinez E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand*, 89, 14-51.
- Valiente, E. (2009). *Trastornos de la conducta Alimentaria*. Buenos Aires - Madrid: RV-Kristal.
- Vázquez, R., Alvarez, G., y Mncilla, J.M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23(6), 18-24.
- Vázquez Arévalo, R., Velázquez Arriaga, G., Aguilar Xóchitl, L., Álvarez Rayón, G., Mencilla Díaz, J. M., Franco Paredes, K., et al. (2010). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencias del modelo estético corporal (CIMEC) en estudiantes mexicanos. *Psicología y Ciencia Social*, 12 (2) ,5-11.
- Waller, G., Calam, R., y Slade, P. (1988). La interacción familiar y los Desórdenes Alimenticios: ¿Están de acuerdo los miembros familiares? *Revisión Británica de Bulimia y Anorexia*, 3, 33-40.
- Whitworth, M. (7 de noviembre, 2011). Victoria's Secret show: ¿Que es lo que se necesita para ser una Victoria's Secret Angel? *The Telegraph*. Obtenido el 10 de septiembredel2013de <http://fashion.telegraph.co.uk/Article/TMG8872623/634/Victorias-Secret-show-What-does-it-take-to-be-a-Victorias-Secret-Angel.html>.
- Wilson J., Peebles R., Hardy K., y Litt I. (2006). Surfing for thinness: a pilot study of pro-eating disorder web siteusage in adolescents with eating disorders. *Pediatrics*, 118(6), 1635-1643.
- Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornari, V., Katz, J., Wisotzky, W., Swencionis, C., et al. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating Disorders*, 11, 89-99.