



Detección en mujeres argentinas de la correlación ilusoria “a mayor delgadez, mayor salud”. Sesgos de atribución y factores psico-sociales asociados por Claudia Inés Bazán se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

**Doctorado en Psicología**

**Universidad de Palermo**

TESIS

*Detección en mujeres argentinas de la correlación ilusoria*

*“a mayor delgadez, mayor salud”.*

*Sesgos de atribución y factores psico-sociales asociados*

Doctoranda: Claudia I. Bazán

Directora: Elena Zubieta

Co-directora: Liliana Ferrari

A Alejandro, mi compañero de toda la vida

a mis padres Dante y Dora

a mis hijos Julia y Federico

## AGRADECIMIENTOS

Universidad de Palermo.

(y por orden alfabético)

Abe, Mitsuko\*; Brajterman, Luis; Prof. Casullo, Martina; Charles, Patricia; Córdoba, Esteban; Ferrari, Liliana; Maganto, Carmen; Mele, Silvia; Prof. Paez, Darío; Prof. Tsuda, Toshitaka\*; Zubieta, Elena.

Al Equipo de Nutricionistas del Hospital Bernardino Rivadavia,

a todas las mujeres que voluntariamente aceptaron colaborar con el estudio empírico,

a mis compañeros y docentes del doctorado,

a mis amigas y amigos.

## **RESUMEN**

La presente investigación se centró en la preocupación excesiva de las mujeres por realizar dietas hipocalóricas y en la creencia ilusoria ‘a mayor delgadez, mayor salud’, lo cual se relaciona con el ideal estético vigente de extrema delgadez. Se realizó un estudio de tipo descriptivo-correlacional, multifactorial, útil para descubrir tendencias. La unidad de análisis fueron mujeres argentinas jóvenes y adultas mayores de 17 años, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el conurbano Bonaerense. Los datos de esta investigación mostraron que casi la mitad de las mujeres entrevistadas decía estar haciendo dieta en el momento de la encuesta. Sin embargo, cuando se indagó acerca del consumo de alimentos, las respuestas fueron paradójales: las mujeres hacen dieta al mismo tiempo que consumen alimentos que ‘engordan’. Sin embargo, a correlación ilusoria que identifica a la delgadez y los alimentos dietéticos con la salud estuvo presente en la mayoría de las entrevistadas. Además se realizó una comparación parcial con mujeres japonesas. Unas y otras, gustan y consumen más alimentos no dietéticos, y sólo las argentinas consideran a los alimentos dietéticos más saludables.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: PROCESOS SOCIOCOGNITIVOS</b>	<b>8</b>
<b>1. REPRESENTACIONES SOCIALES</b>	<b>8</b>
<b>2. ATRIBUCIONES SOCIALES</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Optimismo ilusorio y percepción de riesgo</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO II: LA DIETA Y EL CUERPO EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL</b>	<b>24</b>
<b>1. LA DIETA Y EL CUERPO COMO CONCEPTOS HISTÓRICOS</b>	<b>24</b>
<b>2. EN LA MODERNIDAD</b>	<b>27</b>
<b>3. EN LA POSMODERNIDAD</b>	<b>31</b>
<b>4. LA IMAGEN CORPORAL COMO PRODUCTO SOCIOCULTURAL</b>	<b>34</b>
<b>4.1 El componente cognitivo de la imagen corporal</b>	<b>34</b>
<b>4.2 Trastornos de la Imagen Corporal</b>	<b>36</b>
<b>4.3 Autoestima, estado de ánimo y percepción de riesgo de contraer enfermedades</b>	<b>41</b>
<b>4.4 Índice de masa corporal</b>	<b>45</b>
<b>5. FACTORES SOCIOCULTURALES</b>	<b>46</b>
<b>5.1 Medios de comunicación masiva</b>	<b>48</b>
<b>5.2 Clase social</b>	<b>57</b>
<b>5.3 Edad y género</b>	<b>61</b>
<b>5.4 ¿Etnia o cultura?</b>	<b>62</b>

5.4.1 Cultura Oriental y occidental	68
<b>6. ANTECEDENTES</b>	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO III: CONDUCTA DIETANTE</b>	<b>97</b>
<b>1. CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	<b>97</b>
<b>2.NUTRICIÓN: LOS ALIMENTOS</b>	<b>103</b>
<b>3.LAS DIETAS Y EL CUERPO</b>	<b>112</b>
<b>3.1Distintos tipos de dieta</b>	<b>112</b>
<b>3.2Las dietas hipocalóricas</b>	<b>112</b>
<b>CAPÍTULO IV: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	<b>117</b>
<b>1.CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM IV Y DEL CIE 10</b>	<b>119</b>
<b>1.1Anorexia Nerviosa</b>	<b>119</b>
<b>1.2Bulimia Nerviosa</b>	<b>122</b>
<b>1.3Trastornos de Alimentación no específicos</b>	<b>124</b>
<b>1.4Obesidad</b>	<b>125</b>
<b>2.SITUACIONES DE RIESGO QUE FAVORECEN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ARGENTINA</b>	<b>128</b>
<b>2.1La otra cara de los TCA: el exceso</b>	<b>131</b>
<b>CAPÍTULO V: ESTUDIO EMPÍRICO</b>	<b>133</b>
<b>1. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS</b>	<b>133</b>
<b>1.1 Objetivo general</b>	<b>133</b>
<b>1.2 Objetivos específicos</b>	<b>133</b>
<b>2. HIPÓTESIS</b>	<b>134</b>

<b>2.1 Hipótesis general</b>	<b>134</b>
<b>2.2 Hipótesis de trabajo</b>	<b>134</b>
<b>3. PROPUESTA METODOLÓGICA</b>	<b>135</b>
<b>3.1 Tipo de estudio, unidad de análisis</b>	<b>135</b>
3.1.1- Población	135
3.1.2 Muestra	135
<b>4. PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS</b>	<b>136</b>
<b>4.1 Procedimiento</b>	<b>136</b>
<b>4.2 Instrumentos</b>	<b>137</b>
4.2.1 Tarea de evaluación directa de la tendencia dietante.	137
4.2.2 Tarea de evaluación directa de la creencia de la delgadez como indicador de salud.	138
4.2.3 Imagen corporal y satisfacción con el propio cuerpo.	140
4.2.4 Índice de Masa Corporal.	142
4.2.5 Conducta alimentaria.	143
4.2.6 Estado de Ánimo.	145
4.2.7 Autoestima.	148
4.2.8 Percepción de riesgo de padecer sintomatología física.	148
4.2.9 Datos sociodemográficos.	148
<b>CAPÍTULO VI: RESULTADOS</b>	<b>152</b>
<b>1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA</b>	<b>152</b>
<b>1.1 Submuestra de mujeres argentinas</b>	<b>152</b>
1.1.1 Datos sociodemográficos	152
1.1.2 Datos socioeconómicos	155

1.1.3 Perfil psicológico	158
<b>1.2 Submuestra de mujeres japonesas</b>	<b>170</b>
1.2.1 Datos sociodemográficos comparativos Japón-Argentina	170
1.2.2 Datos sociodemográficos de la muestra relevada	173
1.2.3 Datos socioeconómicos de la muestra relevada	176
1.2.4 Instrumentos especialmente diseñados, y traducidos al japonés	177
<b>2. PRESENTACIÓN DE ESTADÍSTICOS INFERENCIALES</b>	<b>181</b>
<b>2.1 Tendencia de las mujeres porteñas hacia la realización de dietas hipocalóricas</b>	<b>181</b>
<b>2.2 Las dietas hipocalóricas y la delgadez como indicadores de salud</b>	<b>186</b>
2.2.1 Las dietas hipocalóricas y la delgadez como indicadores de salud, y su asociación con el perfil psicológico de las entrevistadas	196
2.2.2 Las dietas hipocalóricas y la delgadez como indicadores de salud, y su asociación con la imagen corporal	199
2.2.3 Las dietas hipocalóricas y la delgadez como indicadores de salud, y su asociación con variables sociodemográficas y socioeconómicas	204
2.2.4 Las dietas hipocalóricas y la delgadez como indicadores de salud, y su asociación con el índice de masa corporal (IMC)	218
<b>2.3 Diferencias y similitudes en las concepciones y percepciones respecto del propio cuerpo y de la relación delgadez-salud, en un grupo de mujeres occidentales y un grupo de mujeres orientales</b>	<b>229</b>

2.3.1 Datos sociodemográficos	230
2.3.2 Datos socioeconómicos	233
2.3.3 Sesgo delgadez salud	237
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>246</b>
<b>Las mujeres argentinas, ¿están a dieta?</b>	<b>246</b>
<b>Sesgo cognitivo delgadez/salud</b>	<b>251</b>
<b>Las representaciones acerca del cuerpo y la comida</b>	<b>253</b>
<b>Perfil psicológico</b>	<b>258</b>
<b>Nutrición y salud</b>	<b>260</b>
<b>Imagen corporal</b>	<b>262</b>
<b>Variables sociodemográficas</b>	<b>266</b>
<b>Índice de masa corporal</b>	<b>271</b>
<b>Las concepciones y percepciones respecto del propio cuerpo y de la relación delgadez-salud, en un grupo de mujeres argentinas y otro de mujeres japonesas.</b>	<b>272</b>
<b>Datos sociodemográficos</b>	<b>274</b>
<b>Asociación de la delgadez y la comida dietética, con la salud</b>	<b>276</b>
<b>A modo de síntesis</b>	<b>279</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>286</b>
<b>APÉNDICE I: PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO</b>	<b>303</b>
<b>APÉNDICE II: EL INSTRUMENTO</b>	<b>307</b>
<b>APÉNDICE III. CLAVES DE CORRECCIÓN Y ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS</b>	<b>326</b>
<b>1. CLAVES DE CORRECCIÓN</b>	<b>326</b>
<b>1.1 Prueba de las Fotos</b>	<b>326</b>

<b>1.2 Sesgo cognitivo delgadez/salud</b>	<b>327</b>
<b>1.3 Alimentos preferidos/saludables</b>	<b>327</b>
<b>1.4 Test de siluetas</b>	<b>329</b>
<b>1.5 Inventario de Comportamientos Alimentarios ICA</b>	<b>331</b>
<b>1.6 Índice de Masa Corporal</b>	<b>333</b>
<b>1.7 Inventario estado-rasgo de ansiedad STAI</b>	<b>334</b>
<b>1.8 Inventario de Depresión de Beck BDI</b>	<b>335</b>
<b>1.9 Percepción de riesgo de padecer sintomatología física</b>	<b>336</b>
<b>1.10 Datos de filiación</b>	<b>336</b>
<b>2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS ESPECIALMENTE DISEÑADOS PARA ESTA INVESTIGACIÓN</b>	<b>339</b>
<b>2.1 Estudio 1. Prueba Sesgos Cognitivos delgadez/salud</b>	<b>339</b>
<b>2.1.1 Puntos de corte de la escala sesgo cognitivo.</b>	<b>344</b>
<b>2.2 Estudio 2. Alimentos preferidos/saludables</b>	<b>345</b>
<b>2.3 Estudio 3. Prueba de las Fotos</b>	<b>347</b>
<b>3. CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE DE NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	<b>350</b>
<b>3.1 Creación de un índice para el nivel socio económico</b>	<b>352</b>
<b>4. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS USADOS EN ESTA INVESTIGACIÓN.</b>	<b>354</b>
<b>4.1 Test de Siluetas-Estudios psicométricos</b>	<b>354</b>
<b>4.2 Inventario de Beck-Estudios psicométricos</b>	<b>354</b>
<b>4.3 Inventario de Conductas Alimentarias; Inventario estado/rasgo de ansiedad, STAI; y Percepción de riesgo de padecer, LSE- Estudios psicométricos</b>	<b>355</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribución de la edad de la submuestra argentina.	152
<b>Gráfico 2.</b> Distribución del peso actual de la submuestra argentina.	153
<b>Gráfico 3.</b> Distribución del peso deseado de la muestra.	154
<b>Gráfico 4.</b> Distribución del índice de masa corporal, agrupado según la OMS.	155
<b>Gráfico 5.</b> Comparación entre la muestra y los baremos normales, respecto de las dimensiones del ICA (percentil 50).	159
<b>Gráfico 6.</b> Porcentaje de mujeres que consideraron normales a cada una de las figuras masculinas del Test de Siluetas.	160
<b>Gráfico 7.</b> Porcentaje de mujeres que consideraron normales a cada una de las figuras femeninas del Test de Siluetas.	160
<b>Gráfico 8.</b> Porcentaje de mujeres que consideraron delgadas a cada una de las figuras masculinas del Test de Siluetas.	161
<b>Gráfico 9.</b> Porcentaje de mujeres que consideraron delgadas a cada una de las figuras femeninas del Test de Siluetas.	161
<b>Gráfico 10.</b> Porcentaje de mujeres que consideraron gordas a cada una de las figuras masculinas del Test de Siluetas.	162
<b>Gráfico 11.</b> Porcentaje de mujeres que consideraron gordas a cada una de las figuras femeninas del Test de Siluetas.	162
<b>Gráfico 12.</b> Porcentaje de mujeres que eligieron cada figura del Test de Siluetas, en tanto consideran que representa su peso actual.	163
<b>Gráfico 13.</b> Porcentaje de mujeres que eligieron cada figura del Test de Siluetas, en tanto consideran que representa a la figura masculina ideal.	164
<b>Gráfico 14.</b> Porcentaje de mujeres que eligieron cada figura del Test de Siluetas, en tanto consideran que representa a la figura femenina ideal.	164
<b>Gráfico 15.</b> Porcentaje de mujeres que eligieron cada figura del Test de Siluetas, como figuras masculina que la entrevistada elegiría como pareja.	165
<b>Gráfico 16.</b> Porcentaje de mujeres que eligieron cada figura del Test de Siluetas, como figuras femenina que los hombres elegirían como pareja, de acuerdo con la apreciación de la entrevistada.	165
<b>Gráfico 17.</b> Distorsión de la imagen corporal medida en nº de siluetas. El 0 es no distorsión.	166
<b>Gráfico 18.</b> Insatisfacción con la imagen corporal medida en nº de siluetas. El 0 es satisfacción.	167
<b>Gráfico 19.</b> Percepción de riesgo propio y en otros de contraer enfermedades.	168
<b>Gráfico 20.</b> Distribución de la edad de la submuestra oriental.	173
<b>Gráfico 21.</b> Porcentaje de mujeres orientales que realizan dietas adelgazantes.	174
<b>Gráfico 22.</b> Distribución del peso actual de la submuestra oriental (frecuencias).	175
<b>Gráfico 23.</b> Distribución del peso deseado de la submuestra oriental.	175
<b>Gráfico 24.</b> Niveles de satisfacción de la submuestra oriental.	176
<b>Gráfico 25.</b> Porcentaje de mujeres delgadas elegidas en la Prueba de las fotos. Oriente.	177
<b>Gráfico 26.</b> Porcentajes de mujeres que eligieron los alimentos dietéticos y no dietéticos en relación con lo que gustan, consumen o consideran	178

saludable. Oriente.	
<b>Gráfico 27.</b> Puntuaciones medias -de 1 (nada) a 5 (mucho)- en el gusto, consumo y consideración de saludables de los alimentos dietéticos y no dietéticos. Oriente.	179
<b>Gráfico 28.</b> Porcentajes de mujeres que eligieron los alimentos dietéticos y no dietéticos en relación con lo que gustan, consumen o consideran saludable.	182
<b>Gráfico 29.</b> Puntuaciones medias en el gusto, consumo y consideración de saludable, de los alimentos dietéticos y no dietéticos.	182
<b>Gráfico 30.</b> Porcentaje de entrevistadas que eligieron fotos de mujeres delgadas en la Prueba de las fotos.	187
<b>Gráfico 31.</b> Distribución de las respuestas cualitativas a la Prueba de las fotos.	188
<b>Gráfico 32.</b> Porcentajes de mujeres que eligieron sesgos de clase baja y media, o tuvieron una posición indecisa, según la prueba “Sesgo cognitivo delgadez/Salud”.	191
<b>Gráfico 33.</b> Insatisfacción medida a partir de las diferencias entre los pesos actual y deseado.	202
<b>Gráfico 34.</b> Puntuaciones medias en la elección de alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, según el nivel de educación.	207
<b>Gráfico 35.</b> Puntuaciones medias en los alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, según bienes de consumo.	210
<b>Gráfico 36.</b> Puntuaciones medias en la elección de los alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, según el tipo de prestaciones en salud.	212
<b>Gráfico 37.</b> Puntuaciones medias en la elección de alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, según el INSE.	215
<b>Gráfico 38.</b> Realización de dietas para adelgazar (Beck) según el índice masa corporal (IMC).	220
<b>Gráfico 39.</b> Distorsión de la imagen corporal según el IMC.	221
<b>Gráfico 40.</b> Insatisfacción corporal según el IMC.	222
<b>Gráfico 41.</b> Realización o no de dieta, y distorsión de la imagen corporal.	223
<b>Gráfico 42.</b> Realización o no de dieta, e insatisfacción con la imagen corporal (Test de siluetas)	225
<b>Gráfico 43.</b> Comparación de pesos mínimos y máximos en Occidente y Oriente.	231
<b>Gráfico 44.</b> Comparación de pesos medios en Occidente y Oriente.	332
<b>Gráfico 45.</b> Estado civil y cultura de pertenencia.	233
<b>Gráfico 46.</b> Ocupación de la entrevistada y cultura de pertenencia.	234
<b>Gráfico 47.</b> Ocupación del PSH y cultura de pertenencia.	235
<b>Gráfico 48.</b> Nivel de educación y cultura de pertenencia.	236
<b>Gráfico 49.</b> Resultados en la prueba de las fotos según la cultura de pertenencia	237
<b>Gráfico 50.</b> Alimentos que gustan, consumen y consideran saludables, según la cultura de pertenencia.	240

## LISTA DE CUADROS

<b>Cuadro 1.</b> Guías Alimentarias para la Población Argentina.	106
<b>Cuadro 2.</b> Criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa.	121
<b>Cuadro 3.</b> Criterios para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa.	124
<b>Cuadro 4.</b> Clasificación Internacional de adultos con bajo peso, peso normal y sobrepeso de acuerdo con el IMC de la Organización Mundial de la Salud (OMS).	142
<b>Cuadro 5.</b> Comparación de <i>Medias</i> en deseos de adelgazar (ICA) y alimentos dietéticos / no dietéticos consumidos, discriminadas a partir de la realización o no de dieta.	185
<b>Cuadro 6.</b> Comparación de <i>Medias</i> en Autopercepción de clase social y los sesgos cognitivos delgadez/salud de clase baja, media y alta.	192
<b>Cuadro 7.</b> Correlaciones entre las puntuaciones medias de alimentos dietéticos y no dietéticos que las entrevistadas gustan, consumen y consideran saludables, y el sesgo cognitivo delgadez/salud.	195
<b>Cuadro 8.</b> Correlaciones entre puntuaciones medias en alimentos dietéticos / no dietéticos como saludables, la percepción de riesgo en otros de contraer enfermedades y la ansiedad (estado/rasgo).	198
<b>Cuadro 9.</b> Tabla de contingencia Deseos de Adelgazar y distorsión de la imagen corporal medida en nº de figuras.	1201
<b>Cuadro 10.</b> Tabla de contingencia Deseos de Adelgazar e insatisfacción con la imagen corporal (Test de las siluetas) medida en nº de figuras.	201
<b>Cuadro 11.</b> Diferencia de medias entre la elección de alimentos no dietéticos como saludables y la edad.	205
<b>Cuadro 12.</b> Puntuaciones medias en la elección de alimentos no dietéticos como saludables, según la educación de la entrevistada.	207
<b>Cuadro 13.</b> Puntuaciones medias en la elección de alimentos no dietéticos como saludables, según la educación del principal sostén del hogar.	208
<b>Cuadro 14.</b> Puntuaciones medias en la elección de alimentos dietéticos como saludables, según la ocupación del PSH.	209
<b>Cuadro 15.</b> Puntuaciones medias en la elección de alimentos no dietéticos como saludables, según el nivel de consumo.	211
<b>Cuadro 16.</b> Puntuaciones medias en la elección de alimentos dietéticos como saludables, según la prestación en salud.	212
<b>Cuadro 17.</b> Puntuaciones medias en la elección de alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, según el índice de nivel socioeconómico.	214
<b>Cuadro 18.</b> Comparación de medias de los sesgos de clase baja y media/alta, según el INSE.	216
<b>Cuadro 19.</b> Comparación de medias de los sesgos de clase baja y media/alta, según el Índice de masa corporal.	219
<b>Cuadro 20.</b> Correlaciones entre puntuaciones medias en alimentos dietéticos / no dietéticos como saludables y la satisfacción, según cultura de pertenencia.	244
<b>Cuadro 21.</b> KMO y prueba de Bartlett para la Prueba Sesgos cognitivos delgadez/salud	340
<b>Cuadro 22.</b> Matriz de componentes principales de los reactivos de la	341

prueba de Sesgos Cognitivos	
<b>Cuadro 23.</b> KMO y prueba de Bartlett para la Prueba Sesgos cognitivos delgadez/salud.	341
<b>Cuadro 24.</b> Matriz de componentes principales de los reactivos de la prueba de Sesgos Cognitivos.	342
<b>Cuadro 25.</b> Prueba Sesgos cognitivos delgadez/salud; ítems seleccionados para la versión definitiva.	343
<b>Cuadro 26.</b> Puntos de corte de la Prueba Sesgos cognitivos delgadez/salud.	344
<b>Cuadro 27.</b> KMO y prueba de Bartlett para la Alimentos preferidos/saludables.	346
<b>Cuadro 28.</b> Matriz de componentes principales para los alimentos saludables de la Prueba Alimentos preferidos/saludables.	346
<b>Cuadro 29.</b> KMO y prueba de Bartlett para la Prueba de las fotos.	348
<b>Cuadro 30.</b> Matriz de componentes principales para las fotos de la Prueba de Fotos.	348/9
<b>Cuadro 31.</b> Resumen del procesamiento de los casos.	350
<b>Cuadro 32.</b> Codificación de la variable dependiente.	350
<b>Cuadro 33.</b> Tabla de clasificación <sup>a,b</sup>	350
<b>Cuadro 34.</b> Variables en la ecuación.	351
<b>Cuadro 35.</b> Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo.	351
<b>Cuadro 36.</b> Resumen del modelo.	351
<b>Cuadro 37.</b> Tabla de clasificación <sup>a</sup>	351
<b>Cuadro 38</b> Variables en la ecuación.	352

## INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios corroboran que las mujeres occidentales de clase media-alta tienen una marcada tendencia a realizar dietas hipocalóricas. Esta tendencia se observa incluso en poblaciones no clínicas, y está asociada a una significativa distorsión e insatisfacción con la imagen corporal y, consecuentemente, con la estima personal (Altabe & Thompson, 1996; Cruz & Maganto, 2003; Mora Giral & Raich Escursell, 1994; Wardle, J & Griffith, J., 2001). A pesar que aún no hay evidencia concluyente sobre los efectos que a largo plazo tiene sobre la salud la pérdida repetida de peso, según Rausch Herscovici (1995) las dietas frecuentes pueden ser asociadas con problemas psico-fisiológicos como los trastornos de la alimentación -anorexia, bulimia y trastornos alimentarios no específicos-, la obesidad, el aumento en la proporción de grasa depositada, el menor mantenimiento de peso a largo plazo, y la ansiedad y la depresión, entre otros.

Por consiguiente, las conductas dietantes ponen a las mujeres en situación de riesgo con respecto a su salud (Woodside & Garfinkel, 1989), especialmente si se considera su asociación con los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y la obesidad. Los TCA representan hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas; no sólo por el número de casos nuevos aparecidos, sino también por la gravedad de la sintomatología asociada y la resistencia al tratamiento (Pelaez Fernández, Labrador Encinas & Raich Escursell, 2006). La obesidad, por su parte, ya alcanzó límites epidémicos a nivel internacional, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto pone de manifiesto la necesidad de analizar los factores psicosociales que favorecen la realización de dietas hipocalóricas en pos de un cuerpo cada vez más delgado; es decir los factores

predisponentes; ya que las dietas podrían estar asociadas con el desarrollo de trastornos psico-fisiológicos.

La explosión a nivel internacional de la búsqueda de un cuerpo delgado tuvo su origen en las investigaciones médicas que mostraron la relación entre la gordura y enfermedades como la hipertensión o las enfermedades cardiovasculares. Como muestra el cineasta y documentalista Micheal Moore en su película “Sicko” del año 2007, las grandes compañías de salud estadounidenses ‘premiaban’ económicamente a quienes tenían un cuerpo más delgado y ‘castigaban’ a las personas con sobrepeso porque tenían mayores riesgos de contraer enfermedades y por lo tanto de generar pérdidas a las empresas de salud. A partir de ahí, el énfasis puesto en el control del peso y la realización de dietas hipocalóricas -y su asociación con la salud- llegó a convertirse en una obsesión.

En los medios de comunicación masiva comenzaron a circular indicaciones y contraindicaciones para el consumo o evitación de ciertos alimentos supuestamente en beneficio de la salud o para la solución de ciertas enfermedades. Al no estar muchas de ellas fundamentadas científicamente -en algunos casos llegan a oponerse a las prescripciones científicas- pueden conllevar pérdidas irreparables afectando la salud o al menos el bolsillo de la población. El *charlatanismo nutricional*, como lo denomina Brusco (1980), implica una serie de modas, mitos y afirmaciones falaces que involucran incluso a importantes sectores de la población de los países considerados más desarrollados. Ya en 1980, Brusco señalaba que en Estados Unidos, la Food and Drug Administration (FDA) -Administración de Alimentos y Drogas- estimaba que alrededor de 10 millones de personas gastaban o malgastaban su dinero en alimentos considerados saludables que en realidad son inocuos e incluso dañinos para la salud (Brusco, 1980). Ogden (2005), por su parte, enfatiza que la industria de la dieta crea la necesidad de ésta a través de los medios de

comunicación, al perpetuar el estereotipo de que el estado más deseable es la delgadez ya que produce felicidad y éxito; y asocia la gordura a la falta de control o la enfermedad psíquica.

En su afán por alcanzar una mejor calidad de vida, las personas pueden cometer errores, a lo cual contribuye tanto que la información nutricional es ambigua e incluso contradictoria, como que los individuos se apropian de esos conocimientos científicos de manera parcial (Martín Criado & Moreno Pestaña, 2005; Martín Criado, 2007). Además, las conductas preventivas no siempre son racionales. Las personas, cuando evalúan cómo evitar una enfermedad o qué conductas son útiles para cuidar su salud, suelen establecer correlaciones allí donde no las hay ya que se basan en estimaciones subjetivas de riesgo y gravedad, lo que puede resultar fuertemente erróneo. Estas apreciaciones están sesgadas por nuestras representaciones sociales de la salud y la enfermedad (Herzlich, 1973).

Un elemento inseparable de las cuestiones alimentarias es el ideal compartido respecto de la imagen corporal deseada, al cual se asocia la satisfacción con el propio cuerpo. La imagen corporal y las conductas alimentarias son particularmente aptas para ser enfocadas desde la perspectiva cultural ya que han mostrado estar influidas por valores sociales (Connors, 1996; Contreras, 1995; Heinberg, Thompson & Stormer, 1995). Es evidente que hay enormes diferencias cuantitativas y cualitativas entre lo que los seres humanos deberían comer por necesidades biológicas, y lo que realmente comen (Aguirre, 2005; Berger & Luckmann, 1968; Brusco, 1980; Harris, 1989-90, Ogden, 2005). Los factores socio-culturales influyen tanto en la selección de lo que se puede o debe comer, como en el físico deseable.

En nuestra sociedad existe la preocupación por la comida, las dietas, la figura, y la creencia de que hasta el más mínimo rollito es malo. Desde ya, el sobrepeso puede ser

nocivo para la salud. Por eso este estudio no se ha focalizado en la obesidad o el exceso de peso, tampoco en los sujetos que siguen dietas equilibradas, sean más o menos delgados; sino en la preocupación excesiva por las dietas y la delgadez. Dentro del marco de esta investigación se consideró que, sobre la base de determinadas creencias acerca de la delgadez y la salud, hay sesgos atributivos frente a preguntas tales como: “¿cuáles son las causas de la salud?”, “¿es malo para la salud estar gordo?”, “¿las dietas hipocalóricas, son más saludables?”. Si dichas creencias producen sesgos atributivos erróneos, las personas quedan expuestas a riesgos que podrían haber sido evitados (Sanchez Vallejo et al., 1998).

La adecuada nutrición de la población, entonces, no depende solamente de cuestiones económicas como la disponibilidad de alimentos a un costo razonable, sino también de factores sociales y culturales. De ahí la necesidad de conocer en profundidad las creencias, actitudes y conocimientos de la población; comprender las razones psico-sociales que promueven sus hábitos alimentarios en el marco de una imagen corporal ideal; e identificar las costumbres y prácticas que deben ser modificadas. A fin de contribuir con este objetivo desde la perspectiva de la Psicología Social, la presente investigación se propuso analizar la presencia en mujeres argentinas, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y del Gran Buenos Aires (AMBA), de la correlación ilusoria **delgadez-salud** y los factores psicosociales a ella asociados. En los capítulos que siguen se intentará alcanzar este objetivo.

Los Capítulos I, II, III y IV apuntan a desarrollar un marco teórico interdisciplinario que dé cuenta de un problema que no puede ser abordado desde una única perspectiva. En el Capítulo I se analizan los procesos cognitivos que ayudan a comprender la conducta alimentaria. Se realiza un recorrido conceptual que incluye las Representaciones Sociales y los Sesgos Atribucionales, por el peso que estos tienen a nivel cognitivo, en la construcción

de un cuerpo ideal y de un cuerpo sano. Si bien en esta investigación no se trabajaron directamente las representaciones sociales, son un marco teórico necesario para entender los procesos cognitivos involucrados en la particular relación que se establece entre la alimentación, el cuerpo y la salud de las personas, todos ellos atravesados por elementos de orden colectivo. Las representaciones sociales son el contexto sobre el que se tejen los sesgos atribucionales (desde una perspectiva social más que individual), que llevan a las mujeres a preocuparse excesivamente por el cuerpo y la dieta.

El interés por mantener una dieta adecuada y tener un cuerpo sano existe desde siempre. Por eso en el Capítulo II se aborda la dieta y el cuerpo desde su perspectiva histórica, haciendo un recorrido que arranca en la Antigüedad Clásica y llega hasta la Posmodernidad. Ubicados ya en el contexto actual, se analiza el componente cognitivo de la Imagen corporal para desembocar en trastornos como la distorsión y la insatisfacción corporales; y se examina cómo influyen los medios de comunicación masiva, la clase social, la edad, el género y la cultura de procedencia, en las preferencias alimentarias y la imagen corporal deseada o ideal. Además, se plantean los antecedentes directos de la presente investigación en relación a cuestiones tales como el abordaje psicosocial del cuerpo, la apropiación diferencial del discurso médico en cuestiones de salud y alimentación, y las representaciones del cuerpo y la comida en el contexto nacional. Nuevamente, se busca en este capítulo una aproximación a las representaciones sociales que enmarcan la temática del cuerpo y la dieta.

En el Capítulo III se analiza la conducta alimentaria, para desembocar en la conducta dietante. El acto de comer, es un proceso complejo en el que se imbrican factores personales, sociales, culturales, psicológicos, económicos, nutricionales, etcétera. En este capítulo se analizan tanto cuestiones históricas como culturales y simbólicas de la relación

del hombre con la comida. Al mismo tiempo la mirada se dirige hacia la nutrición como disciplina, y el estudio de los vínculos posibles entre alimentación y salud. Es de particular interés el relevamiento de las Guías Alimentarias para la Población Argentina que confeccionó la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas en el año 2000. Por último se analiza la preocupación por las dietas y su relación con estados emocionales negativos.

Para redondear el marco teórico y con el objeto de explicitar los riesgos de una mala alimentación y de la excesiva preocupación por las dietas y la figura, en el Capítulo IV se abordan los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad. Como se señaló con anterioridad, la obsesión por las dietas hipocalóricas y la extrema delgadez corporal son caldo de cultivo para los TCA y la obesidad. Estas patologías preocupan cada vez más a médicos y psicólogos por su expansión y gravedad. Los TCA son abordados principalmente desde los criterios diagnósticos del DSM IV y el CIE 10. La obesidad, por su parte, recibe un tratamiento especial ya que si bien no es considerada como una entidad independiente, según la Organización Mundial de la Salud es la enfermedad epidémica no transmisible más grande del mundo, ubicada entre los diez factores de riesgo principales para la salud en todo el mundo.

El Capítulo V despliega la propuesta metodológica. Tipo de estudio realizado, unidad de análisis, hipótesis, instrumentos y procedimientos. Se detallan los objetivos que guiaron la investigación y cómo estos fueron articulados con las distintas pruebas utilizadas. En particular se presentan los instrumentos que fueron especialmente diseñados para esta investigación.

Por último, en el Capítulo VI se desarrollan los resultados obtenidos. Se describen las características sociodemográficas y socioeconómicas de la muestra, y el perfil

psicológico de las entrevistadas. Se presentan los estadísticos inferenciales a partir de los cuales se explora si las mujeres tienen, efectivamente, una marcada tendencia dietante hipocalórica; sus concepciones y percepciones respecto del propio cuerpo y de la relación delgadez-salud, en un abordaje intercultural. Se discuten las posibles articulaciones y disrupciones entre los resultados obtenidos y el recorrido conceptual que sirvió de marco a la investigación, para alcanzar una mayor comprensión de los sesgos atribucionales involucrados. Por último se esbozan algunas líneas posibles de indagación en futuras investigaciones, así como la aplicabilidad de los resultados y las limitaciones del estudio.

# CAPÍTULO I

## PROCESOS SOCIOCOGNITIVOS

### 1. REPRESENTACIONES SOCIALES

Desde la psicología social europea, Serge Moscovici –al igual que Berger & Luckmann (1968), desde una perspectiva teórica y metodológica diferente- se interesó por comprender y reivindicar al conocimiento del sentido común. Para ello estudió cómo una teoría científica como el psicoanálisis, llegó a ser un sistema de opiniones compartido por un grupo definido, es decir, una representación social. Las teorías, transformadas en representación, se convierten en el eje a partir del cual se estructura la información, los afectos y las actividades, y pueden modelar nuestra comprensión de lo real. No son consideradas como manifestación secundaria de una actividad más elevada, sino por el contrario, como una actividad novedosa. Esta concepción teórica, heredera de Durkheim y Piaget, de Lévy-Bruhl y Vigotsky (Moscovici & Marková, 2003), implica una estrecha relación entre las perspectivas sociológica y psicológica, y el pasaje permanente de una a otra (Moscovici, 1961).

Al estudiar la impregnación del psicoanálisis en la sociedad francesa, Moscovici (1961) observó que distintos grupos se apropian de modo diferencial en función de sus sistemas de valores y de las reglas sociales dominantes. Para Moscovici, esta apropiación diferencial dio cabida al concepto de representación social, en oposición al de representación colectiva de Durkheim, propio de sociedades más uniformes y estables. Las sociedades actuales son más dinámicas, cambian permanentemente y no son tan compartidas (Farr, 2003; Farr, 1982; Wagner & Elejabarrieta, 1994). Sin embargo, Moscovici (1961) rescató de Durkheim que considerara a la vida social como condición

necesaria de todo pensamiento, aunque le criticó que no abordara de frente la cuestión de la pluralidad de los modos de reflexión del pensamiento humano.

Para Moscovici (1961) el concepto de representación social forma parte de una familia de conceptos -la ideología, la visión del mundo, las ideas fuerza, los mitos, las utopías, e incluso la ciencia- que reflejan los intercambios sociales, al mismo tiempo que contribuyen a construirlos. Según Zubieta (1997), si se comparan las representaciones sociales con los mitos y las ideologías, los puntos de divergencia son similares. El mito representaba para el hombre primitivo una ciencia total y una filosofía única, donde su práctica se veía reflejada. De modo análogo, las ideologías son categorías que engloban a todas las formas de pensamiento. Las representaciones sociales, en cambio, son una forma de pensamiento entre otras, son menos sistemáticas e institucionalizadas y no se imponen hegemonicamente en la cultura. Una misma ideología puede servir de marco a distintas representaciones sociales.

La representación es a la vez reflejo de un objeto y actividad de un sujeto - individual y social. Para comprender las representaciones son indispensables el individuo - con su historia personal, sus ataduras y reacciones a las fuerzas sociales, su empuje creativo- el entorno social -en términos de normas, comunicación y relaciones intersubjetivas- así como, en un plano más amplio, toda la estructura económica y social. El objetivo científico de Moscovici (1961) fue establecer las correspondencias entre la representación o la ideología, y las motivaciones, la situación y la naturaleza del grupo que las concibió en un momento histórico. Tal vez el pasaje de la ciencia a la representación, justamente se relaciona con la necesidad de generar comportamientos adecuados al estado de conocimiento de la realidad.

Dos procesos fundamentales en la elaboración de una representación social son la objetivación y el anclaje. La objetivación implica una apropiación particular de los conocimientos nuevos que circulan en la sociedad, del objeto de la representación; es la concretización de lo abstracto. Implica a su vez un proceso de naturalización del objeto de la representación, en el que se olvida su origen colectivo mientras se convierten en verdaderas categorías del lenguaje y del entendimiento, prontas a ordenar los acontecimientos concretos. La impregnación de estos conceptos en el lenguaje es uno de los síntomas de la expansión de la representación. Cada término se consolida en el curso de su uso cotidiano, como instrumento “natural” de comprensión. Así, lo que era una abstracción, se convierte en una realidad concreta, palpable.

El segundo proceso es el anclaje. Para Moscovici (1961) designa la inserción de una disciplina en una jerarquía de roles y preferencias existentes, el desplazamiento de atributos que transforma a esa disciplina en un instrumento socialmente reconocido, y la acción a través de la cual una representación orienta y construye las relaciones sociales. Permite insertar un nuevo conocimiento en el bagaje previo del sujeto, incluir lo extraño en una red de categorías y significaciones que posibilita una lectura común de la realidad social al tiempo que sostiene los valores sociales vigentes para el grupo. Implica criterios comunes que facilitan la comunicación intergrupal (Wagner & Elejabarrieta, 1994).

El concepto elaborado por Moscovici es altamente controvertido al mismo tiempo que muy usado en psicología desde posiciones teóricas y metodológicas muy diversas. Esto explica que tenga tanto seguidores como detractores. Estos últimos, dirigen su crítica fundamentalmente a la falta de rigurosidad y precisión conceptual que ni el mismo Moscovici negaba. También señalan que la teoría es demasiado débil o demasiado cognitiva, o que no puede diferenciarse de otros conceptos afines (Duveen & Lloyd, 2003;

Feliu, 1993; Moscovici & Marková, 2003). Sus seguidores, en cambio, enfatizan que la falta de rigurosidad conceptual se debe a la complejidad de su objeto y a la fertilidad de la teoría. Esto engloba tanto la multiplicidad de disciplinas que articulan diferentes campos de investigación (antropología, sociología, psicología social y cognitiva, etc.), como a la complejidad de las relaciones que entran en juego en la definición de este concepto (Castorina & Kaplan, 2003).

En el mismo sentido, Jodelet (1992) sostiene que las representaciones sociales responden a tres características que explicitan su significación en el campo de la psicología social: la *vitalidad*, que se refleja en la cantidad y diversidad de países donde se utilizan, los dominios en que se aplican, y los abordajes teóricos y metodológicos que inspira; la *transversalidad*, porque remiten a un punto de intersección entre lo psicológico y lo social, lo cual implica una real coordinación de diferentes puntos de vista; y la *complejidad*, que da cuenta de que la construcción de un marco teórico psicosocial va de lo cognitivo y psíquico, a las interacciones intergrupales y a lo social (en Zubieta, 1997).

Las representaciones sociales, están en consonancia con las normas religiosas, políticas o científicas que los individuos suscriben. Se constituyen a partir de experiencias, información y modelos de pensamiento; recibidas y transmitidas a través de la tradición, la educación y la comunicación. En los niveles interpersonales existen distintos sistemas de comunicación y conversación, así como existen la difusión y la propagación en los medios masivos. Las reglas o la lógica de estos sistemas son las que configuran las representaciones sociales (Moscovici & Marková, 2003; Wagner & Elejabarrieta, 1994; Zubieta, 1997). Se ocupan de un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial en cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana, según la clase, grupo o cultura a la que pertenece. Estas diferencias dan cuenta de representaciones sociales hegemónicas y

alternativas que están en pugna. Como sostiene Moscovici (1984) el pensamiento del grupo nunca está fuertemente consensuado.

Esta teoría trata del conocimiento -en sentido amplio, es decir, incluyendo contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos- que juega no sólo un papel significativo para las personas en su vida privada, sino también para la vida y la organización de los grupos en los que viven. El contenido de las representaciones se define a partir de las actitudes, informaciones, opiniones, juicios de atribución, creencias y percepciones que los sujetos tienen respecto de un objeto social (Castorina & Kaplan, 2003; Moscovici, 1961; Wagner & Elejabarrieta, 1994; Zubieta, 1997).

Como señalan numerosos autores (Castorina & Kaplan, 2003; Moscovici, 1961; Perez, 1994; Perez Rubio, 2001; Wagner & Elejabarrieta, 1994; Zubieta, 1997), es un concepto dinámico que supone una interacción permanente entre individuo y sociedad, e implica constantes conflictos y movimientos dialécticos entre las partes. Individuo y sociedad están involucrados en una relación de causalidad recíproca, que va más allá de la relación directa entre los individuos y que está sobredeterminada por el sistema que los engloba.

Wagner y Elejabarrieta (1994), enfatizan el carácter social de la génesis de las representaciones sociales, así como el hecho de que son compartidas y están distribuidas en la comunidad. Son producto de grupos sociales reflexivos, cuyo discurso social incluye la comunicación. En el proceso de comunicación y en los medios de comunicación de masas, los objetos sociales son creados y elaborados por los actores sociales, que pueden tomar parte en el proceso de comunicación mediante cualquiera de los medios que posean (Moscovici, 1961, Wagner & Elejabarrieta, 1994). Pero sólo adquieren fuerza en el imaginario social cuando alcanzan la categoría de creencias –rozando lo mítico.

Generalmente el surgimiento de una nueva representación responde a necesidades prácticas. Cuando se modifican las condiciones de vida de una sociedad, cuando aparece un fenómeno desconocido, se producen cambios en las viejas concepciones. Se lleva a cabo un proceso de comunicación colectiva, caracterizado, al menos al principio, por las posiciones enfrentadas de los distintos grupos de actores sociales. Las investigaciones en el campo de la medicina y la nutrición, por ejemplo, llevaron a rechazar los alimentos con alto contenido graso y calórico, porque se los consideraba directamente relacionados, por ejemplo, con las enfermedades cardiovasculares. Como consecuencia, la sociedad condenó a los alimentos que ‘engordan’. Pero esta condena no fue tan global como parece ni fue adoptada inmediatamente. En este sentido los medios de comunicación masiva contribuyeron a la comunicación y expansión de estas ideas, que en un primer momento fueron objeto de un largo debate y conflicto entre posiciones encontradas.

Las representaciones sociales están fuertemente relacionadas con la identidad social ya que dan origen a un cuerpo de conocimientos compartidos, sentido común y modelos de justificación. Además, necesitan corresponderse con la realidad externa, pero dicha correspondencia se basa en la evidencia disponible, que también es una construcción social: se acepta que algo es verdadero porque hay evidencia que lo demuestra, pero sólo es una evidencia válida la que ha sido previamente definida como tal por el grupo de pertenencia - por aquellos que comparten la misma identidad social. El consenso es la principal fuente de evidencia (Wagner & Elejabarrieta, 1994).

El discurso que elabora las representaciones sociales es compartido por todos los miembros del grupo (Moscovici, 1961; Perez Rubio, 2001). Como señalan Wagner y Elejabarrieta (1994), esto implica no sólo saber qué piensa el endogrupo, sino también tener una idea de los sistemas de conocimiento de los otros grupos. Esta diferenciación se hace

particularmente relevante en las representaciones polémicas (Moscovici, 1988, en Wagner & Elejabarrieta, 1994), caracterizadas por ser resultado de situaciones conflictivas en las que se ponen en juego recursos económicos o políticos. Siguiendo a Aguirre (2005), quien desde una mirada antropológica realizó un trabajo sobre la situación alimentaria de la población bonaerense, podemos decir que las representaciones que las mujeres argentinas tienen sobre el cuerpo y la alimentación son polémicas, en tanto estarían diferenciadas, al menos, por clase social.

En cuanto a la estructura de las representaciones, están formadas por un núcleo central y elementos periféricos (Perez Rubio, 2001; Wagner & Elejabarrieta, 1994). A partir del núcleo, los demás elementos adquieren o transforman su significado, y alcanzan su organización. Esta es la parte más estable, coherente y rígida, cuya función es normativa. Está fuertemente relacionada con las características históricas y sociales del grupo reflexivo que le dio origen. Si alguno de sus elementos desapareciera o fuera modificado, la representación caería. El concepto ‘núcleo central’ está ligado al de ‘esquema figurativo’ aunque este último remite directamente a la representación icónica de los contenidos objetivados.

Los elementos periféricos protegen al núcleo y cumplen una función adaptativa, permitiendo la adaptación tanto de los individuos como de los grupos a situaciones específicas, a un determinado contexto. Integran las experiencias y por lo tanto las variaciones individuales. Los elementos periféricos son más cambiantes ya que incluyen aspectos contradictorios, al menos durante cierto tiempo. Cuando las prácticas contradictorias son insostenibles, el núcleo central cambia y con ello la representación.

Las representaciones contribuyen, entonces, como marco general, a comprender la particular relación que se establece entre la alimentación, el cuerpo y la salud de las

personas, todos ellos atravesados por elementos de orden colectivo. Si bien en esta investigación no se trabajaron directamente las representaciones sociales, son un marco teórico necesario para comprender los procesos cognitivos involucrados, los sesgos atribucionales que influyen en la búsqueda de un cuerpo ideal y de un cuerpo sano. Estos sesgos conforman aquellos aspectos de la identidad social que pueden ser asociados a las creencias compartidas en torno al cuerpo, a la alimentación y a la salud.

## **2. ATRIBUCIONES SOCIALES**

La percepción de la persona y, en particular, la percepción del otro es una de las piedras angulares de la psicología social. Los juicios sociales están llenos de supuestos errores o ideas preconcebidas y no confían en reglas óptimas para el tratamiento de la información, sino en métodos heurísticos simplificadores. En este sentido, sería difícil explicar la acción humana y el comportamiento social sin un conocimiento de los procesos cognitivos que sirven como mediadores entre la realidad física y objetiva o consensuada, y la reacción de un individuo (Jaspars & Hewstone, 1988; Morales, 1994; Paez, Marques & Insúa, 1994).

Los juicios que hacemos para explicar nuestras conductas y las de los demás han sido estudiados por la teoría de Fritz Heider del *análisis ingenuo de la acción*. Heider fue el primero que abordó, en 1958, el estudio de los procesos atributivos. Dicha teoría trata de los distintos modos de explicar el comportamiento social, de sus atribuciones causales y de las explicaciones que se basan en el sentido común. Los procesos atributivos son procesamientos socializados que se fundamentan en conocimientos pasados y se transmiten a través de la comunicación. En este sentido, Hewstone (1992) subraya que las creencias suelen ser compartidas culturalmente, lo que lleva a un alto grado de uniformidad de las atribuciones, o sea, a *atribuciones sociales*. Las personas en su vida cotidiana, entonces,

usan reglas de inferencia del sentido común para resolver cuestiones de causalidad: por qué sucede una u otra cosa.

Según Heider, el proceso atributivo comienza con la observación de una conducta y termina cuando se cree encontrar la razón que la produjo. Además, es un proceso que busca predecir y controlar la conducta de los otros. Para ello, los individuos realizan atribuciones internas o externas. Un sujeto hace una atribución personal o interna, cuando presupone que determinada conducta sucede porque el actor realmente puede y quiere realizarla. Al realizar una atribución interna, los sujetos predicen las características personales o la disposición de los otros a partir de sus conductas. Las atribuciones ambientales o externas, se hacen cuando se supone que la conducta supera la capacidad del actor o este no pretendía realizarla. En la atribución entran en juego la capacidad del actor, la dificultad de la tarea - estas determinan si la acción es posible o no- y la motivación del actor, así como el esfuerzo necesario para llevar adelante la acción. A Heider le interesó particularmente determinar en qué medida un actor es responsable de la ocurrencia de un hecho (Morales, 1994).

Kelley, en 1967 (en Morales, 1994) apuntaba más a los aspectos cognitivos que a los sociales. Planteaba que los individuos, para decidir si su juicio de atribución es correcto o no, tienen en cuenta el *consenso*, la *distintividad* y la *consistencia*. El *consenso* remite a la probabilidad de que otras personas respondan igual que el sujeto en cuestión frente a la misma situación. La *distintividad* apunta a observar si la misma persona actúa de modo diferente o no frente a otros estímulos. Por último, una persona *consistente* es aquella que responde siempre igual frente al mismo estímulo. Los individuos relacionan estos tres elementos para decidir si su juicio es correcto o no. Por ejemplo, un observador trata de explicarse por qué una mujer decide iniciar la dieta el lunes y la abandona en pocos días. Si

el observador cree que la mayoría de las mujeres hace lo mismo -consenso alto-, que esta mujer en particular no suele abandonar lo que empieza -distintividad alta-, pero que con las dietas siempre fracasa -consistencia alta-, concluirá -juicio de atribución- que dejar la dieta no es un problema particular de esa mujer sino que responde a las características de su grupo. Pero si el evaluador cree que esa mujer abandona todo lo que empieza -distintividad baja-, estará seguro de que el problema radica en su falta de constancia.

Pero, como se anticipó, no siempre las personas pueden o quieren evaluar todos los aspectos que intervienen al hacer un juicio de atribución. Las investigaciones muestran que el hombre, en su búsqueda de explicaciones de los sucesos que lo rodean, comete 'errores' respecto del tipo de razonamiento esperado. A partir de estas observaciones surgió el interés por los *sesgos y heurísticos*. Estos sesgos que implican, no una distorsión circunstancial sino sistemática, son denominados también como *ilusiones cognitivas* o *correlaciones ilusorias*. Así, los seres humanos establecen correlaciones ilusorias, es decir, muestran sesgos o distorsiones en la percepción e interpretación que hacen respecto de sí mismos y de su entorno (Echebarría, 1994; Morales, 1994; Paez, Marques & Insúa, 1994).

Sin embargo, el uso del concepto de error o sesgo es polémico, ya que afirmar que alguien cometió un error de atribución implica suponer que hay una realidad objetiva con la cual se puede contrastar dicha opinión. Los estudios clásicos toman como modelo de comparación a la lógica formal, es decir hacer una deducción lógica a partir de la información disponible. Pero hay autores que señalan que en la vida cotidiana las personas no disponen de toda la información cuando deben emitir un juicio causal, y que tampoco hay una respuesta correcta. Asimismo, se ha criticado la interpretación individualista del sesgo, según la cual este sería consecuencia de un mal procesamiento de la información, o estaría determinado por la necesidad de ciertos individuos de resolver problemas

psicológicos -como por ejemplo, baja autoestima (Echebarría, 1994). A pesar de lo dicho, según las teorías de la percepción y de la atribución, cuando los individuos actúan o evalúan situaciones, más que basarse en la información ‘objetiva’, se apoyan en sus creencias preexistentes, lo cual simplifica enormemente el proceso atributivo. Los individuos recogen información sesgada. Como indica la teoría de la exposición selectiva, las personas prefieren la información que concuerda con sus creencias y actitudes previas, y rechazan la que es disonante (Morales et al., 1994).

Estas creencias, o atribuciones sociales, son compartidas por grandes cantidades de personas en y entre sociedades (Hewstone, 1992; Morales, 1994; Paez, Marques & Insúa, 1994; Sánchez-Vallejo et al., 1998). El planteo de las atribuciones sociales a nivel cultural nos lleva nuevamente a lo que Heider ya había señalado, la cuestión de las creencias del sentido común, y nos permite preguntarnos de dónde provienen. Desde el campo de la atribución social, no hace mucho que los investigadores se han ocupado de las creencias del sentido común. Fletcher, en 1984, examinó tres aspectos del sentido común, que destacan la naturaleza compartida de los conocimientos (en Hewstone, 1992):

- 1- es el conjunto de premisas compartidas acerca de la naturaleza del mundo físico y social. Son conocimientos tácitos y universales que nos permiten entender el mundo en el que vivimos.
- 2- es un conjunto de máximas culturales y creencias compartidas respecto de la naturaleza del mundo físico y social. Estos conocimientos son relativistas y se sustentan explícitamente.
- 3- Es una manera compartida y casi siempre tácita, de pensar sobre el mundo físico y social.

Los juicios de atribución pueden ser analizados en un orden creciente de complejidad. Los principios de primer orden, o relaciones causales, implican una única observación. Los principios de segundo orden, como el principio de covariación, implican múltiples observaciones de las relaciones causa/efecto. La mayoría de las investigaciones se han centrado en los principios de primero y segundo orden, olvidando los de tercer orden, es decir, las teorías que guían las inferencias respecto de cómo las causas se combinan y actúan. Las representaciones sociales son una aproximación al sentido común, que parece complementar la teoría de la atribución; en tanto que son conocimientos representados en la sociedad y compartidos por sus miembros en forma de teorías del sentido común sobre todos los aspectos de la vida y de la sociedad (Hewstone, 1992). Las representaciones sociales son categorías que influyen en la percepción de la información social. Por supuesto, son los individuos y no los grupos o sociedades los que piensan y hacen atribuciones, pero lo hacen a partir de información ampliamente difundida. Información que conforma, como señala D'Andrade (en Hewstone, 1992) un 'fondo de información cultural'.

Desde una perspectiva semejante, aunque de mayor complejidad, Mugny y Doise (1991), señalan que los procesos de influencia social deben ser analizados desde cuatro niveles de complejidad creciente: intraindividual, interindividual, intergrupal, y cultural o ideológico. El primero apunta a los procesos cognitivos y de personalidad. El nivel interindividual remite a las relaciones microsociales o intersubjetivas. El tercer nivel, intergrupal, enfoca en la presión que ejercen unos grupos sobre otros. El nivel cultural o ideológico podría considerarse macrosocial, en tanto resignifica todos los demás niveles. Una conducta individualista en el contexto oriental (Hofstede, 2001), por ejemplo, puede

significar una ruptura con el entorno, pero en el marco occidental la misma conducta puede implicar justamente lo contrario, una aceptación de los patrones vigentes.

En 1943, Ichheiser se interesó por las pautas colectivamente condicionadas de la mala interpretación, a la que respondían casi todos los miembros de un grupo o sociedad. Estas malas interpretaciones, que no están determinadas por la experiencia de los individuos, son fundamentales para crear el ambiente psicosocial de la vida cotidiana. Según Ichheiser, las malas interpretaciones no son errores, sino algo indispensable para el funcionamiento de una cultura (en Hewstone, 1992). Sin embargo, el mismo Ichheiser, quien definió al *error fundamental de atribución* como la tendencia de las personas occidentales, básicamente individualistas, a adjudicar el éxito y el fracaso a razones personales, reconocía que el individualismo como representación, puede ser engañoso. En su análisis del desempleo señala que atribuir el fracaso a cuestiones personales deja de lado el contexto y las condiciones sociales en que este aparece. Es decir, aunque no califica a la mala interpretación como un error, tampoco dejaba de reconocer que a veces pueden llevar a errores socialmente costosos. Por otro lado, como se señaló con anterioridad, el mismo individualismo puede ser considerado una respuesta colectiva.

La brujería, las persecuciones y la conspiración, pueden ser entendidas en este sentido, como atribuciones sociales. Durante la Edad Media, por ejemplo, las brujas fueron las responsables de calamidades sociales y naturales. Responsabilizar a las brujas cumplía una doble función, por un lado evitar males futuros y por otro, reparar los daños ya acaecidos (Hewstone, 1992). Brujas, persecuciones y conspiraciones, fueron funcionales para los individuos y grupos, en tanto permitían controlar una realidad ingobernable por otros medios, pero a su vez justificaron acciones atroces. Por supuesto que estas ideas ampliamente compartidas responden a un momento histórico y a un contexto sociocultural

determinado, y por lo tanto han ido cambiando en función del tiempo y del espacio. En este sentido, dos grupos culturalmente diferentes harán atribuciones diferentes.

En el contexto sociocultural actual, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, determinadas creencias acerca de la salud y la delgadez, pueden tener también –con otra magnitud- consecuencias duales. Frente a preguntas tales como: “¿cuáles son las causas de la salud?”, “¿es malo para la salud estar gordo?”, “¿las dietas hipocalóricas, son más saludables?” pueden presentarse sesgos atributivos que protejan la salud, o que por el contrario favorezcan conductas alimentarias perjudiciales.

La mayoría de las personas se preocupan por la salud y están dispuestos a tomar medidas preventivas para garantizar el mantenerse en buenas condiciones y evitar caer enfermos. Sin embargo, las actitudes al respecto no son estrictamente racionales, de lo contrario no habría nadie que fumara cigarrillos, por ejemplo. Aparentemente, los fumadores subestiman el riesgo de contraer cáncer de pulmón o la gravedad de esta enfermedad. Creencias erróneas como las mencionadas se hallan muy extendidas y no se limitan a los fumadores y al cáncer de pulmón (Jaspars & Hewstone, 1988). Muchas veces las personas establecen correlaciones allí donde no las hay. Al considerar si una enfermedad puede evitarse o qué conductas hay que adoptar para cuidar la salud, las personas toman en consideración sus estimaciones subjetivas de riesgo y gravedad, lo que puede resultar fuertemente erróneo. Según Herzlich (1973), dichas creencias son inseparables de nuestras representaciones sociales de la salud y la enfermedad.

## **2.1 Optimismo ilusorio y percepción de riesgo**

Desde el marco teórico de las atribuciones y en el campo de la salud, la Psicología Social ha prestado especial atención a ciertas conductas que pueden tener incidencia sobre la salud y que son englobadas dentro del concepto de ‘conductas de riesgo’. El marco teórico desde

el cual se han desarrollado estos trabajos incluye el ‘riesgo percibido’. Cuando una persona cree que está libre del riesgo de contraer enfermedades o de que le ocurran acontecimientos negativos, no estará motivada para realizar conductas preventivas. Esta percepción de ausencia de riesgo ante la vida puede ser explicada, como ya se dijo, por las ilusiones cognitivas. Cuando estos sesgos implican una apreciación excesivamente positiva de uno mismo o de su entorno, estamos ante lo que se denomina ‘optimismo ilusorio’, y cuando se niega toda posibilidad de que ocurran acontecimientos negativos, ‘ilusión de invulnerabilidad’ (Sanchez Vallejo et al., 1998).

Algunos autores consideran que tanto el optimismo ilusorio como la ilusión de invulnerabilidad pueden servir para el mantenimiento de la autoestima, pueden deberse a falta de experiencia personal frente a determinados acontecimientos, o pueden responder a estereotipos que se manejan socialmente respecto de qué sujetos están en riesgo de que les suceda algo negativo como por ejemplo contraer una enfermedad. También puede considerárselas estrategias de afrontamiento frente a amenazas reales o imaginarias.

El optimismo ilusorio provoca juicios sesgados positivamente respecto de uno mismo, que en casos de estados depresivos o baja autoestima suelen modificarse, aumentando los juicios negativos. Por eso son considerados como adaptativos por muchos autores. Otros en cambio, apuntan al riesgo que pueden implicar las ilusiones cognitivas en la vida cotidiana y particularmente en relación con la salud, como se dijo anteriormente, en tanto llevan a las persona a exponerse a riesgos que podrían haber sido evitados (Sanchez Vallejo et al., 1998). Si un individuo cree, por ejemplo, que es invulnerable a una enfermedad contagiosa o infecciosa al asociarla a un grupo estereotipado como los homosexuales, aunque esto lo tranquilice, aumenta su riesgo ya que se basa en un análisis sesgado. Si trasladamos dichas observaciones al terreno de la problemática planteada por

esta investigación; los alimentos dietéticos y su relación con un cuerpo sano; una persona puede evitar ciertos alimentos por creer que son malos para la salud, y por esta razón no ingerir los nutrientes necesarios.

## CAPÍTULO II

### LA DIETA Y EL CUERPO EN EL CONTEXTO SOCIOCULTURAL

#### 1. LA DIETA Y EL CUERPO COMO CONCEPTOS HISTÓRICOS

Ya los griegos se ocuparon del cuerpo y de la dieta alimenticia con gran interés. Una de las frases célebres por las que se recuerda a Juvenal, de fines del siglo I de la era Cristiana, es ‘mens sana in corpore sano’, o ‘mente sana en un cuerpo sano’, lo que apuntaba al equilibrio entre mente y cuerpo. Pero dicho equilibrio no era espontáneo, sino que estaba claramente pautado. Según Foucault (1991), la práctica de la medicina en la Grecia Clásica era muy extendida y valorada. No sólo era entendida como una práctica que estaba al servicio de curar la enfermedad con remedios y operaciones, “*debía también, bajo la forma de un corpus de saber y de reglas, definir una manera de vivir, un modo de relación meditada con uno mismo, con el propio cuerpo, con los alimentos, con la vigilia y el sueño, con las diferentes actividades y con el medio ambiente. La medicina debía proponer, bajo la forma del **régimen**<sup>1</sup>, una estructura voluntaria y racional de conducta*” (p. 94- 95).

En los albores de nuestra civilización ya se encuentra esta preocupación por la dieta. Los griegos, además, pensaban que el cuerpo sano se alcanzaba con el ejercicio físico. No es necesario explayarse en el acento puesto por los creadores de los Juegos Olímpicos en el desarrollo de la destreza física. Alimentación y ejercicio, siguen siendo aún en nuestro tiempo dos elementos fundamentales para alcanzar el bienestar. Claro que es interesante hacer un alto en lo que los griegos entendían por régimen saludable o ejercicio físico. Según Foucault (1991), una existencia razonable para los griegos, requería una ‘práctica de

---

<sup>1</sup> la negrita es de la autora

salud' que permitiera saber a 'cada instante' qué hacer y cómo hacerlo. El médico griego Ateneo, por ejemplo, recomendaba para afrontar el invierno:

*En cuanto a la alimentación, se escogerá la que puede calentar las partes del cuerpo y disolver los líquidos cuajados y espesados por el frío. Las bebidas consistirán en hidromiel, en vino enmielado, en vino blanco, viejo y oloroso, en general en sustancias capaces de atraer toda la humedad, pero se disminuirá la cantidad de bebida; el alimento seco será fácil de elaborar, bien fermentado, bien cocido, puro, y se mezclará con hinojo y con viznaga<sup>2</sup>. En lo que hace a las hortalizas se comerá col, espárragos, puerros, cebolla tierna hervida y rábano blanco hervido; en cuanto a pescado, peces de roca, que se distribuyen fácilmente en el cuerpo; en cuanto a carnes, aves de corral y entre las otras especies, cabrito y lechón; en cuanto a salsas, las que se preparan con pimienta, mostaza, jaramago, garo y vinagre,*  
(Foucault. 1991, p. 97).

Aún son más llamativas las prescripciones respecto al ejercicio recomendable: la lectura en voz alta, las armas, la pelota, la carrera y la caminata, esta última, especialmente en terrenos sinuosos y al aire libre, y de ser posible, al sol. Pero tanto el cuerpo como la mente sanos eran producto de un intenso trabajo; no quedaban librados a la naturaleza humana (Foucault, 1991). El desarrollo de la filosofía, la medicina, la oratoria y las artes en la Grecia Antigua dan cuenta del 'trabajo' de la mente. El lugar que ocupó el deporte en el desarrollo del cuerpo -como sinónimo de trabajo corporal- queda de manifiesto tanto en los Juegos Olímpicos como en los tratados de medicina (Foucault, 1991).

Y hablar del cuerpo lleva necesariamente a hablar de sexualidad. Según Foucault (1991) para los griegos la relación con el cuerpo y la sexualidad era ambigua. Por un lado reconocían la importancia del deseo como herramienta de la naturaleza para la continuación de la especie. Por otro lado, la relación sexual era considerada tanto fuente de salud como de enfermedad. En cuanto al deseo, si bien pensaban que la naturaleza había fallado al hacer un cuerpo tan imperfecto que necesitaba regenerarse permanentemente, estimaban

---

<sup>2</sup> Planta medicinal antiespasmódica

que al menos había encontrado la forma de solucionar esa debilidad física a través de la reproducción. En cuanto a la sexualidad como fuente de salud y enfermedad, sobre todo hacían hincapié en la necesidad de evitar los excesos del cuerpo -sexuales y también alimenticios. La moderación e incluso la abstinencia llegaron a ser consideradas necesarias como garantía de salud.

En el medioevo, señala el historiador Le Goff (2005) el cuerpo ya no era el lugar de la ambigüedad, sino de la paradoja. El cristianismo no dejó de reprimirlo; por ejemplo el Papa Gregorio Magno dijo que ‘el cuerpo es el abominable vestido del alma’. Al mismo tiempo lo glorificó desde el lugar del ‘cuerpo sufriente de Cristo’.

*La humanidad cristiana descansa tanto en el pecado original -transformado en la Edad Media en pecado sexual- como en la encarnación: Cristo se hace hombre para salvar a este de sus pecados. [Sin embargo] en las prácticas populares, el cuerpo es encausado por la ideología anticorporal del cristianismo institucionalizado, pero resiste a su represión. La vida cotidiana de los hombres de la Edad Media oscila entre Cuaresma y Carnaval [...]. De un lado lo magro, del otro lo graso. De un lado el ayuno, del otro la comilona y la gula. Este balanceo está relacionado sin duda con el lugar central que ocupa el cuerpo en el imaginario y la realidad de la Edad Media.*

(Le Goff, 2005, p. 33)

A pesar de esta paradoja, podemos decir que la Edad Media fue la época de la gran renuncia del cuerpo. Desaparecen las termas y el deporte, el teatro griego y romano. El culto al cuerpo de la antigüedad cede a su demonización: la mujer es considerada fuente de pecado, la sexualidad es controlada -mientras en la antigüedad era fuente de salud, ahora sólo se considera para la procreación-, el trabajo manual descalificado, la risa y toda gesticulación son condenadas; la lujuria y la gula son asociadas. La jerarquía eclesiástica, en la alta Edad Media, impone la renuncia al placer y la lucha contra las tentaciones. La reforma del siglo XI y comienzos del XII refuerzan la privación y la renuncia en el plano

alimenticio y la imposición de sufrimientos voluntarios como la flagelación y el cilicio. Con el Papa Gregorio VII (1073-1083), se instituye el celibato entre los sacerdotes. Al mismo tiempo se restringe la sexualidad laica. Dentro del matrimonio, por ejemplo, la libertad sexual sólo será autorizada 180, 185 días al año. A partir del siglo XIII, el calendario alimenticio amplía la abstinencia de carne a tres veces por semana, y los ayunos de Cuaresma, t mporas, víspera de fiestas y de los viernes (Le Goff, 2005).

En consonancia con estos cambios algunos autores como Brumberg (1988), Bell (1985), Walker Bynum (1990) (en Rutzstein, 1997) señalan que hay una continuidad entre las jóvenes que padecen anorexia nerviosa en la actualidad y las Santas Ayunadoras de la Edad Media. El control, la disciplina e incluso la tortura del cuerpo fueron herramientas al servicio del acceso a la divinidad, especialmente entre las mujeres.

*Según la historiadora J. J. Brumberg (1988), en la historia de la civilización occidental ha habido por lo menos dos períodos en los que el rechazo de la alimentación y el control del apetito han sido aspectos notables de la experiencia femenina: en el catolicismo entre los siglos XIII y XIV, y actualmente en la era postindustrial. En la primera época, el control del apetito estaba ligado a la piedad y a la creencia; por medio del ayuno, se luchaba por la perfección a los ojos de Dios. En cambio la anoréxica moderna lucha por la perfección en términos de un ideal de belleza impuesto por la sociedad.[...].*

(Rutzstein, 1997, p. 111)

El ayuno que practicaban algunas santas era visto como un modo de purificación. Si bien la iglesia católica promovía el ayuno, nunca apoy  los límites extremos. No todas las ayunadoras medievales lograron convencer a la iglesia de que sus conductas poco habituales estaban inspiradas en Dios, pero quienes lo consiguieron, alcanzaron gran poder dentro de la jerarquía eclesiástica (Rutzstein, 1997).

## **2. EN LA MODERNIDAD**

Levi-Strauss sostuvo que *“en todos los tiempos y lugares, el hombre ha buscado la forma de transformar su cuerpo en un producto de sus propias técnicas y representaciones”* (en Jodelet, 1984). Según Jodelet, el antropólogo francés dejó el terreno dispuesto para dirigir la atención al primer sociólogo que en la modernidad se ocupó del cuerpo como fenómeno social, Marcel Mauss, quien describió a las *técnicas del cuerpo* como acciones corporales altamente desarrolladas. Para comprender acciones como la marcha, por ejemplo, hay que hacer intervenir tres factores: una consideración fisiológica y anatómica de la marcha, así como una psicológica y una sociológica. Estas técnicas están divididas por género, edad y clase. Así, la forma ‘correcta’ de comer, sentarse, correr o criar a un niño, está pautada según la cultura y según el segmento social al que el individuo pertenece (Mauss, 1934).

Las técnicas corporales están adaptadas a cada situación y son un ‘arte’ que debe ser aprendido a partir de la educación y de la imitación. Imitamos a quien consideramos prestigioso -el niño imita las acciones del padre. *“Es precisamente en esta noción de prestigio de la persona que hace el acto ordenado, autorizado, probado con relación al individuo imitador, que se encuentra el elemento social. En el acto imitador que sigue se encuentran tanto el elemento psicológico como el biológico. Pero el todo, el conjunto está condicionado por los tres elementos indisolublemente mezclados”* (Mauss, 1934, p. 8). Además, señala Mauss, hay que agregar todas las nociones concernientes a la fuerza mágica, así como los símbolos morales e intelectuales. Actos que creemos naturales son en realidad actos físicos, técnicos, mágico-religiosos, morales y hoy podríamos agregar, científicos, todos se entremezclan y confunden para el actor. *“Lo que puedo decir, es que veo aquí a los hechos psicológicos como engranaje y no como causa, salvo en los momentos de creación o reforma. Los casos de invención son raros. Los casos de adaptación son una cuestión psicológica individual. Pero generalmente son dirigidos por*

*la educación, o al menos por las circunstancias de la vida en común, de contacto”*, concluye Mauss (1934, p. 24).

El aprendizaje social determina las pautas de conducta relacionadas con el cuerpo. A los efectos de esta investigación, la atención puesta en el cuerpo no tiene que ver con el cuerpo físico, sino, como señala Jodelet (1984), con el cuerpo aprendido. Para la medicina occidental, en cambio, la preocupación estuvo históricamente dirigida al tratamiento del cuerpo humano, no como objeto social, sino sólo como objeto físico. Sin embargo, las concepciones que la gente tiene de su cuerpo pueden tener importancia tanto clínica como socialmente. Nos encontramos aquí en la esfera de la representación social del cuerpo humano (Farr, 1982). El cuerpo es al mismo tiempo un objeto público y privado, y su representación está ligada a cuestiones psicológicas, sociales y culturales (Jodelet, 1984).

El estatus social del cuerpo se ve reflejado tanto en cómo está determinado socialmente, como en la manera en que es incluido en los debates sociales. Estos demuestran que la experiencia, las prácticas respecto del cuerpo y el estado físico están ligados a la regulación y el aprendizaje sociales. Asimismo revelan que el cuerpo cae bajo el creciente control institucional en el terreno sexual, médico y deportivo, y como consecuencia está en el centro de los debates de los movimientos innovadores. Es por eso que los modelos de pensamiento y conducta modifican el modo de pensar y experimentar el cuerpo. El cuerpo se transforma entonces en un objeto institucionalizado, al que las personas sólo tienen acceso a través de canales autorizados que adquieren en la comunicación social. Las personas en la actualidad son receptivas a múltiples informaciones, provenientes de otras culturas, del psicoanálisis, de la bioenergética, etcétera. Esto lleva a ideas y valores conflictivos respecto del cuerpo que permiten observar los cambios históricos y sociales en que la representación está inmersa (Jodelet, 1984).

Numerosos autores destacan que el aumento en los últimos años de los trastornos de la alimentación da cuenta de la clara influencia que tiene los factores sociales sobre nuestro físico (Altabe & Thompson, 1996; Connors, 1996; Giddens, 1997; Jodelet, 1983; Mora Giral & Raich Escursell, 1994; Perpiñá & Baños, 1990; Raich et al., 1996; Toro, 2006). Todos los seres humanos tenemos un cuerpo material, pero ese cuerpo está influido por nuestras experiencias sociales, y por los valores y normas de nuestros grupos de pertenencia. La sociología del cuerpo, destaca Giddens (1997), estudia por un lado el cambio social que se ha ido produciendo respecto del cuerpo; por el otro estudia la influencia de la ciencia y la tecnología, que ha llevado a alejar al cuerpo de la naturaleza. Esto último refiere tanto a las nuevas tecnologías en reproducción como a la contaminación ambiental. Y agrega, hay que considerar lo que Foucault (1988) denominó ‘tecnologías sociales’, es decir cualquier tipo de intervención regular sobre el funcionamiento de nuestro cuerpo para modificarlo de determinada manera, como por ejemplo las dietas.

Para entender los cambios que en los últimos años se produjeron en la imagen corporal deseable, hay que inscribirlos en cambios sociales más amplios, incluido el impacto de la globalización. En occidente, el deseo de ser delgado -y el concomitante aumento de los trastornos de la alimentación y paradójicamente de la obesidad- coincide con la globalización en la producción de los alimentos. La tecnología para refrigerar los alimentos y el transporte permitieron el almacenamiento, y con ello la posibilidad de acceder a cualquier tipo de alimento, en cualquier época del año, en cualquier punto del planeta. La disponibilidad de los alimentos, al menos entre la población con recursos económicos suficientes, obliga a tener que hacer una selección de lo que se va a comer. Esta decisión está fuertemente influenciada por la información médica con que la ciencia nos bombardea

desde los medios masivos de comunicación, que refuerza no sólo cierto tipo de alimentos, sino también la necesidad de hacer ejercicios sistemáticamente (Giddens, 1997).

La preocupación por tener un cuerpo delgado afecta más a las mujeres que a los hombres, porque se hace más hincapié en el atractivo femenino y porque el ideal de belleza para hombres y mujeres es diferente. Mientras las mujeres centran su ansiedad en el miedo a engordar debido a que su cuerpo ideal es esbelto y delgado; los hombres se preocupan por alcanzar un cuerpo musculoso. Algunos hombres tienen una compulsión a la musculación equiparable a la compulsión por adelgazar de las anoréxicas. Los trastornos de la alimentación en las mujeres ponen de manifiesto que si bien la mujer ha ido ganando un lugar más activo en el mundo público (gracias a las luchas feministas) aún se la sigue juzgando más por su figura que por sus logros (Croft 2004; Giddens, 1997; Jodelet, 1996). Esto se inscribe en la cultura de la imagen que invadió al mundo social.

### **3. EN LA POSMODERNIDAD**

Algunos autores consideran que la modernidad ha quedado atrás y ya entramos en la posmodernidad (Burr, 1995; Lipovetsky, 1994). Según Lipovetsky:

*[...] las sociedades contemporáneas cultivan dos discursos aparentemente contradictorios: por un lado el de la revitalización de la moral, por otro el del principio de la decadencia que ilustra el aumento de la delincuencia, los guetos en los que reina la violencia, la droga y el analfabetismo, la nueva gran pobreza [...]. Sin duda los lazos entre estos dos polos no faltan, ya que la efervescencia ética puede ser interpretada como reacción a la decrepitud de los comportamientos, como recuperación de las conciencias confrontadas con el engranaje de la irresponsabilidad individualista.*

(1994, p.9, 10)

Para el autor, a partir de la Ilustración, los pensadores se esforzaron por sentar las bases de una moral independiente de la religión, liberada de los premios y castigos del más allá. De 1700 a 1950 se estableció la primera ola de la ética laica, caracterizada por el

‘deber’ moral. Las primeras democracias individualistas idealizaron la obligación moral y con ella los deberes del hombre y del ciudadano, a través de normas austeras y represivas de la vida privada. *“Pasión del deber dictada por la voluntad de conjurar la dinámica licenciosa de los derechos del individuo moderno, de regenerar las almas y los cuerpos, de inculcar el espíritu de disciplina y el dominio de uno mismo, de consolidar la nación por la vía de una unidad moral necesaria para las sociedades laicas”* (p. 11). En este contexto, los modernos no rompieron con la tradición moral de renuncia de sí que acompaña al deber ser, aunque la obligación se transfirió de Dios hacia uno mismo, hacia los otros y hacia la comunidad.

Hasta aquí, lo que caracteriza a la modernidad; pero lo que da cuenta del tránsito hacia la posmodernidad es el pasaje de la era del deber a la del placer. Nuestra sociedad banaliza el ideal de abnegación, mientras idealiza los deseos inmediatos, la pasión, la felicidad centrada en uno mismo y apoyada en cuestiones materiales. Lo que importa es el bienestar de la mano de los derechos subjetivos. Una ética débil y mínima caracteriza a las sociedades posmoralistas. Sin embargo, la era del pos deber, siguiendo a Lipovetsky (1994), no es la de la tolerancia permisiva, cuyo único objetivo es el crecimiento de los derechos individualistas. Mas bien implica la convivencia de dos modalidades, aunque remitan a grupos sociales muy desbalanceados: grupos periféricos fundamentalistas y grupos hegemónicos cuya ética es ligera, propensa al diálogo, pragmática, con límites amplios, criterios múltiples, reglas y excepciones.

La sexualidad y hasta el propio cuerpo, están atravesados por este proceso posmoralista. Después de la revolución sexualista de las décadas de 1960-70, en 1980 vuelve a aparecer periódicamente la crítica al sexo y el retorno de la castidad. El miedo al Sida, Internet o las ofensivas feministas llevan a replantearse el amor a distancia y la

disciplina de los sentidos como una alternativa viable. La revolución sexual quedó atrás, no porque el imperio de los sentidos haya alcanzado una posición hegemónica, sino todo lo contrario, también el sexo fue alcanzado por la relativización cultural, la desideologización y el desapasionamiento colectivo. *“Menos ansiedad sexualista no significa renuncia a uno mismo, sino pasión más ansiosa del ego, exigencia de excelencia, reorientación de las ambiciones narcisistas hacia la higiene de vida y hacia la actividad profesional, preocupación de autocontrol, de reequilibrio y de diversificación de las motivaciones existenciales”* (Lipovetsky, 1994, p. 72).

La ‘dictadura del orgasmo’, en palabras de Lipovetsky (1994), quedó atrás. Todas las actitudes frente al sexo son igualmente aceptables, ya no es obligatoria la liberación sexual: moralismo sexual, transexualismo, desinterés, parejas transitorias, industria porno, todo vale. Esta es una época caracterizada por la autosuficiencia y la autoprotección, donde el otro es visto más como un peligro o una molestia que como fuente de placer. El individualismo crece y lo que importa son los deberes hacia uno mismo. Es una sociedad sin tabúes opresivos pero *limpia*, libre pero apagada, tolerante pero ordenada, abierta, pero cerrada al yo. Una moral lavada donde lo más importante son los deberes hacia uno mismo.

En relación con el cuerpo se está produciendo el mismo giro, del deber hacia la propia persona y al propio cuerpo, al derecho de autodeterminación subjetiva, derecho individualista a la libre disposición del cuerpo (Lipovetsky, 1994). En distintos países está ganando terreno la tolerancia a las operaciones para cambiar de sexo, alquilar el propio vientre, o la donación o venta de sangre, órganos o esperma. Sin entrar a debatir estas cuestiones que ameritarían al menos una fuerte contextualización socio-económica, y aunque las opiniones están divididas, estos cambios hablan de una mayor laxitud en la

relación con el propio cuerpo que sólo encuentra sus límites en la protección de la persona por la ley.

Igualmente, el respeto a la vida sigue vigente. El hombre debe velar por el mantenimiento del cuerpo, tratando de alcanzar la perfección. Hasta 1950, la higiene corporal, de la ropa, la alimentación y la vivienda, eran obligaciones morales, de respeto hacia uno mismo. En la actualidad la relación del sujeto con su propio cuerpo ya no remite al ámbito de las obligaciones, sino del bienestar y del placer: retórica sensualista, estética, intimista. Todo tiende al bienestar narcisista. La higiene corporal ya no remite a la salud o la disciplina moral, sino a la seducción y la autoseducción. *“El eclipse de la moral individual coincide con un egotropismo de masas obsesionado por la forma y la línea, ávido de deporte y de alimentación biológica, de sistemas activos antiarrugas y de cremas reestructurantes, de regímenes dietéticos y de productos light”* (Lipovetsky, 1994, p. 102).

#### **4. LA IMAGEN CORPORAL COMO PRODUCTO SOCIOCULTURAL**

##### **4.1 El componente cognitivo de la imagen corporal**

El término *imagen corporal* ha sido usado como un gran paraguas que cobija numerosas variables relacionadas con la apariencia física. Por ejemplo Cash y Brown (1987) describieron los componentes afectivos, cognitivos y conductuales de la imagen corporal. Otros como Garner y Garfinkel (1981) usaron el término imagen corporal para dar cuenta de la representación interna que un individuo tiene de su propia apariencia física (en Altabe & Thompson, 1996). Altabe y Thompson (1996) sostienen que la imagen corporal, puede ser entendida como una representación mental interna, desde el componente cognitivo.

Por su parte, Gardner (1996) señala que hay un consenso general respecto de los principales componentes de la imagen que un individuo tiene de su apariencia física. Estos son el componente perceptual –exactitud en la estimación del tamaño corporal, o *distorsión de la imagen corporal*- y el componente actitudinal –actitudes o sentimientos que el individuo tiene hacia su cuerpo, o *satisfacción con la imagen corporal*. Para estudiar la imagen corporal ha adquirido gran popularidad el uso de siluetas o figuras a partir de las cuales los participantes deben determinar cuál se asemeja más a su propia imagen y cuál les gustaría tener, dentro de un número variable de dibujos que representan la figura humana en una gradación que va de la extrema delgadez a la obesidad. La discrepancia entre el tamaño del cuerpo percibido (o imagen percibida) y el tamaño real indica distorsión de la imagen corporal, y la discrepancia entre la imagen percibida y la ideal indica insatisfacción corporal.

Según Altabe y Thompson (1996) la imagen corporal como esquema, es un constructo útil para entender tanto los trastornos de la alimentación como la angustia que a muchas personas les genera su propia apariencia. Los autores sostienen que las cogniciones respecto de la imagen corporal actúan como un esquema. La activación de este esquema puede deberse, por ejemplo, a que el sujeto sea expuesto en su vida cotidiana a revistas de moda o publicidades con mujeres bellas y delgadas. Una vez que el esquema es activado, se despiertan las deficiencias percibidas (al contrastar la propia imagen con las imágenes “ideales”) lo que desencadenará un estado de ánimo negativo o angustia respecto de la propia imagen corporal. En este contexto pueden surgir consecuencias emocionales como la depresión y la ansiedad, ya que se modifica el estado anímico. Por eso, y por la importancia

que la imagen corporal tiene en nuestro contexto cultural, se la suele asociar con la autoestima.

#### **4.2 Trastornos de la Imagen Corporal**

La insatisfacción corporal es esperable en una cultura, como la occidental, que glorifica la juventud, la salud y la belleza (como sinónimo de delgadez). La preocupación por la silueta es exagerada y esto conlleva trastornos emocionales que interfieren la vida diaria. El trastorno de la imagen corporal implica una exacerbada preocupación por algún defecto imaginario o exagerado de la apariencia física, que genera malestar (Raich et al., 1996).

En una revisión de 25 estudios, Morris y Katzman (2003) observaron que las mujeres expuestas a imágenes femeninas con cuerpo ‘ideal’, mostraron mayor insatisfacción corporal que aquellas expuestas a cuerpos “normales” o gruesos, o a objetos inanimados. Estos resultados se vieron agravados en mujeres menores de 19 años. Otro estudio, realizado por Stice y Shaw (1994), concluyó que las mujeres expuestas tan sólo durante tres minutos a este tipo de imágenes presentaban mayores sentimientos de depresión, vergüenza, culpa, estrés, inseguridad e insatisfacción corporal (en Toro, 2006). Cabe preguntarse qué sucederá con las mujeres de nuestra cultura, expuestas día tras día desde la infancia, a este tipo de imágenes.

Cruz y Maganto (2003) señalan la prevalencia de alteraciones de la imagen corporal en poblaciones cada vez más jóvenes y su asociación con los TCA. Las autoras estudiaron los índices de distorsión e insatisfacción con la propia imagen corporal en población no clínica y su posible relación con el IMC, a partir de una muestra de 126 chicas y 119 chicos de 14 a 17 años de nivel socioeconómico medio-alto. Los resultados indicaron que las variables distorsión e insatisfacción son más frecuentes en chicas que en chicos, que el IMC

mediatiza los resultados y que la insatisfacción está más relacionada con las alteraciones de la conducta alimentaria que la distorsión.

Las autoras explican que el IMC está estrechamente relacionado con la distorsión. Sólo el 9,5% de las adolescentes no distorsionó. Entre ellas, las que menos distorsionaron fueron las de mayor IMC; en cambio, las de menor IMC distorsionaron más. En cuanto a la insatisfacción corporal, el 36% estuvo satisfecha con su imagen, y sólo el 6,7% quería tener una figura mayor a la que tenía frente a casi el 60% que deseaba ser más flaca. Al relacionar insatisfacción con IMC observaron que a mayor IMC, menor satisfacción.

*Las teorías socioculturales, según Mora y Raich (1992), confirman que sobre las mujeres hay una mayor presión sociocultural en relación al ideal estético corporal propuesto socialmente. Los medios de comunicación, así como el ámbito familiar y educativo, entre otros, transmiten de múltiples y subliminares maneras dicho modelo, originando una asociación entre autoestima y atractivo físico. El mayor interés de la mujer por asemejarse a los cánones de belleza imperantes facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, ocasionando insatisfacción corporal”.*

(en Cruz & Maganto, 2003, pág. 83)

Strauman y Higgins (1987), sostienen que cuando no coincide lo que me gustaría ser -el ideal- y lo que debo ser, con lo que soy, surgen emociones negativas. La discrepancia entre el ideal y el ser real suele estar acompañada de la ausencia de resultados positivos, y el no logro de esperanzas y deseos; por lo que también se predicen emociones negativas relacionadas con la depresión, como tristeza y decepción. Al surgir aquella discrepancia la persona siente que no cumple con las obligaciones que le corresponden y lo asocia con sanciones, por lo que anticipa resultados negativos y son esperables la activación de emociones de aprensión y nerviosismo.

Algunos autores sostienen que la insatisfacción corporal conduce a TCA cuando la persona hace descansar en el peso y el tamaño corporal cuestiones de identidad y control.

Algunas jóvenes convierten al cuerpo perfecto en un proyecto existencial, que da sentido, coherencia y plenitud emocional a sus vidas, que de otro modo no tendrían. Algunas creen que al controlar el comer, el peso, su forma, de alguna manera suplen el descontrol que invade otras áreas de sus vidas. Estos dos objetivos ofrecerían a la persona con TCA una solución a sus sufrimientos, confusión y sentido de inadecuación, al identificarse a sí misma con su peso (Vitousek & Hollon 1990, en Herman & Polivy, 2002).

Al depender fuertemente la autoestima del atractivo físico, cuando las mujeres no pueden tener el cuerpo que les gustaría y que creen que a los demás les gustaría que ellas tengan, esto se convierte en un imperativo a alcanzar que provoca insatisfacción corporal y permiten anticipar que el estado de ánimo (ansiedad y depresión) y la autoestima de las mujeres que no respondan al ideal se verá afectada (Herman & Polivy, 2002). Esto se ve confirmado en los resultados de numerosas investigaciones. En un estudio de Cruz y Maganto (2003) respecto de la insatisfacción corporal, se observó que mientras el 55,6% de los chicos está satisfecho con su imagen corporal -y la otra mitad se divide equitativamente entre sujetos que desean estar más delgados y los que desean estar más gordos- el porcentaje de chicas satisfechas es sólo del 36%. La inmensa mayoría de las que no se encuentran satisfechas quieren estar más delgadas, incluso las de menor IMC. Una de las conclusiones más relevantes si se considera la variable sexo, es que los chicos de IMC bajo son los que tienen los menores índices de satisfacción; en cambio las chicas de IMC bajo son las que presentan mayor porcentaje de satisfacción corporal.

Por todo lo expuesto, hay autores que se muestran cautelosos al hablar de alteraciones de la imagen corporal como rasgo patognomónico de los trastornos alimenticios, dado que existe un gran solapamiento entre la población clínica con trastorno alimentario y las mujeres que no tienen ese diagnóstico. Incluso algunos trabajos parecen

confirmar que la distorsión correlaciona con la insatisfacción corporal y la preocupación por adelgazar también en mujeres sin trastornos de alimentación (Connors, 1996; Cruz & Maganto, 2003; Mora & Raich, 1994; Raich et al., 1996; Striegel-Moore & Smolak, 1996).

Remitiéndonos al contexto argentino, en una investigación realizada en la ciudad de Avellaneda de la provincia de Buenos Aires por Vega y Quiroga en el 2003 (en Casullo, 2006) con una muestra de 1720 estudiantes de 13 a 23 años, se alcanzaron los siguientes resultados: el 25% de las participantes tuvieron trastornos de la imagen corporal, el 19% reconoció presentar un trastorno de la alimentación y el 11% está en riesgo de alcanzarlo. La adolescencia tardía (de 18 a 23 años) fue el grupo etáreo de mayor prevalencia. El 60% de las adolescentes deseó tener un peso menor al normal (IMC), y sólo el 8% mostró sobrepeso. Cuanto más delgada era la adolescente, mayor era su deseo de adelgazar.

En el contexto latinoamericano, un estudio realizado en el sur de Brasil con escolares de 7 a 11 años, mostró que el 82% estaba insatisfecho con su imagen corporal – aunque estos resultados deben ser contextualizados con los cambios corporales y de identidad propios de la edad. Mientras el 55% de las niñas querían pesar menos, el 28% querían pesar más. Entre los varones, el 43% quería bajar de peso y el 38% aumentar (Nunes, 2006). Por su parte, estudios realizados en Colombia mostraron que la vivencia de bienestar de las jóvenes depende de ‘verse bien’, es decir, estar delgadas. En la población colombiana este ideal de delgadez se enfrenta con las características biológicas -étnicas- de la población general, lo que aumenta los factores de riesgo (Rodríguez Guarín & Gempeler Rueda, 2006). En México, Mancilla Díaz y otros (2006) sostienen que las personas con trastornos de la imagen corporal, más que tener problemas con su cuerpo real, los tienen con un cuerpo imaginario y este se convierte en el valor más importante, lo que conduce a deseos sobrevalorados y obsesivos de delgadez extrema, y pánico a engordar o lipofobia;

características psicopatológicas de los TCA. Estas ideas negativas y repetitivas favorecen el despliegue de conductas altamente riesgosas para la salud como dietas restrictivas, ayunos, ejercicio excesivo, consumo de diuréticos, anoréxicos, laxantes, vómito autoinducido, etcétera.

Numerosos artículos proponen que la gran disconformidad que las mujeres tienen en relación con su cuerpo se debe al ideal de belleza vigente en la actualidad (Crispo et al., 1996; Pipher, 1999; Rausch Herscovici, 1995). Según Rausch Herscovici (1996): “*Seguir un régimen, ayunar, hacer actividad física, estar pendiente de la comida, del peso, son tan comunes en nuestra cultura, que serían pocas las mujeres excluidas si este fuera el criterio de clasificación del TAC*” (p. 36).

Si bien según el DSM III-R APA (1997) y el DSM IV APA (1994), en los estudios sobre trastornos alimentarios ha aparecido la preocupación por la evaluación del trastorno de la imagen corporal, ya que es una de las categorías diagnósticas de Anorexia y Bulimia Nerviosas (en Raich et al., 1996), las investigaciones más recientes abordan el problema de la imagen corporal independientemente de los trastornos de alimentación. Buscan conocer la prevalencia en poblaciones no clínicas de la sobreestimación del peso y de la insatisfacción con la imagen corporal, para indagar si son variables predictoras del riesgo de padecer trastornos alimentarios. Diferentes autores han identificado como variables asociadas a las alteraciones de la imagen corporal, la edad, el sexo, el IMC, la clase social media-alta, la incorporación de la cultura de la delgadez y la preocupación por el incremento de peso (Altabe & Thompson, 1996; Connors, 1996; Mora Giral & Raich Escursell, 1994; Perpiñá & Baños, 1990; Raich et al., 1996). Los datos de estudios realizados en Argentina por Aguirre (2005) muestran que la representación del cuerpo y el

tipo de alimentos que consumen los sujetos está fuertemente sesgada por la clase social a la que pertenecen.

#### **4.3 Autoestima, estado de ánimo y percepción de riesgo de contraer enfermedades**

William James fue el primero en introducir el término autoestima en 1900. Desde entonces, existen tantas definiciones como autores la han estudiado. En un intento por agrupar dichas definiciones, Góngora (2008) las reunió en tres categorías principales: como competencia, como valoración, y como competencia y valoración. La primera relaciona a la autoestima con éxitos y fracasos. James se basaba en el resultado de la conducta y en la diferencia entre el sí mismo ideal y el real. Pero aclaraba que para que el sujeto se sintiera competente, debía obtener resultados positivos en áreas que fueran relevantes para él. El problema de definir la autoestima simplemente por la competencia, o sea a partir del éxito, resulta demasiado frágil para construir una identidad de vida.

La autoestima como valoración, que fue propuesta por Rosenberg en 1965 (en Góngora, 2008), es la respuesta emocional que experimenta un individuo cuando se observa y autoevalúa. Se relaciona con las creencias personales acerca de las propias habilidades, las relaciones sociales y los logros futuros. Un sujeto puede, por ejemplo, tener una alta autoestima sin que haya datos objetivos que avalen esa apreciación, o por el contrario puede tener una baja autoestima incluso cuando él mismo pueda evaluar positivamente ciertos aspectos de su persona -como la inteligencia o el aspecto físico. Algunos autores sostienen que la autoestima se construye a partir de experiencias positivas que exceden los logros esperados. Otros, como Mead (1972), sostienen que la imagen que una persona tiene de sí mismo es un reflejo de la imagen que le devuelven las personas significativas. La mayoría de los investigadores contemporáneos adhieren a esta postura, formulada a comienzos del 1900, desde lo que luego se llamó Interaccionismo Simbólico. Las personas,

se perciben a sí misma como creen ser vistas por los otros, en especial por sus familiares, amigos o compañeros.

La autoestima puede ser un producto cultural -una persona tendría una autoestima alta por pertenecer a determinado grupo, se apoya en la identidad social- o un logro personal, individual. La autoestima puede ser considerada un rasgo global y unitario, o puede estar formada por componentes independientes. Para algunos autores es un rasgo más o menos permanente, para otros un estado que responde a un contexto o momento específicos (Góngora, 2008).

Como se señalara en el apartado anterior, numerosos estudios asocian la insatisfacción corporal con baja autoestima y los trastornos asociados a ella: depresión y ansiedad. Además, hay autores que establecen una relación entre autoestima y género. La autoestima de las mujeres está muy influida por las relaciones sociales -integración interpersonal, protección- y fuertemente atravesada por la imagen corporal (Cruz & Maganto, 2003; Herman & Polivy, 2002; Raich et al., 1996; Stice & Shaw, 1994). Los hombres, en cambio, están más influidos por el éxito objetivo -competición, pensamiento individual.

Existe considerable evidencia sobre la relación entre los TCA, la depresión y la ansiedad social. El estado de ánimo depresivo implica una notable disminución del interés o del placer en todas o casi todas las actividades. Según el DSM IV, los síntomas que lo caracterizan son: estado de ánimo depresivo la mayor parte del tiempo según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o lo registran los otros (p. ej., lo ven llorar); pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito; insomnio o hipersomnia; agitación o enlentecimiento psicomotores; fatiga o pérdida de energía;

sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión; pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Los síntomas depresivos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La ansiedad por su parte, puede ser considerada como estado o como rasgo. La Ansiedad Estado, definida como un corte temporal transversal en la corriente emocional de la vida de una persona, incluye sentimientos subjetivos como: tensión, aprensión, nerviosismo. El nivel de intensidad de la ansiedad estado fluctúa a lo largo del tiempo en función de cómo la persona percibe su entorno –peligroso y amenazante, o seguro. La Ansiedad Rasgo es definida por las relativamente estables diferencias individuales en la tendencia ansiosa. Las diferencias individuales se ven reflejadas en la frecuencia e intensidad con que las personas se enfrentaron en el pasado o anticipan a futuro, situaciones vivenciadas como peligrosas o amenazantes (Leibovich de Figueroa, 1988).

Según el DSM IV, la ansiedad social es el temor pronunciado y persistente que se presenta al enfrentar situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar, o situaciones en las que piensa que será evaluado por los demás. El individuo teme actuar de un modo humillante o embarazoso. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional. Si bien el individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional, trata de evitar las situaciones sociales temidas; o bien las experimenta con ansiedad o malestar intensos. Los comportamientos de evitación y la anticipación ansiosa, interfieren con la

rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

Según González y otros (2002), en los adolescentes existen relaciones significativas entre los desórdenes alimentarios, por un lado, y la depresión, los conflictos familiares, el peso y la altura, por otro. Asimismo, la baja autoestima y la falta de cohesión familiar también son predictores de trastornos alimentarios. Behar y otros (2007), por su parte, compararon la presencia de ansiedad social y depresión, y su prevalencia en 54 mujeres con patologías alimentarias. A pesar de las limitaciones por el tamaño de la muestra, los resultados muestran concordancia con otros trabajos sobre el tema: mientras el 40,7% de las pacientes estudiadas presentaron ansiedad social, casi no se registró ansiedad entre quienes no padecían TCA. El riesgo de presentar ansiedad social de moderada a muy severa en las pacientes con TCA fue 5,5 veces mayor. La prevalencia de síntomas depresivos también fue significativamente mayor en las pacientes con TCA. El riesgo de presentar depresión moderada a muy severa en las pacientes alimentarias fue 23,7 veces mayor. Estas tendencias se agudizaban en las pacientes con anorexia nerviosa. En el mismo sentido, Goldbloom, Kennedy, Kaplan & Woodside (1989), señalan que las pacientes con bulimia nerviosa mejoran con antidepresivos, resaltando la relación entre los trastornos alimentarios y la depresión.

La autoestima y la depresión podrían estar relacionadas con el riesgo de padecer enfermedades. Para Pennebaker (1982), los cambios fisiológicos se pueden asociar con vivencias emocionales, por lo que evaluó la presencia de síntomas físicos y su relación con indicadores de estado de ánimo. Según sus datos y los de Páez y otros (1987), los estados de ánimo positivos (como la felicidad) se asocian de manera significativa e inversa al malestar físico. Los estados de ánimo negativos, como la ansiedad se asocian positivamente

al dolor de cabeza, al corazón acelerado, los músculos tensos y la dificultad respiratoria, y por lo tanto a la percepción de riesgo de contraer enfermedades (en Páez, D; Fernández, I; Ubillos, S & Zubieta, E.; 2000).

#### **4.4 Índice de masa corporal**

El IMC es un índice simple, que sirve para calcular la relación entre peso y altura, usado comúnmente para clasificar el sobrepeso, peso normal o bajo, de adultos o niños. Está definido como peso en kilogramos, dividido por altura en metros al cuadrado. Los valores del IMC son independientes de la edad y el sexo de los individuos. Si bien esta es la manera más habitual de calcular la adecuación peso/altura, el IMC presenta algunas dificultades, ya que, por ejemplo, personas muy musculosas pueden tener valores altos en el IMC, sin por eso tener sobrepeso.

En los últimos años se ha debatido la necesidad de establecer distintos puntos de corte en el IMC para los diferentes grupos étnicos dada la creciente evidencia de que el IMC, y la proporción y distribución de la grasa corporal, difieren según la población analizada. Por lo tanto sería esperable que el punto de corte de  $25\text{Kg/m}^2$  a partir del cual el IMC es considerado riesgoso para la salud, también difiera. Para arrojar luz sobre este punto, la OMS convocó a un Comité de Expertos en IMC de la población de Asia y el Pacífico -en Singapur, del 8 al 11 de Julio de 2002<sup>3</sup>. Los expertos consultados concluyeron que el riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares –patologías asociadas al sobrepeso- en la población asiática es alto en personas con un IMC menor al establecido por la OMS como punto de corte para el sobrepeso. Sin embargo, en distintas poblaciones asiáticas el nivel de riesgo varía entre  $22$  y  $31\text{Kg/m}^2$ . Por lo tanto el Comité de Expertos recomendó mantener los índices de la clasificación internacional.

---

<sup>3</sup> <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/ac911s/ac911s00.pdf>

La medición antropométrica de un individuo o de una población es un buen indicador de su estado nutricional y de salud. El aumento del IMC es útil para predecir en ambos sexos, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares -si bien la edad aumenta su frecuencia de aparición. Por eso, la Sociedad Argentina de Nutrición llevó adelante *El programa de Vigilancia Nutricional* en la República Argentina. Se encuestaron a 10.338 personas, registrándose su IMC, entre otros datos. La media fue de 26.2 y la mediana de 25.5 Kg/ m<sup>2</sup> (de Girolami et al., 2003). Las conclusiones a que arribaron los especialistas son:

1. El 50% de los individuos encuestados presentó un IMC igual o superior a 25.5Kg/m<sup>2</sup>.
2. Alrededor del 29% presentó un IMC entre 25 y 29.9Kg/m<sup>2</sup> y el 27% un índice superior a los 30Kg/m<sup>2</sup>, lo cual muestra que alrededor del 60% de la población tenía exceso de peso para la talla.
3. Hasta los 18 años, menos de un tercio de los individuos evaluados tenían sobrepeso. La frecuencia se duplicó a partir de los 35 años y alcanzó su punto máximo entre los 60 y 75 años.

## **5. FACTORES SOCIOCULTURALES**

El concepto de cultura ha sido el núcleo de la antropología. La psicología como disciplina, tradicionalmente ha dejado de lado los aspectos sociales y culturales para centrarse en los procesos intrapsíquicos del hombre y, desde una perspectiva más positivista, en su conducta (Torregrosa & Crespo, 1988). Sin embargo, ya desde los comienzos de la psicología social numerosos autores reivindicaron la importancia del otro, o más exactamente de los otros en la constitución de la persona, de la subjetividad (Berger & Luckman, 1968; Mead, 1972).

La psicología cultural, articula psicología y antropología para dar soporte a una teoría que explique la relación entre mente y cultura, entre la experiencia psicológica y los sistemas culturales que la conforman, para entender qué hay de cultural en el núcleo de lo psicológico (Serrano, 1996). Además, así como se reconoce a sí misma como un proceso histórico, no puede dejar de lado que los procesos sociales y culturales también son históricos, es decir, que están contextualizados en tiempo y espacio. Como señala Ibáñez (1992), las ciencias sociales son fenómenos históricos que versan sobre fenómenos históricos.

Desde hace un par de décadas asistimos a una creciente aceleración de los procesos de integración y desintegración sociocultural que trasciende el marco de la nación y el Estado. Se trata de procesos socioculturales caracterizados por flujos y reflujos de personas, capitales, información, formas simbólicas y tecnología (Beck, 2000; Serrano, 1996).

La cultura es un sistema relativamente organizado de significados y valores compartidos que son aceptados como verdaderos, como normas que se imponen más allá de la nueva información que se presente. Aunque los individuos no son pasivos receptores de las proposiciones transmitidas, responden a esquemas prealmacenados que se corresponden con el conocimiento social. Es decir, los criterios de juicio, en ciertas circunstancias, pueden depender más de principios socialmente generados, que de las propiedades intrínsecas de los estímulos (Páez, Marques e Insúa; 1994). Los autores sugieren que la correlación ilusoria intenta mostrar que hay sesgos en la interpretación de la información del mundo real, ya que los individuos responden en función de sus creencias previas, de valores socialmente aceptados (ver Capítulo I, apartado 2).

Cada grupo cultural tiene un ideal compartido respecto de la imagen corporal deseada, al cual se asocia la satisfacción con el propio cuerpo. Por eso, la imagen corporal y

los desórdenes de la alimentación son particularmente aptos para ser enfocados desde la perspectiva cultural ya que han mostrado estar influidos por valores sociales (Connors, 1996; Contreras, 1995; Heinberg, Thompson & Stormer, 1995). La alimentación, común a todos los seres vivos, también está determinada por la cultura. Es evidente que hay enormes diferencias cuantitativas y cualitativas entre lo que los seres humanos deberían comer por necesidades biológicas, y lo que realmente comen (Aguirre, 2005; Berger & Luckmann, 1968; Brusco, 1980; Harris, 1989-90). Los factores socio-culturales influyen tanto en la selección de lo que se puede o debe comer, como en el físico deseable.

*Independientemente de la obvia necesidad de mantener la salud física, consideraciones relacionadas con la etnicidad, el estatus y el prestigio, la capacidad económica, la aceptación dentro de grupos sociales o religiosos, el esnobismo alimentario, la presión publicitaria y los ajustes psicológicos, son todos ellos aspectos de la cultura que desempeñan papeles importantes en la determinación de las preferencias alimentarias.*

(Shack, 1995, p. 124)

## **5.1 Medios de comunicación masiva**

El ideal de salud y belleza ha ido cambiando con el tiempo. La obsesión que caracteriza a las mujeres con trastornos alimentarios y que preocupa a la mayoría de las mujeres actuales está relacionada con la difusión de un modelo estético corporal femenino delgado, que se aleja cada vez más del común denominador de las mujeres reales. Este modelo se instala por primera vez en las capas de la alta burguesía anglosajona, después de la Primera Guerra Mundial. Completa su difusión en todo el mundo occidental u occidentalizado a partir de la Segunda Guerra Mundial y particularmente desde 1960, momento en que el énfasis puesto en el control del peso -dietas y delgadez- llegó a convertirse en una obsesión (Herman & Polivy, 2002; Rutzstein, 1997; Toro, 2006). Múltiples factores favorecieron la instalación

de este modelo de la delgadez: la evolución de la moda en el vestir; la progresiva exhibición pública del cuerpo; la proliferación de mujeres populares -como las actrices o las ‘top models’- de cuerpos extremadamente delgados; la demonización de la obesidad e incluso del sobrepeso; la presión de la industria de ‘lo light’; la expansión de gimnasios, centros de estética, nutrición y cirugía rectificadora, que idealizan la delgadez; la extensión social del ejercicio físico y de la práctica deportiva; y sobre todo, los cambios en el ámbito social respecto del rol de la mujer. Y para cerrar el círculo, la globalización hizo posible que este modelo estético se extendiera por todo el mundo (Giddens, 1997; Herman & Polivy, 2002; Toro, 2006).

Los *medios de comunicación masiva*, voceros de las expectativas sociales, dan cuenta de los cambios producidos en torno a este tema. Desde 1986 a 1996, la cantidad de artículos sobre dietas hipocalóricas que aparecieron en las revistas de tirada masiva aumentó en un 70%, según David Garner. Los editores de revistas de tirada nacional, por su parte, sostienen que incluir la palabra ‘dieta’ en la tapa aumenta significativamente el número de ventas. En una revista se leía el siguiente título: ¿No está harta de ser usted misma? Sea definitivamente otra. Acompañaban la nota dietas adelgazantes y estrategias quirúrgicas que permitían modificar de la cabeza a los pies (Crispo et al., 1998). La vigencia de las observaciones de Crispo puede verse actualmente en una publicidad televisiva cuyo slogan dice ‘traé el cuerpo que tenés y llevate el que querés’, para promocionar una técnica de lipoescultura.

Bordo analiza los mitos, ideologías y patologías que influyen en la construcción del cuerpo femenino. Señala que si bien es un saber compartido que las estrellas y modelos son producto de numerosas intervenciones en el rostro y cuerpo (desde cirugía hasta maquillaje o ‘photoshop’), la mujer común pasa por alto estos datos y construye una imagen ideal de

belleza imposible de alcanzar. Así, el modelo estético ideal de nuestra época se corresponde con una imagen fabulada, distinta del cuerpo real de carne y hueso (en Mancilla Díaz et al., 2006).

No es sorprendente que los medios sean acusados de aumentar la incidencia de los TCA, ya que las imágenes mediáticas de físicos idealmente delgados, motivan o incluso fuerzan a las personas a intentar alcanzar la delgadez. En el mismo sentido, también se los acusa de distorsionar la realidad, ya que los modelos y celebridades que aparecen en ellos son naturalmente delgadas -lo cual no es representativo de la norma- o producto de tratamientos especiales para alcanzar y mantener la delgadez (Herman & Polivy, 2002). Según Toro (2006), se ha demostrado sin lugar a dudas que la exposición a revistas donde aparecen figuras femeninas de cuerpo 'ideal' potencia la interiorización del ideal corporal delgado al tiempo que aumenta la insatisfacción corporal. El especialista señala que según un estudio realizado por Field y otros (1999) con 600 preadolescentes y adolescentes, casi el 70% de las entrevistadas reconocieron que las fotografías de modelos habían influido en su concepción de cómo debe ser el cuerpo femenino, y el 47% dijo que al ver esas fotografías quería perder peso. De hecho, hallaron una correlación significativa entre la lectura de revistas de moda y la práctica de dietas para perder peso, así como la inclusión en programas de ejercicio físico.

Toro (2006) agrega que *la televisión*, aunque no tiene una influencia tan determinante como la de las revistas, también ejerce presión; no tanto por la cantidad de horas que el sujeto pasa frente al televisor, sino por el tipo de programas que mira. Los programas deportivos, por ejemplo, son inocuos, no así los programas donde aparecen mujeres delgadas (como las películas o los videos musicales). Pero, si bien las chicas expuestas a muchas horas de programas televisivos en los que aparecen cuerpos idealmente

delgados, pueden como consecuencia propender a la insatisfacción corporal, esto no significa que pueda establecerse una relación causal. Otro escenario posible es que las chicas con insatisfacción corporal estén particularmente interesadas en este tipo de programas (Herman & Polivy, 2002).

Un estudio realizado por Silverstein, Peterson y Perdue en 1996, muestra hasta qué punto esto es preocupante. Los autores analizaron el aspecto físico de los hombres y mujeres que aparecían en los cuarenta programas televisivos de mayor audiencia de EEUU -programas que son vistos en todo el mundo. El 60,1% de las mujeres analizadas eran delgadas, mientras sólo el 17,5% de los varones. Además se juzgó que el 25% de los varones tenían sobrepeso, y sólo el 5% de las mujeres (en Toro, 2006). Estos datos muestran, una vez más, que el peso tiene una significación social mucho más importante entre las mujeres que entre los varones.

*El mundo de la moda* también da cuenta de los cambios producidos en la imagen femenina ideal. Según Casas, Mora y Raich (2000), de un grupo de 17 ‘top models’, el 16,7% presentaron bajo peso, y el 83% restante tenían un IMC de 17, considerado como bajo peso o infrapeso -lo que es compatible con la anorexia. Según Snow y Harris (1986), de 1950 a 1985 las mujeres con sobrepeso prácticamente desaparecieron de las revistas femeninas. Según Garner y otros (1980), desde 1960 a 1979 las modelos de las páginas centrales de Playboy y las concursantes de Miss America se fueron haciendo cada vez más delgadas. En contraposición, Leit, Pope y Gray (2001) señalan que los modelos masculinos de la revista Playgirl, de 1973 a 1997, se fueron haciendo más musculosos (en Toro, 2006).

*Internet* también juega un papel significativo. En los países desarrollados especialmente, se ha convertido en el medio por excelencia de comunicación y de acceso a la información de muchos jóvenes y adolescentes. Según los índices de Desarrollo del

Banco Mundial (2004), mientras en 1995 había menos de 20 millones de usuarios de Internet, a fines del 2000 había superado los 400 millones. Su uso no es positivo o negativo en sí mismo, sino que su impacto sobre la subjetividad depende fundamentalmente de las motivaciones e intenciones que dirigen su uso. Si bien no es fácil determinar los bordes que separan un uso normal o patológico de Internet, podría dirimirse en términos de exclusión o inclusión de experiencias alternativas (Bazán & Bóveda, 2005). Un uso claramente patológico de Internet es el que caracteriza a los usuarios de sitios como la Red “pro-aNa” - o pro anorexia- que fomentan el desarrollo de la anorexia y otras patologías afines. Un estudio realizado por Chesley y otros (2003) pudo detectar unos 500 sitios “pro-aNa”. En ellos se dan instrucciones para iniciar y mantener la anorexia, se recomiendan ejercicios, medicamentos, dietas, se muestran imágenes que motivan a desarrollar la anorexia y se promocionan ‘grupos de autoayuda’ donde se compite por alcanzar el peso ‘ideal’, cada vez más bajo. El estudio de referencia concluye que este tipo de páginas están más organizadas, son más exhaustivas y más numerosas que aquellas destinadas a la promoción de la salud y la recuperación de la enfermedad (en Toro, 2006).

Como ejemplo de este tipo de sitios, se transcriben los Mandamientos aNa y las sugerencias para Ocultar a aNa, de una página de Internet tomada al azar<sup>4</sup>:

#### Mandamientos aNa:

1. Si no estás delgada no eres atractiva.
2. Estar delgada es lo más importante.
3. Compra la ropa adecuada, córtate el pelo, toma laxantes, muérete de hambre, lo que sea para parecer más delgada.

---

<sup>4</sup> <http://youngconfession.galeon.com/aficiones1628669.html>

4. No comerás sin sentirte culpable.
5. No comerás comida que engorde sin castigarte después.
6. Contarás calorías y limitarás tus comidas de acuerdo con ellas.
7. Los diseños de la báscula son los únicos y los más importantes.
8. Perder peso es bueno. Engordar es malo.
9. Nunca se está lo suficientemente delgada.
10. Estar delgada y no comer demuestran la auténtica fuerza de voluntad y el nivel de éxito.

Ocultar aNa:

- Sonreír todo el tiempo, nunca demostrar nada diferente al placer de verse bien.
  - Hazte una mascara fácil, péinate, arréglate, que te vean siempre linda.
  - Volverse artista o literata, leer mucho, coleccionar fotos de cosas hermosas, como lo que queremos ser.
  - No decirle NUNCA JAMÁS a nadie!!! Es mejor hacerse el loco por el peso que estas bajando, pero recuerda que JAMÁS LE DEBES DECIR A NADIE, Y MUCHO MENOS DECIR A QUIÉNES CONOCES CON ESTE MODO DE VIDA.
  - Si alguien más entra a tu computador, borra las páginas pro ana y pro mia<sup>5</sup> en las que estuviste y ponle contraseña a tu ordenador, para que nadie cercano a ti se entere.
  - Si las van a obligar a comer y ustedes no quieren, decir ‘oh, pobres animales’.
- También pueden decir que vieron morir atropellado un perrito (y si manejan, decir

---

<sup>5</sup> que promueve la bulimia

que fueron ustedes!, créanme, por dos semanas nadie las obligara a comer!) y aún mejor si lo dicen con lágrimas en los ojos.

*La publicidad* también es central en la promoción del ideal de belleza vigente. Creadora de necesidades, incita al consumo al bombardear a los ciudadanos permanente y sistemáticamente con mensajes explícitos e implícitos. Vende cuerpos delgados para luego promocionar la venta de otros productos: alimentos dietéticos, medicamentos que ayudan a adelgazar, técnicas de modelado del cuerpo (cirugías, lipoaspiración, etcétera), centros de actividad física, etcétera. La mayoría de los estudios destaca el lugar de privilegio que los medios de comunicación masiva dan a la estética corporal, a veces relacionándola con la necesidad de adelgazar y otras no. También se ha observado que este tipo de publicidades, especialmente aquellas que invitan directa o indirectamente a adelgazar, afectan a las mujeres en su deseo de hacer dietas, con particular impacto en las mujeres jóvenes y adolescentes que padecen trastornos de la alimentación (Nunes, 2006; Toro, 2006). Sin hacer un análisis detallado -aunque se considera de interés para futuras investigaciones-, sino producto de la simple observación de los medios locales, puede registrarse en la publicidad una creciente asociación entre los alimentos ‘cero calorías’ y la salud.

*Los juguetes infantiles* merecen un tratamiento especial. En este sentido, la muñeca Barbie es paradigmática. Nació en 1959, cuando comenzó oficialmente su producción masiva. Ruth y Elliot Handler, sus creadores, tenían una hija llamada Barbara –Barbie- con cuyo nombre bautizaron a la nueva muñeca, que no representaba a un bebé y con la cual las niñas podrían ser ‘algo más que mamás’. Su hijo Kenneth (Ken) dio nombre a la pareja de Barbie. Brownell y Napolitano (1995) calcularon los cambios que debían producirse en el hombre y la mujer promedio, si tuvieran que responder a las medidas de Barbie y Ken,

respectivamente. Para ser como Barbie, la mujer promedio debería crecer 60 centímetros, aumentar 13 centímetros de contorno de busto, estirar su cuello 8 centímetros y disminuir 15 centímetros de cintura. Por su parte, para asemejarse a Ken, el varón promedio debería crecer 50 centímetros de altura, 28 de tórax y 20 de circunferencia de cuello. Ambos muñecos responden a los estereotipos femenino y masculino de fines del siglo XX (en Toro, 2006). Las niñas desde muy temprana edad (dos años en adelante) juegan con estos muñecos, que pueden transformarse fácilmente en modelos de identificación para millones de criaturas.

Los medios de comunicación masiva, además, suelen transmitir mensajes contradictorios en lo que hace a la salud y a la alimentación, que pueden acarrear consecuencias negativas en la población. En el mes de febrero de 2006, por ejemplo, salieron dos notas consecutivas en el diario Clarín. En la primera, del día 8, un especialista de la Universidad de Washington, Saint Louis, sostenía que una dieta variada, y equilibrada, pero pobre en calorías, retrasa el envejecimiento. Según la página de Internet de dicha Universidad<sup>6</sup> el especialista en medicina y metabolismo Luigi Fontana, del Centro de Nutrición Humana de la Escuela de Medicina, se interesó en nutrición, envejecimiento y longevidad; centrándose en el papel que pueden jugar la restricción severa de calorías, las dietas a base de vegetales y el ejercicio de resistencia, para retardar el proceso de envejecimiento. El 16, Clarín sacó otra nota en respuesta a la anterior, en la cual Horacio Orlando -entre otros-, cardiólogo y miembro de la Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios (SAOTA) afirmaba que las dietas hipocalóricas sostenidas a largo plazo, no aportan la suficiente cantidad de minerales, entre otros elementos esenciales, que

---

6

<http://72.14.203.104/search?q=cache:6pEAugNeb8EJ:geriatrics.im.wustl.edu/faculty/fontana.html+review+Academy+of+Sciences,USA.,++Luigi+Fontana&hl=es&gl=ar&ct=clnk&cd=1>

el cuerpo necesita. En la nota se destacaba que se debe hacer un seguimiento muy estricto del paciente dietante y evaluar los riesgos, ya que estas dietas pueden producir hipoglucemia o desencadenar problemas cardíacos.

Sin duda en la actualidad los cambios producidos en la imagen corporal deben su relevancia al extraordinario poder de difusión de cualquier mensaje que circula por los medios de comunicación de masas.

*Nunca como en este momento histórico los mismos mensajes -es decir las mismas influencias- habían llegado a tantas personas. Debe reconocerse que la difusión del modelo estético corporal delgado -y por lo tanto, de un factor de riesgo fundamental para los TCA- se debe a la omnipresencia actuante de los mencionados medios. En todo el mundo desarrollado o en vías de hacerlo se contemplan las mismas películas, anuncios y cuerpos. Son idénticos criterios estéticos -junto con muchos otros que no lo son- los que llegan a los ciudadanos de cualquier país. La difusión del modelo corporal delgado va unida de modo inevitable a la promoción de insatisfacción corporal y, por ende, del riesgo de desarrollar TCA.*

(Toro, 2006, p. 207)

Por lo tanto, la información que ofrecen los medios no es inofensiva. Como señala Bender (1993) “*El profeta de hoy en día es el periodista, ya que cualquier cosa que se publica debe ser cierta o, como mínimo, ‘algo habrá’ de cierto. Los oráculos modernos son los personajes públicos, las estrellas de cine, TV o deportistas, cuyas recomendaciones respecto de un alimento, régimen dietético o libro, llegan a impresionar a millones de personas*” (p. 362-3).

A pesar de la presión que ejercen los medios de comunicación en la población, cada persona reacciona de modo diferente ante los mismos estímulos; las características individuales tamizan su impacto. Sin embargo, es necesario aclarar que las mujeres -sobre quienes el peso del ideal corporal tiene más impacto- a su vez están insertas en un entramado social, compuesto fundamentalmente por su familia y grupo de pares, que a su

vez reproducen los ideales vigentes, lo que multiplica los efectos de los medios de comunicación. Las adolescentes aprenden de sus pares ciertas actitudes -como la importancia de la delgadez- y conductas -como hacer dietas o purgarse- (Levine et al. 1994), por estímulo e incentivo, y para adherir a las normas de sus pares. Ellas tienden a tener una preocupación homogénea respecto de la imagen corporal. Esto sugiere la influencia directa de los pares, o talvez que las jóvenes con similares preocupaciones tienden a juntarse (Ennett & Bauman 1994). Es difícil sopesar la influencia relativa de los pares, los medios masivos y la familia, cuando todos enseñan la misma lección (en Herman & Polivy, 2002).

La preocupación y los comentarios que los padres hacen respecto del cuerpo de sus hijos, la conducta dietante de los padres -especialmente de las madres-, las conversaciones entre pares, la comparación de los cuerpos y las críticas a veces despiadadas de los amigos, también contribuyen al surgimiento de TCA o al menos de insatisfacción corporal. Los beneficios secundarios que los trastornos de la alimentación pueden ofrecer a las mujeres, retroalimentan la problemática. Por ejemplo, los halagos y felicitaciones por parte de familiares, novios y amigos, por la pérdida de peso, puede aumentar la autoestima, pero esto a su vez incrementa el deseo de estar más delgada (Herman & Polivy, 2002; Mancilla Díaz et al., 2006; Vivas & Luigli, 2006). Por el contrario, la preocupación de los familiares y amigos puede ser un reforzador social valioso.

## **5.2 Clase social**

Respecto de la clase social, que es uno de los parámetros considerados en la presente investigación, numerosos autores sostienen que en las mujeres de clase media alta hay una mayor prevalencia de trastornos de la alimentación (Connors, 1996; Croft, 2004; Cruz & Maganto, 2003). Otros autores, en cambio, sostienen que si bien los primeros estudios

consideraban que la anorexia y la bulimia nerviosas eran trastornos de la clase media alta, esta distribución social por clases ha desaparecido en los últimos años. La creciente tendencia hacia la homogeneización, con imágenes mediáticas portadoras de un físico idealmente delgado, ahora involucra a toda la sociedad. Los TCA se han vuelto más democráticos (Herman & Polivy, 2002; Woodside & Garfinkel, 1989). Autores latinoamericanos como Nunes (2006) y Rodríguez Guarín y Gempeler Rueda (2006) tampoco registran diferencias por clase en Brasil y Colombia, respectivamente.

En cambio, según Brusco (1980) la clase social, definida a partir de indicadores tales como el tipo de ocupación, el nivel de educación o el lugar de residencia, influye en la conducta general de las personas, y particularmente en el tipo y la cantidad de alimentos que consumen los individuos. Hoy en día, el consumo ostentoso de comida pasa más por hacer dietas para perder peso o mantenerse que por las grandes bacanales del pasado. Incluso el tipo de ejercicio elegido tiene un toque de clase: golf, mejor que caminatas al aire libre; pilates mejor que gimnasia común (Shack, 1995).

La antropóloga Patricia Aguirre (2005), en el ámbito local, sostiene que la representación del cuerpo y el tipo de alimentos que consumen los sujetos está fuertemente sesgada por la clase social a la que pertenecen. *“Estos ‘cuerpos de clase’ que los rigen ‘principios de incorporación de la comida’, sesgarán las elecciones construyendo verdaderos ‘gustos de clase’, donde cada sector se reconoce y se diferencia por la manera de comer (y de vivir)”* (p.157). La comida es tanto un indicador étnico como de clase.

En los sectores populares el ideal corporal que sintetiza la idea de belleza y salud, es el ‘cuerpo fuerte’, capaz de realizar trabajos de gran compromiso corporal y desgaste físico. Son cuerpos ‘contundentes’ donde el ideal no es más que la re-elección de su propia imagen. En cuanto a los alimentos, el volumen es fundamental, y deben ser rendidores, ‘que

llenar'. Deben ser alimentos energéticos y además, baratos. Incluyen carnes, grasas, pastas, panes, papas, en forma de guisos y sopas, salvo en días festivos (Aguirre, 2005; Martín Criado & Moreno Pestaña, 2005). Para los sectores de ingresos medios, la representación dominante es el cuerpo lindo, así considerado cuando es flaco. En la delgadez hay belleza y salud. Por su parte, la comida debe ser 'rica'. Este ideal de belleza esbelta, alimentada con productos considerados 'ricos' -en tanto grasos y dulces- resulta una misión imposible, por lo que este sector es el principal consumidor de dietas adelgazantes reales o imaginarias (Aguirre, 2005).

*“Rigen en los sectores de mayores ingresos las representaciones del cuerpo ‘sano’, que también se identifica con la preocupación por estar delgados, asociada tanto a la estética como a la salud. Siguiendo este único deseo de estar delgados, los alimentos serán light, se elegirán comidas exentas de grasas y azúcares para formar platos individuales”,* explica Aguirre (2005, p. 186). Este sector es el que más frutas y verduras come. Además se caracteriza por consumir pescados y mariscos; poco pan y nada de fideos (prefieren los arroces de distintos tipos). Los alimentos deben ser 'sanos', 'sabrosos' y 'no deben engordar'. A los fines de este estudio y en consonancia con el planteo de Aguirre, la clase social fue tomada como una variable significativa.

La Asociación Argentina de Marketing (AAM) y la Cámara de Control y Medición de Audiencia (CCMA), señalan que el Nivel Socio Económico es un factor dinámico y en permanente cambio en cualquier sociedad, por lo que los parámetros para medirlo deben ir adecuándose a los distintos contextos sociohistóricos. El mundo del trabajo está cambiando a nivel internacional. Según Beck (2000) la utopía neoliberal del libre mercado se tradujo en la irrupción de lo precario, discontinuo, impreciso e informal en términos de trabajo

asalariado. El primero y el tercer mundo están evolucionando de manera similar en lo que a trabajo respecta.

En la Argentina de los últimos treinta años; al igual que en otros países capitalistas periféricos; todos los grupos sociales sufrieron grandes cambios en su composición socio-ocupacional, y en el peso político y económico de cada uno en el espacio social. Cambió la distribución del poder social. Ya con el terrorismo de Estado de los '70, pero aún más desde mediados de los '90, la asimetría y desigualdad social se fueron profundizando, lo que afectó enormemente las oportunidades de vida y la capacidad de acción de las clases media y baja. La marginación y reclusión de vastos sectores fue de la mano de la desocupación creciente y el trabajo informal. Dichas transformaciones implican una pérdida del poder político y económico de los sectores medios y bajos, y una creciente concentración en los sectores altos y medio-altos; con el consecuente aumento de las asimetrías económicas, sociales, culturales y políticas. Esta polarización hace que la división clásica en tres clases sociales se desdibuje (Svampa, 2005).

La crisis recesiva que tuvo su momento cumbre en el 2002, desactualizó los índices anteriormente vigentes. El ingreso debería ser la variable más confiable para conocer la capacidad de gasto de un grupo familiar, y por ende su nivel socio económico. Sin embargo, es muy difícil medirlo directamente por el alto índice de no respuesta y la baja calidad de los datos recogidos. Dados los cambios económicos mencionados, la AAM y la CCMA buscaron desarrollar un índice que estime el ingreso de manera indirecta, para lo cual realizó un programa de investigación en Buenos Aires y el conurbano bonaerense. Los datos significativos resultaron ser: la ocupación y el nivel educativo del principal sostén del hogar, la cantidad de personas que contribuyen al sostén del hogar, la posesión de bienes tales como computadora, internet, tarjeta de crédito, y el tipo de cobertura en salud

(hospital, obra social, privada, prepaga). Por eso estos datos fueron relevados para la presente investigación.

### **5.3 Edad y género**

Edad y género son dos variables altamente significativas según lo reportan numerosas investigaciones (Casullo 2006; Connors, 1996; Croft, 2004; Cruz & Maganto, 2003; Mora & Raich, 1994; Nunes, 2006; Striegel-More & Smolak, 1996). La idealización de la delgadez y el rechazo de la gordura es más intensa en mujeres que en varones. Esto parece reflejarse en la mayor prevalencia de mujeres (10 a 1) que enferman de TA (Striegel-Moore 1993, 1997). Como resultado de una sociedad que desprecia el sobre peso y glorifica el bajo peso, muchas jóvenes -tal vez la mayoría- manifiesten insatisfacción por su peso y figura (Cruz & Maganto, 2003; Mancilla Díaz & Gómez Pérez-Mitré, 2006). La insatisfacción tiene la connotación emocional del disgusto consigo mismo. La insatisfacción corporal, de hecho, es una precursora esencial de los TCA, que acompaña todo el proceso. Cuanto mayor es la insatisfacción, mayores probabilidades hay de que la persona intente bajar de peso. Si esto se combina con otros factores patógenos puede desembocar en AN o BN (Herman & Polivy, 2002), o en su contra cara, la obesidad (Fraser, 1998; Ravenna, 2004; Ravenna, 2006).

Estudios realizados en el ámbito local en comparación con estudiantes adolescentes españoles (Casullo, González & Sifre, 1998, 2000, en Casullo 2006) mostraron significativas diferencias de género en comportamientos asociados a los trastornos alimentarios, en las subescalas del ICA. Mientras las mujeres mostraron puntajes más altos en control de los impulsos, deseos de adelgazar, miedo a crecer, insatisfacción corporal, sentimientos de ineficacia y ascetismo, los varones tuvieron un puntaje más elevado en perfeccionismo.

Al comparar las variables insatisfacción corporal y deseos de adelgazar en una muestra de 646 personas residentes en las ciudades de Valencia y Buenos Aires, de dos franjas etáreas (adolescentes de 13 a 19 años y jóvenes de 20 a 31) se determinó:

1- entre las mujeres valencianas, el deseo de adelgazar y la insatisfacción corporal decrecen con la edad, y en los varones aumentan.

2- Entre las mujeres y los varones porteños el deseo de adelgazar aumenta con la edad; en cambio la insatisfacción corporal aumenta en las mujeres mayores y decrece en los varones.

En un estudio conjunto realizado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y la Sociedad de Endocrinología con 890 casos (378 varones y 512 mujeres) se estimó el porcentaje de la población escolar adolescente en riesgo de desarrollar patología alimentaria (según el inventario ICA). Se encontraron entre los varones un 0.6% de casos clínicos moderados y un 0% de casos graves, mientras entre las mujeres, se registraron un 10% de casos clínicos moderados y 6% de casos graves.

Distintas investigaciones muestran que los jóvenes españoles revelan menos diferencias según género que sus pares argentinos. *“El género, la edad y el país de procedencia son factores de riesgo asociados con algunas dimensiones psicológicas vinculadas a la génesis de patologías en los comportamientos alimentarios. Tales datos confirman que están en juego variables sociales y culturales que estructuran en el individuo maneras de actuar y formas de percibirse (Casullo, 2006, p. 16).*

En cuanto a la edad, la mayoría de los estudios señalan la vulnerabilidad de los jóvenes en relación con los TCA y la insatisfacción corporal (Casullo, 2006; Connors, 1996; Cruz & Maganto, 2003; Mancilla Díaz, 2006; Mora & Raich, 1994; Toro, 2006; Vivas y Luigi, 2006)

#### **5.4 ¿Etnia o cultura?**

Hay controversia respecto del peso que tiene la etnia en la prevalencia de los TCA. Algunos autores sostienen que los TCA son un problema de los países industriales y occidentalizados, haciendo hincapié en aspectos relacionados con la clasificación de los países en términos de ‘desarrollados’ y ‘en vías de desarrollo’; otros apuntan más a una cuestión étnica, es decir que los individuos de raza blanca son más propensos a padecer TCA que los hispanoamericanos, y estos a su vez, más que los asiáticos y africanos. Otros señalan que en los países no desarrollados los datos epidemiológicos son escasos, por lo que hay una subvaluación de la incidencia de estos trastornos. Mas allá de estas diferencias, etnia y cultura -dos aspectos que hacen a la idiosincrasia de un conjunto social- se imbrican y solapan, por lo que sería de interés tratar de comprender las influencias recíprocas.

Las creencias culturales y actitudes contribuyen al desarrollo de los TCA; estos varían entre diferentes grupos raciales y étnicos, y a través del tiempo. Raza y etnia son, por lo tanto, factores de relevancia para entender el comportamiento alimentario; pero la mayoría de los estudios, hasta donde se ha podido rastrear en la bibliografía, se refieren a sujetos que pertenecen a subgrupos raciales o étnicos, pero que están inmersos en la cultura occidental, especialmente en los países desarrollados. Además, los estudios étnicos dan cuenta principalmente de la imagen corporal en lo que respecta al peso, más que en relación a otros aspectos de la misma. En ese sentido, la mayoría de los estudios muestran que los sujetos de raza blanca resultan estar más preocupados por su peso y su imagen corporal que los de cualquier otra etnia (Altabe, 1996; Chugh & Puri, 2001; Lake, Staiger & Glowinski, 2000; Stephens et al., 1999; Striegel-Moore & Smolak, 1996).

Aunque las mujeres de casi todos los grupos étnicos desean ser más delgadas, las mujeres de raza blanca aprecian más la delgadez, lo que iría acompañado de una mayor propensión a realizar dietas hipocalórica. Según Altabe (1996), las mujeres blancas

caucásicas y las hispano-americanas muestran mayores disturbios en relación con la imagen corporal respecto del peso. Las afro americanas son las que tienen mayor satisfacción con su imagen corporal y las asiáticas son las que menos importancia dan a su apariencia física. En un estudio realizado con niños asiáticos y británicos, los primeros se mostraron más satisfechos y felices con sus propios cuerpos que los niños británicos (Ahmad et al., 1994).

Según Herman y Polivy (2002), las mujeres estadounidenses piensan que las negras están protegidas de los TCA, ya que se ejerce menos presión en ellas para que sean delgadas. Los hombres negros prefieren mujeres más pesadas que los blancos, y las mujeres negras y los niños tienen ideales más robustos. Por lo tanto, cuando las mujeres negras desarrollan TCA, es más probable que padezcan bulimia que anorexia, ya que no buscarían la extrema delgadez. Sin embargo, Striegel-Moore y Smolak (1996) observaron que el ideal de delgadez está alcanzando a la subcultura negra. La extendida adopción de los ideales de la cultura estadounidense dominante -en todo el mundo- daría cuenta de que la etnia ya no protege a los individuos de los TCA. La evidencia de que las mujeres negras de altos ingresos están tan insatisfechas como las blancas de altos ingresos indicaría que el nivel socioeconómico es una variable más importante que la raza (Herman & Polivy, 2002).

Japón, por su parte, registra marcados aumentos en los índices de anorexia y bulimia nerviosas. Según la Red Interhospitalaria de Trastornos de la Alimentación (RIHTA), dependiente de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Japón es uno de los países con mayor prevalencia de TCA -a pesar de ser un país oriental hay quienes lo integran a las sociedades industriales y occidentalizadas. Además, en los últimos años se ha incrementado la presencia de trastornos alimentarios en los países en vías de desarrollo (Casullo, 2006).

El libro *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica* (Mancilla Díaz & Gómez Pérez-Mitré, 2006) que es una puesta al día del estado de la cuestión en Latinoamérica, da cuenta de estos cambios; a pesar de que tanto en Argentina como en Brasil, Venezuela, México, Colombia y Chile, los datos epidemiológicos son escasos, lo que lleva a una subvaluación de la incidencia de estos trastornos (Aguirre Calvo et al., 2006; Mancilla Díaz et al., 2006; Nunes, 2006; Rodríguez Guarín & Gempeler Rueda, 2006; Vivas & Luigli, 2006).

En los países de cultura occidental y no occidental, en desarrollo y en vías de desarrollo, los trastornos alimentarios son un problema. Numerosos estudios latinoamericanos enfatizan el incremento de dichos trastornos y de la prevalencia de los valores de belleza occidentales promovidos por la globalización y los cambios en los roles sociales esperados. En Brasil, la proliferación en la prensa de nuevas técnicas y dietas ‘milagrosas’ para adelgazar, así como de gimnasios de todo tipo, acompaña la aceptación del ideal de esbeltez y buena forma, ya que para las mujeres brasileñas la apariencia física es una medida importante de su valía personal. En un estudio que midió la influencia de la percepción del peso corporal y del IMC en los comportamientos alimentarios anormales, se observó que el 46% de las mujeres brasileñas de 12 a 29 años quiere adelgazar y el 32% presenta sobrepeso u obesidad. Del 38% que se considera obesa, el 65% tenía un IMC normal. En los estudios clínicos no se registraron diferencias significativas en función de la etnia y la clase social, a pesar que Brasil es un país atravesado por la mezcla de razas -negros y blancos- y donde la polarización de clases está muy marcada (Nunes et al., 2000, en Nunes, 2006).

Colombia registra desde fines de los ‘80 un aumento significativo de pacientes con trastornos alimentarios. Un estudio realizado por Ángel y otros (1998) con una muestra de

2770 jóvenes de seis colegios de la ciudad de Bogotá, mostró una prevalencia global de TCA del 37%, con predominio femenino, pero sin distinción de clases. Otra investigación realizada por Moreno, Ramírez y Yépez (2001), concluyó que los factores de riesgo que inciden en la población de los países occidentales desarrollados son los mismos que afectan a la población colombiana. En una muestra de 972 mujeres escolarizadas de Medellín, se detectó que el 77% de los casos tenían terror a engordar, el 41% presentaba atracones, el 33% sentían culpa después de comer, el 16% sentía que la comida orientaba sus vidas y el 8% se provocaba vómitos. En otro estudio realizado por los mismos investigadores en el 2002, se observó que la vivencia de bienestar de las jóvenes estaba fuertemente determinada por la evaluación que hacen de su aspecto físico. Sin embargo, si bien como se señaló anteriormente, las mujeres colombianas están influenciadas por el modelo de perfección, belleza y éxito asociado a la delgadez, uno de los factores de riesgo más frecuentes y significativos en esta población es la vivencia de experiencias traumáticas, fruto del conflicto armado que aqueja al país y de otras fuentes de violencia social - homicidios, secuestros, accidentes, violaciones (en Rodríguez Guarín & Gempeler Rueda, 2006).

La población chilena también registra un aumento de los TCA en los últimos veinte años, aunque aquí tampoco hay cifras nacionales. La obesidad, por su parte, ha adquirido dimensión epidémica: según la I Encuesta Nacional de Salud de Chile del 2003 el 22% de la población adulta es obesa (Aguirre Calvo et al., 2006). En Venezuela, tampoco existen datos epidemiológicos oficiales a nivel nacional. Sin embargo, Vivas y Luigli (2006) sostienen que los TCA, lejos de disminuir, se mantienen estables en los jóvenes. Además señalan que la población afectada o en riesgo es sobre todo femenina y cada vez más joven. En ellas se observa, como en la mayoría de los estudios internacionales, una

sobreestimación de la importancia de la imagen corporal, que lleva a una excesiva preocupación por ser delgadas, lo que se agrava junto con la patología alimentaria -a mayor patología, mayor preocupación por la propia imagen corporal. Las jóvenes afectadas por esta patología tienen dificultades para ejercer control sobre sus propias vidas -sólo controlan su peso con dietas restrictivas-, tienen poca destreza para solucionar problemas, baja autoestima y no buscan el apoyo social.

En México, por su parte, el interés por el estudio de los TCA aumentó debido al incremento de la población juvenil que lo padece. En 2004, Gómez Peresmitré trabajó con una muestra de 12.070 escolares mexicanos -varones y mujeres de 6 a 19 años, divididos en tres grupos etáreos- para detectar factores de riesgo. El estudio llegó a las siguientes conclusiones:

a- El 49% de las niñas prepúberes -6 a 9 años- tenían internalizada la figura ideal femenina delgada o muy delgada. Este porcentaje aumenta hasta el 77% en las mujeres adolescentes -13 a 19 años-, en cambio en los varones el porcentaje decrece con la edad.

b- La insatisfacción con la imagen corporal llegó al 74% entre las adolescentes. Entre los varones de todas las edades la insatisfacción rondó el 65% -incrementándose levemente con la edad-, pero en muchos casos se debía al deseo de ser más robustos. En las mujeres, en cambio, prevaleció el deseo de ser más delgadas.

c- Entre los varones, la alteración de la imagen corporal mantiene una relación inversa con la edad, en las mujeres decrece durante la pubertad: el 41% de las niñas y el 39% de los niños prepúberes presentan alteración de la imagen corporal, el 26% y el 16% respectivamente entre los púberes y el 32% de las mujeres y el 4% de los varones adolescentes.

d- La preocupación por el peso corporal también decrece con la edad. Poco más del 60% de los prepúberes de ambos sexos se encontraban preocupados por su peso, pero sólo alrededor del 16% de los adolescentes.

e- La realización de dietas restrictivas estuvo presente en las mujeres de todos los grupos etáreos de manera alarmante, alrededor del 50%. En cuanto a los varones, si bien en los más jóvenes también alcanzó una prevalencia del 50%, los púberes mostraron un 25% y los adolescentes un 34%.

f- En cuanto al peso, los varones registraron los porcentajes más altos en sobrepeso y obesidad (en los adolescentes 18% de sobrepeso y 11% de obesidad). Entre las mujeres, las adolescentes alcanzaron los valores más altos en sobrepeso (24%), y también los más altos en delgadez (18%) (en Mancilla Díaz et al., 2006).

En un estudio comparativo para detectar actitudes y conductas de riesgo en mujeres españolas y mexicanas (Raich et al., 2001) se comprobó que el IMC de las mujeres mexicanas es más alto, así como la insatisfacción corporal. La combinación de estos dos factores potencia los riesgos. Estudios realizados en la ciudad de México con estudiantes muestran que entre el 8,3% y el 11,7% de las mujeres mexicanas presentan sintomatología de trastornos de la alimentación. Una investigación realizada en Monterrey, ciudad cercana a la frontera con EEUU, se observó un nivel aún más alto de incidencia, 18.9%. Esto refuerza la expectativa de que, compartiendo México la frontera con EEUU -país líder en TCA- las mujeres mexicanas respondan con más fuerza que sus pares españolas al ideal de belleza vigente (en Mancilla Díaz et al., 2006).

#### 5.4.1 Cultura oriental y occidental

La literatura sobre el tema muestra que son pocos los estudios que comparan mujeres orientales y occidentales cuyo lugar de origen y residencia es oriente y occidente, respectivamente. Mas bien las comparaciones son entre nativos occidentales y extranjeros de otras etnias, como puede observarse en los trabajos de Altabe (1996), Herman y Polivy (2002), Lake, Staiger y Glowinski (2000), y Striegel-Moore y Smolak (1996).

Un ejemplo desde esta perspectiva es la investigación de Lake, Staiger y Glowinski (2000), quienes compararon a 140 estudiantes universitarias, 98 australianas y 42 mujeres nacidas en Hong Kong. Las mujeres chinas, a su vez, fueron separadas en dos grupos en función de su apego a las tradiciones de su país de origen: las más aculturalizadas por un lado y las más tradicionales por otro. Los datos revelaron diferencias significativas entre las australianas y las chinas respecto de la imagen corporal, pero no en relación con la conducta alimentaria. Entre las mujeres chinas, las más tradicionales fueron las que más se asemejaron a las australianas. Esta respuesta paradójica puede deberse al argumento del *conflicto cultural*, que se sustenta en el conflicto intrafamiliar que experimentan las mujeres tradicionales cuando intentan emular la mayor independencia de sus pares occidentales, porque esto contradice los valores religiosos y morales, y las normas de género de la cultura asiática.

Swami, Caprario, Tove'e y Furnham (2006), en cambio, compararon británicos y japoneses que residen en sus respectivos países de origen. Aunque la muestra es pequeña, con las dificultades de generalización que eso implica -fueron seleccionados 35 hombres japoneses y 50 británicos- los resultados de la investigación reflejan datos interesantes para la presente investigación. En primer lugar, hay diferencias significativas en el IMC de ambas muestras. Los japoneses son un poco más pequeños que los ingleses, lo cual es consistente con el conocimiento disponible, que indica que los japoneses son más delgados

y tienen una contextura física más pequeña (Mukai et al., 1998; en Swami, Caprario, Tove'e, & Furnham, 2006).

La investigación buscaba conocer qué aspectos de la apariencia física atraen a los hombres de dos culturas tan distintas como la japonesa y la británica. Para eso discriminaron entre IMC y proporciones del cuerpo de las figuras que se les presentaban para evaluar. El análisis de los resultados mostró que en ambas muestras el IMC es un fuerte determinante del atractivo femenino; da cuenta de más del 75% de la varianza. Pero la relación entre atractivo e IMC no es lineal, sino que el atractivo decrece en los extremos de la curva del IMC. La diferencia entre ambos grupos es que mientras los japoneses eligen figuras cuyo IMC es 18.50, los británicos prefieren mujeres cuyo IMC es 21.

Tove'e y Cornelissen (2001) sugieren que el IMC es un indicador de salud, por lo que las diferencias en el IMC elegido podrían depender de diferencias raciales basadas en qué considera óptimo para la salud cada grupo, haciendo un balance entre factores ambientales y salugénicos. Numerosos estudios sugieren que japoneses y caucásicos realmente difieren en el IMC recomendable (Anuurad et al., 2003; World Health Organisation, 2000). Sin embargo, los estudios determinan el peso óptimo en Japón y Gran Bretania entre los 21 y 22 kg/ m<sup>2</sup> (Asia Pacific Cohort Studies Collaboration, 2004; Nakanishi, Nakamura, Suzuki, & Tatara, 2000), lo que indicaría que para los japoneses que participaron de este estudio el criterio salud no definió sus elecciones. Una posible solución del problema se apoya en factores socioculturales: en la actualidad los japoneses responderían al ideal de extrema delgadez de la cultura dominante, la occidental (Fukunaga & Kobayashi, 1993; Imai et al., 1994; Kowner, 2002; Matsuura et al., 1992; Mukai, en prensa; Yazaki, 1992). Esto podría ser avalado por el porcentaje de modelos femeninos caucásicos que aparecen en las revistas de moda o en los comerciales de la televisión

japonesa desde la Segunda Guerra Mundial (Kitahara, 1989; Morohashi, 1995; Mukai, en prensa; en Swami, Caprario, Tove'e, & Furnham 2006) (en Swami, Caprario, Tove'e & Furnham, 2006).

Junto a estos cambios culturales, también se modificó en Japón la condición de la mujer, de la mano de la modernización y la urbanización: educación, oportunidades laborales, control de la natalidad, derechos legales. Asimismo, se incrementó la obesidad, lo que legitima pensar que las japonesas están preocupadas por la búsqueda de delgadez extrema y el temor a engordar. Igualmente hay autores que consideran que el ideal femenino de delgadez se puede rastrear en la misma tradición japonesa. Las culturas orientales, además de valorar la delgadez, pueden valorar otras actitudes y prácticas que favorecen la preferencia por cuerpos delgados (Swami, Caprario, Tove'e, & Furnham, 2006).

Circunscribiéndose al contexto oriental, la investigación desarrollada por Chugh & Puri (2001), que estudió jóvenes estudiantes de Nueva Deli, mostró que las mujeres hindúes, especialmente las adolescentes, también están excesivamente preocupadas por el peso, incluso aquellas que tienen bajo peso. Como indica la bibliografía internacional sobre el tema, el nivel de satisfacción con el propio cuerpo decrece con el aumento del peso. De modo coherente, las mujeres hindúes que más hacen dieta son las obesas -76.6%- en comparación con las de peso normal -38%- y bajo peso -14%. Los investigadores observaron en las adolescentes pautas dietarias como por ejemplo saltar comidas; tal vez por eso, si bien las dietas de la mayoría de las entrevistadas eran adecuadas en algunos parámetros nutricionales, eran deficitarias en energía, proteínas, hierro, vitamina A y fibra. Esto muestra que la preocupación por adelgazar puede no ser compatible con un estado nutricional saludable, y puede ser precursora de problemas alimentarios y nutricionales.

En línea con los estudios detallados previamente, en una investigación sobre la imagen corporal ideal de las jóvenes japonesas, se observó que tanto el peso real como el ideal fueron variando con el paso de tiempo y los cambios culturales concomitantes. En el Japón de 1963 los valores medios del peso actual y del peso ideal de las jóvenes eran 51,2kgs. y 52,3kgs., respectivamente (Mizuno et al.). En 1976 la relación se invirtió para no cambiar, mientras el peso actual era de 50,3kgs., las jóvenes japonesas querían pesar 47,7kgs (Aoyama). De ahí en más, en 1985 los valores eran 51kgs. y 47kgs, respectivamente (Matsuura et al.); en 1992, 50kgs. y 46,5kgs (Kojima et al.); mientras en el estudio realizado por Takasaki et al. en el 2001, las mujeres japonesas presentaban una media de 51,6kgs. y su peso ideal era en promedio 46.3kgs.. Estos últimos datos, de acuerdo con los investigadores, coinciden con las mediciones realizadas por la Encuesta Nacional de Nutrición (National Nutrition Survey) japonesa de 1999, según la cual las mujeres entre 18 y 21 años tenían un peso promedio de 51,4kg y una altura de 158,1 cms. (prácticamente la misma altura que reportaron los otros estudios) (en Takasaki et al., 2003).

Estos resultados sugieren que el ideal respecto del cuerpo femenino de las jóvenes japonesas debe haber cambiado alrededor de 1970, cuando comenzaron a sobrevalorar la delgadez. Esto se reafirma con los datos producidos por el Ministerio de Educación japonés (2000), según el cual el IMC disminuyó en las últimas décadas. Los efectos socioculturales son vagos y complicados, sin embargo, es posible que el crecimiento de la economía japonesa en los años '60 y comienzos de los '70, hayan influido en los cambios respecto del cuerpo ideal (en Takasaki et al., 2003).

En el mismo sentido, en una investigación realizada con estudiantes japoneses y coreanos (Sakamaki et al., 2005), se indagó cuál era el peso real y cuál el peso ideal para su talla. Los sujetos encuestados resultaron tener un IMC normal, los japoneses de 19.2 y los

coreanos de 18.8. Sin embargo, tanto los japoneses como los coreanos querían pesar menor. En promedio, los jóvenes japoneses querían pesar 4 kgs. menos de lo que pesan y los coreanos 3kgs.. Cabe destacar, que el valor del IMC propuesto por muchos jóvenes como ideal, está por debajo del peso normal, por debajo de un IMC de 18,5. Como contracara, apenas había un 6% de personas con sobrepeso y ningún obeso.

Como destacan Takasaki y colaboradores (2003), el adelgazamiento excesivo afecta al cuerpo humano, especialmente el de las mujeres jóvenes en edad reproductiva, por eso puede decirse que las dietas restrictivas son un riesgo para el desarrollo de hábitos alimentarios saludables. Mientras la tendencia general enfatiza las virtudes de la delgadez como forma de prevenir un estilo de vida que produce enfermedades, es necesario resaltar que la grasa corporal es a su vez útil como energía almacenada, para mantener el calor corporal y para proteger los órganos del cuerpo, entre otras funciones.

## **6. ANTECEDENTES**

La apropiación psicosocial del cuerpo está fuertemente contextualizada en tiempo y espacio. Jodelet (1984) -pionera en el análisis longitudinal de la problemática del cuerpo y en abordajes psicosociales de estas temáticas- señala que desde 1960 se han producido cambios significativos en la esfera médica y de la salud, en el ocio, el consumo y el ejercicio físico, así como en el ámbito de las ideas; que contribuyeron a la actual conceptualización del cuerpo. Sostiene estas afirmaciones a partir de un estudio exploratorio realizado en Francia cuyos objetivos eran: (1) identificar las categorías mentales, los modelos cognitivos y normativos que controlan la experiencia de vida y los conocimientos acerca del cuerpo y sus usos; (2) contextualizar dicho análisis en relación a las condiciones sociales, culturales y económicas de ese momento. Las encuestas tomadas

por Jodelet en los '60 y quince años después, mostraron cambios que siguen siendo vigentes aún hoy.

Entre los cambios que plantea, los que se produjeron en los medios masivos de comunicación son particularmente interesantes. Cambió el tratamiento que estos hacen del cuerpo, en tanto se lo aborda con mayor frecuencia y de formas más variadas. Antes, el lenguaje de los medios era moralista y restringido, y se limitaba u ocultaba información de ciertos aspectos del cuerpo. En la actualidad -en la época que estudió Jodelet y más aún en el mundo de hoy- hay más libertad, menos tabúes e hipocresía. La mayor aproximación y liberación respecto del cuerpo, se refleja en el lenguaje. La forma en que se habla del cuerpo cambió del '30 en adelante. Hoy en día hay mayor franqueza y apertura, especialmente en el terreno de la sexualidad (y en esto el psicoanálisis cumplió un rol fundamental).

Los hábitos privados también fueron cambiando. Más del 60% de los encuestados por Jodelet refirió no haber hablado nunca con sus padres acerca de su cuerpo, mientras el 90% dijo haberlo hecho con sus hijos, o pensaba hacerlo cuando los tuviera. Muchas prohibiciones sexuales desaparecieron. Por ejemplo, el 74% de los sujetos nunca había visto a alguno de sus padres desnudo, mientras el 80% estaba preparado para hacerlo frente a sus hijos. Estos cambios, por dar sólo algunos ejemplos, dan cuenta de la repercusión social que los cambios culturales pueden tener en la relación de los sujetos con su propio cuerpo. Esto se enlaza directamente con la representación que tenemos del cuerpo, la cual organiza la experiencia subjetiva que tenemos del mismo.

En el análisis de la representación social del cuerpo, Jodelet (1984) especifica cuatro dimensiones, dos en el plano subjetivo y dos en el social:

- 1) el plano subjetivo, remite a la experiencia que el sujeto tiene con su propio cuerpo
- a) la experiencia corporal asociada tanto a la experiencia imaginaria como real, física y psíquica; presente y pasada.
  - b) la relación del individuo con su entorno, mediada por el lugar que le da a su cuerpo en la vida diaria y la imagen que refleja en los demás -el cuerpo como instrumento de la acción, o como medio para establecer relaciones o confirmar una posición social.

2) el plano social remite al conocimiento vehiculado por la comunicación social formal e informal

- c) en tanto el acercamiento al propio cuerpo provenga de la interacción social, de observar cómo los otros se plantan en la realidad.
- d) como producto cognitivo y normativo, el conocimiento del cuerpo como objeto biológico, social y cultural, como producto de la educación formal e informal, y en definitiva del sistema de creencias y valores a los que el sujeto suscribe como miembro de un grupo particular social, cultural o religioso.

Las dos primeras remiten a la experiencia privada del cuerpo y las últimas a la social. En ambas encuestas se vieron privilegiadas la experiencia particular y directa con el propio cuerpo, y la perspectiva como miembro de una comunidad particular. Pero más allá de esta similitud, se registraron profundas diferencias. La primera tiene que ver con la fluidez del discurso; la libertad y la capacidad de involucrarse con el tema son las marcas características de la actualidad. Mientras en la primera encuesta las personas eran reticentes a hablar sobre el cuerpo, en la segunda querían hacerlo. Además, la relación con el cuerpo era menos abstracta y distante, con mayor aceptación de la experiencia física y por lo tanto, con una posición más libre. En cuanto a las cuestiones de género, Jodelet (1984) observó

que también la posición del hombre comenzaba a cambiar, ya que un cuerpo vivencial empezaba a aparecer en el discurso masculino. Sin embargo, en ambos géneros, reapareció la oposición entre el cuerpo femenino como objeto -el cuerpo que se contacta con el exterior, o el cuerpo erótico-, y el cuerpo masculino como máquina -como todo funcional. Se observó en el discurso el solapamiento entre lo tradicional y lo moderno.

En la investigación de Jodelet (1984), lo tradicional implica la dualidad mente-cuerpo y lleva a entender la socialización como dominio del cuerpo, 'lo animal se convierte en humano'. Lo moderno, en cambio, ubica a la educación y los códigos sociales como un obstáculo a la libertad y la posibilidad de expresión del cuerpo. Estas diferencias se profundizan a menor edad y mayor nivel educativo. Para las nuevas generaciones la relación con el propio cuerpo está abierta al mundo, dirigida a la interacción con otros cuerpos y marcada por la sensualidad. El cuerpo está ubicado en un lugar de placer. Al mismo tiempo, la representación está marcada por una declinación del cuerpo como organismo, cerrada a su funcionamiento y a sus fallas. En las encuestas se enfrentaron estas dos posiciones respecto del cuerpo: una que apunta al placer sensual -tener relaciones sexuales, tomar sol- y a la actividad -hacer esfuerzos, deportes-; y la otra a los estados mórbidos -enfermedad, dolor- y funcionales -digestión, cansancio. En consonancia con el planteo de Lipovetsky (1994) el placer sensual y la actividad son las posiciones más elegidas.

Sobre todo las mujeres atacan la aceptación del cuerpo como objeto social, su estandarización en la sociedad de consumo y su implicación en las relaciones sociales. Hacen mucho hincapié en la tendencia homogeneizante de la publicidad, que muestra hombres y mujeres iguales en juventud, belleza y fuerza. Además, denuncian un sistema que bajo el disfraz de preocupación por el cuerpo, oculta que su objetivo fundamental es el

consumo. La publicidad, así planteada, ofrece una alternativa frustrante: o se aceptan las presiones hacia la homogeneidad, con lo que se gana en capacidad de seducción y seguridad en las relaciones interpersonales, pero que hace perder identidad al cuerpo en el mundo de los objetos; o se rechaza esta presión, respetándose así la naturaleza del cuerpo, con el riesgo de fracasar social y profesionalmente, o de sentirse aislado sexual o emocionalmente. Asimismo, para poder responder a las exigencias de la vida urbana y la productividad industrial, el placer del cuerpo quedaría sólo relegado a la esfera sexual. Muchos señalan también, el nerviosismo de la vida moderna, los trastornos que provoca a nivel biológico y el desprecio que implica respecto de las necesidades corporales (Jodelet, 1984).

En el mismo sentido, Croft (2004) afirma que las mujeres no se han deshecho de las imágenes e ideas sexistas que las juzgan no por sus talentos o habilidades, sino por la apariencia exterior. Desde una posición socialista, enfatiza que las imágenes femeninas de los medios son un reflejo de la sistemática opresión de las mujeres bajo el capitalismo. Las mujeres deben enfrentarse a estereotipos sexistas y prejuicios sobre la apariencia exterior cada vez que piden trabajo, abren una revista o miran televisión. A medida que el capitalismo se fue desarrollando, agrega, se fue introduciendo cada vez en más áreas de la vida de las personas. Los nuevos mercados se introducen en necesidades y deseos. El mercado llega a la vida familiar, las relaciones interpersonales, la sexualidad y el deseo de ser atractivos. Hay una rentable industria que vende productos de dieta, cremas para el cutis y programas de auto mejora, que se basa justamente, en las inseguridades creadas.

En este contexto que acentúa la apariencia exterior de las mujeres, su vínculo con los alimentos es crucial. Este vínculo está atravesado por el discurso médico, del cual los

distintos sectores sociales se apropian de manera diferencial, entrelazando la información de que disponen con sus propios deseos, posibilidades y necesidades.

Diversos discursos enfatizan que la alimentación contemporánea está cada vez más degradada. Se puede caer en la simplificación de suponer que esto es consecuencia de la desinformación o la negligencia: que los malos hábitos responden al deseo de incorporar grasas y comida ‘chatarra’ (especialmente en las clases más bajas), con el consecuente deterioro de la salud que esto trae aparejado; o es causado por un desconocimiento generalizado acerca de los principios básicos de la nutrición. Pero, como se ha planteado anteriormente (ver Capítulo IV) el vínculo que las personas establecen con la comida es mucho más complejo.

Martín Criado y Moreno Pestaña (2005) realizaron una investigación financiada por la Conserjería de Salud de Andalucía en 2003, con once grupos de discusión con miembros de clases populares organizados por género, edad, hábitat y condición laboral (o ama de casa). En ella analizaron especialmente las prácticas y discursos de las mujeres de clases populares en relación con la alimentación y su asociación con la salud. Los autores destacan el papel de la mujer como encargada de la alimentación y la salud familiares, lo que realza la importancia de entender el modo en que ellas se apropian de los conocimientos nutricionales.

La salud y los hábitos sanos, en especial los relacionados con la alimentación, se han convertido en una nueva moral legítima que todos deberíamos aceptar. El saber popular está fuertemente imbuido de representaciones y preceptos del discurso médico sobre nutrición, que gracias a campañas de todo tipo, a su presencia permanente en los medios de comunicación y a la extensión de los servicios médicos, alcanzó un nivel de legitimidad propio de la ciencia -aunque sufra distorsiones (Martín Criado y Moreno Pestaña 2005).

Llama la atención cuando se analizan las conversaciones sobre alimentación entre mujeres de clases populares el uso de terminología propia de los discursos médico y nutricionista: términos como vitaminas, minerales, grasas, calcio, fibra, colesterol, son habituales. Si bien estos conocimientos tienen errores, no hay duda que el discurso médico sobre nutrición se ha convertido en el referente principal para hablar de alimentación. Esto se refleja en que las mujeres más jóvenes tienen un conocimiento nutricional mayor; las participantes de los grupos de discusión compiten entre sí para mostrar sus conocimientos nutricionales, lo que revela la legitimidad del discurso médico; las participantes presentan a médicos y farmacéuticos como autoridades legítimas y no a las propias madres, ya que en el ámbito de la salud la tradición ha perdido su autoridad en favor de la medicina (Martín Criado, 2007).

En la actualidad, los ‘hábitos saludables’ son de gran importancia para la población general, pero estos se arraigan en un marco cultural previo, por lo que es comprensible que los sujetos manipulen la frontera entre sus hábitos -o alimentos- sanos y malsanos para situar las propias prácticas del lado bueno, mientras arrojan las de otros al lado malo.

*Esta apropiación estratégica es particularmente aguda en el caso de la alimentación: no sólo porque pone en juego la moral de salud, sino porque en ella se hallan implicados también registros morales muy diversos y porque el propio discurso médico sobre nutrición no es un cuerpo compacto que haya permanecido invariable a lo largo del tiempo, sino un conjunto heterogéneo de preceptos diversos en constante transformación -lo que da juego a un amplio abanico de apropiaciones selectivas (...).*

(Martín Criado & Moreno Pestaña, 2005, p. 14)

Contra la idea generalizada de que la tarea de la mujer es aislada e invisible, las tareas del ama de casa, su trabajo, su tiempo, su implicación y los resultados obtenidos son objeto permanente de evaluación, sobre todo por parte del grupo de pares. Este aspecto

valorativo es fundamental para entender los discursos y las prácticas de estas mujeres. Lo que hacen se legitima en el trato con otras mujeres, y con especialistas como los médicos o maestros. En particular en los sectores populares, es de gran importancia la palabra de los especialistas en la jerarquía de valores aceptada, en la categorización de los alimentos como sanos o malsanos; a lo cual hay que sumar otras categorías prácticas -como costo de los alimentos, tiempo de elaboración-, valorativas -el valor de la buena madre- y afectivas -la comida como portadora del afecto familiar.

Los resultados de la investigación de Martín Criado y Moreno Pestaña (2005), muestran que en las clases populares españolas analizadas, lo que es bueno para comer se encuentra, en general, en un punto de tensión entre dos modelos que conviven: el tradicional y el nuevo modelo. El *modelo tradicional*, propio de una cultura machista, descansa en el esquema de la buena madre, caracterizada por la entrega y el sacrificio; aquella que sacrifica su cuerpo, su tiempo y sus deseos en pos de las necesidades de la familia. En el ámbito local y en palabras de Ana María Fernández (1993), el mito de la Santa Madre. Esta es una actividad de tiempo completo y de mujeres entre mujeres, que implica una red de apoyo que, “(...) como todas las redes, no es únicamente un lugar de intercambio afectivo y material, constituye también un espacio de valoración, un espacio de visibilidad y evaluación de las prácticas de cada una” (Martín Criado & Moreno Pestaña, 2005, p. 24).

Para entender el oficio de ama de casa (alimentación y cuidado de la salud familiar) no hay que olvidar que los criterios de evaluación de las tareas son además, criterios de estatus. No implica simplemente mantener el hogar, sino hacerlo de acuerdo con ciertas pautas sociales, hay que alcanzar un nivel ‘razonable’ para el grupo social en que se halla el sujeto, o incluso para destacarse frente a su grupo y dar cuenta de mayor estatus. Cuando

una mujer juzga su desempeño o sus valores, lo hace en comparación con sus próximos sociales. En relación con la buena alimentación, sería la que produce la buena madre, que invierte su tiempo y esfuerzo en comidas apreciadas socialmente.

El oficio de ama de casa ha producido cambios significativos en las últimas décadas, que entre otras cosas, implica un *nuevo modelo* respecto de lo esperable de una ‘buena madre’. Este modelo fue influido fundamentalmente por la redefinición de las relaciones de género que legitima en las mujeres espacios propios, no invadidos por las tareas del hogar. La educación es otro elemento central en esta redefinición. Para los autores, la proliferación de centros de mujeres y cursos en ayuntamientos (lo que serían los Centros de Gestión y Participación -CGP- de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y otras instituciones posibilitó a las mujeres nuevos espacios de socialización y calificación. Estas transformaciones debilitaron la connotación de ‘sacrificio’ del rol femenino o al menos lo han puesto en tela de juicio.

Para este nuevo modelo, la mujer que tan sólo se queda en casa perdió valor, en detrimento de aquella que trabaja, estudia o asiste a actividades fuera del hogar. El tiempo para ‘sí misma’ fuera del hogar gana legitimidad, siempre que no abandone el cuidado de la familia, bien impostergable en las clases populares. “Esto tiene consecuencias claras en el ámbito alimentario: la mayor disposición a adquirir bienes culturales legítimos, junto al creciente acceso a los servicios médicos (...), convierte a los conocimientos producidos por los expertos médicos en un bagaje necesario para ser buena madre” (Martín Criado & Moreno Pestaña, 2005, p. 28).

Según los especialistas, hay un tercer modelo, el de *las controvertidas*, quienes reivindican la necesidad de las mujeres de salir del hogar para formarse y cuidarse a sí mismas. Están más escolarizadas que las mujeres de su clase y en consecuencia adhieren

con fuerza al discurso nutricional ‘legítimo’. Para ellas lo importante es acumular información proveniente de la cultura legítima, no ceder ante las presiones familiares en desmedro de una ‘alimentación sana’ (aunque a los chicos no les guste la verdura, tienen que comerla) y organizarse para tener tiempo para sí misma. A pesar de la existencia de este modelo, la posición mayoritaria se encuentra en una constante tensión entre el modelo tradicional y el nuevo modelo. A su vez ambos modelos están atravesados por la dualidad ‘buena madre/mala madre’, discusión moral y estratégica que está en el centro de todas las discusiones, especialmente en el ámbito de la alimentación.

Como ya se dijo, el discurso médico sobre salud y enfermedad penetra todos los niveles sociales. Cómo cada sector se apropia de ese discurso está fuertemente influido por el nivel educativo. Puede decirse que a mayor capital cultural, mejor conocimiento del discurso médico (Martín Criado, 2007; Martín Criado & Moreno Pestaña, 2005). En primer lugar el discurso médico, por ser científico, es un discurso legítimo (Moscovici, 1961). A medida que se asciende en la escala social y en particular en la escolarización, la predisposición a adquirir dichos conocimientos aumenta. La escuela, sostienen Martín Criado y Moreno Pestaña (2005), favorece una disposición positiva hacia los bienes culturales ‘legítimos’, a asimilarlos y a comportarse según sus normas. En segundo lugar, la apropiación que el sujeto hace de ese discurso, está tamizado por sus categorías previas -en palabras de Moscovici (1961) es el anclaje. A mayor distancia entre las categorías del grupo de origen y las del discurso científico, mayor flexibilidad en la interpretación.

Se constituyen así dos polos en la apropiación del discurso médico, el *legítimo* y el *tradicional*. En el polo legítimo, la salud y su relación con la alimentación se acercan a la concepción médica, según la cual salud y enfermedad son parte de un continuo, por lo que cualquier desviación de ‘lo correcto’ es un paso hacia la enfermedad, entendida como el

último eslabón de una progresiva degeneración. Para los investigadores, la consecuencia práctica de esta posición es que el comportamiento cotidiano requiere una vigilancia y control permanentes, y una renuncia a los placeres presentes en pos de la salud futura. La dieta debe estar compuesta por una serie equilibrada de componentes tales como hidratos de carbono, vitaminas, fibras y proteínas; y a su vez debe evitar aquellos alimentos cuyo abuso pueda resultar nocivo para la salud, como grasas y azúcares.

Para el polo tradicional la salud se opone a la enfermedad. Esta última es una especie de accidente, que puede sobrevenir de repente y que lleva al cuerpo a un estado de debilidad. Por el contrario, la salud es sinónimo de fuerza. Lo que la persona hace no se relaciona con la enfermedad, salvo cuando se entrega a excesos, y la salud se recupera con remedios que anulan la enfermedad. Aquí ya no se habla de un continuo, sino que la persona está sana mientras no aparezcan disfunciones físicas evidentes. Respecto a la alimentación implica una dualidad: hay una comida para sanos que da fuerza y otra para enfermos, alimentos-remedio que combaten la enfermedad y que serán abandonados cuando esta termine. Frente a la concepción de un deterioro de la salud ligado a los comportamientos, aquí la relación entre alimentación y salud se asocia al metabolismo -que puede cambiar súbitamente- y al envenenamiento.

La oposición entre el polo legítimo y el tradicional no se circunscribe a diferentes concepciones de salud y enfermedad, y su relación con la alimentación. El primero se caracteriza por una vigilancia permanente de la salud a partir de la comparación entre el propio cuerpo y el cuerpo ideal (sano). El polo tradicional, en cambio, implica -en palabras de las mismas entrevistadas- *no mirarse demasiado*, porque eso es sinónimo de vagancia; *saber disfrutar* de todo, porque la renuncia al placer de la comida es renunciar a la vida; y *tener buena boca*, ya que el gusto selectivo -o remilgado- es entendido como incapacidad

de disfrute o falta de apetito, o sea, debilidad. Como para el polo tradicional la alimentación casi no contribuye a la salud, lo más importante es el sabor. Acá no habría interés por cambiar hábitos alimentarios. Los cambios son difíciles cuando no imposibles, porque la alimentación está regida por ‘lo rico’ y no lo sano para el discurso médico. Para el polo tradicional, lo sano es lo que siempre se comió. Además hay una asimilación entre salud y energía, lo que explica la importancia de comer en cantidad. Comer poco es hacerlo de modo insuficiente.

Nuevamente la posición mayoritaria oscila entre ambos polos. Hacia cuál se oriente la persona depende en gran medida de su capital cultural y su relación efectiva con el mundo médico (por problemas de salud concretos). Pero como señalan los investigadores, lo que traza la línea entre lo bueno y lo malo es quién lo hace: lo que hacemos *nosotras* es sano, y lo que hacen *las otras*, no lo es. La conciencia de comer cosas no sanas no tiene demasiadas consecuencias prácticas ya que el peligro es algo difuso. Este planteo es coherente con la ilusión de invulnerabilidad (ver Capítulo I, apartado 2.1).

La categorización de los alimentos en relación con la salud implica una asimilación de preceptos y categorías del discurso nutricional sobre un fondo de categorías del polo tradicional. Lo sano sería lo natural y lo que lleva más trabajo (buena madre). A este esquema tradicional se contraponen la moda: mayor preocupación por la delgadez y el considerar a la obesidad una enfermedad. Ello lleva a clasificar como no sanos a los alimentos que engordan -grasas y azúcares- que desde el polo tradicional eran considerados energéticos y por lo tanto buenos. La preocupación por la delgadez es un gran promotor de asimilación del discurso nutricionista que hace desaparecer a nivel explícito la identificación entre lo energético y lo sano. Esto plantea en realidad una contradicción, el mismo alimento que por momentos puede ser considerado bueno, en otros puede ser

descalificado. Nuevamente la solución viene de la distinción entre salud y enfermedad: lo que es bueno cuando se está sano puede ser malo cuando se está enfermo (Martín Criado & Moreno Pestaña, 2005).

El control del peso es hoy una preocupación central para todas las madres, pero no necesariamente en relación con la salud. Mucho más importante es la imposición del modelo social que estigmatiza la gordura. La delgadez contribuye a la autovaloración y la autoestima, porque para los otros este es un valor importante. El cuerpo es el elemento más visible a partir del cual somos juzgados en la cotidianeidad. Pero la preocupación por el peso se enfrenta a los gustos alimentarios. El gusto de las clases populares se ha conformado durante generaciones en una situación donde convivían la escasez de recursos económicos con un tipo de trabajo, el físico, que requería una fuerte provisión energética. De ahí que se privilegiaran los alimentos calóricos de bajo costo, es decir con alto contenido de grasas o azúcares; esto es lo rico (Martín Criado, 2007).

En los sectores populares, los mayores conocimientos sobre nutrición se relacionan especialmente con el lugar tradicional de la mujer como cuidadora de la salud de la familia y en especial de los niños, y con la conservación de una figura atractiva; lugar de género también tradicional. Esto produce tensiones entre el modelo corporal delgado (estético y médico) y un contexto de preferencia por los alimentos energéticos.

En el ámbito local estas afirmaciones no son menos significativas. Hay representaciones sociales que asocian la delgadez con la felicidad, el éxito en las relaciones sociales y laborales, y el poder. La imagen que dan los anuncios publicitarios, las series de televisión, muestran mujeres de cuerpo perfecto, con una carrera profesional perfecta, un matrimonio perfecto, que son madres ideales. Si bien Martín Criado y Pestaña (2005) consideran –en el contexto español– que la imposición de este modelo social que

estigmatiza la gordura no necesariamente se relaciona con la salud, la investigación antropológica realizada por Aguirre (2005) en Argentina muestra que algunos sectores sociales presentan el sesgo atribucional delgadez-salud: esta creencia sería particularmente relevante entre las mujeres de clase media alta.

Numerosos especialistas (Aguirre, 2005; Brusco, 1980; Harris 1989-90; Messer, 1995) sostienen que si bien los ingresos son un fuerte condicionante de lo que las personas llevan a la mesa, no es el único factor influyente cuando hay que decidir qué es bueno y qué es malo para comer. Aguirre (2005), quien se desempeña en el Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud, explica por qué en Argentina la gente come lo que come, partiendo de la comprensión que los sujetos mismos tienen de la situación y contrastándola con las características de su vida cotidiana. En una investigación que abarcó 15 años de la Seguridad Alimentaria en el AMBA, analizó tanto el acceso material a los alimentos, como el simbólico. El acceso material, remite a las condiciones materiales en que se desarrolla la vida, esto implica tanto los ingresos familiares -a partir del trabajo, de distintos subsidios a los que pueda aplicar la unidad familiar como comedores comunitarios o canastas familiares, etcétera- como por ejemplo la cantidad de ollas y hornallas disponibles para preparar los alimentos. El acceso simbólico define por ejemplo, para consumir qué alimentos vale la pena esforzarse. Las representaciones simbólicas y las condiciones materiales interactúan en una dinámica de construcción y transformación recíproca.

En el mismo sentido Messer (1995) plantea que si bien en general el déficit en la alimentación de las personas que subsisten con alimentos comercializados depende fundamentalmente de restricciones económicas, algunas veces las elecciones antieconómicas y nutricionalmente pobres se deben al consumo de alimentos caros pero

prestigiosos. Si bien los grupos sociales suelen optimizar o al menos no desperdiciar los recursos nutricionales disponibles, existen estilos de alimentación, pautas de comportamiento y dietas generales que dan lugar a problemas específicos de nutrientes.

Más allá de las particularidades individuales, hay ciertas regularidades en la construcción del gusto que atraviesa los grupos sociales.

*[...] no todos los hogares comen igual, ya sea porque no pueden acceder a cierta cantidad y calidad de alimentos o porque desconocen cierta gama de productos, o bien porque los organizan en diferentes preparaciones de acuerdo a la disponibilidad de tecnología. Comprobamos que al momento de comer, en un área urbana donde los alimentos no se auto producen sino que se compran, la elección estará más condicionada por el mercado masivo de alimentos y los ingresos de los compradores que por las costumbres culinarias de los hogares.*

(Aguirre, 2005, p. 17).

Las personas tienden a optimizar sus recursos a la hora de decidir qué comer. Esto no quiere decir que sus elecciones sean necesariamente las mejores, pero sí que responden a una racionalidad propia de sus condiciones de vida. Así, habrá quienes consideren más beneficioso comer mucho a bajo costo y otros preferirán comer ‘buenos’ alimentos, no importando el costo. La racionalidad, en cada caso, será diferente. Por eso, si se quiere ‘mejorar’ la alimentación de una población hay que tener en cuenta una multiplicidad de factores que exceden ampliamente el acceso o el gusto por ciertos alimentos (Aguirre, 2005; de Garin, 1995; Harris, 1989-90; Martín Criado & Pestaña, 2005; Martín Criado, 2007; Rozin, 1995; Shack, 1995).

Para entender la racionalidad en el comer, Aguirre (2005) analizó la situación económica de los distintos sectores sociales del AMBA, en un período que tuvo como punto de inflexión el 2001, pero que fue producto de un proceso de deterioro de por lo

menos 20 años. La fase final de este proceso fueron los '90, cuando el 40% de la población del AMBA llegó a tener problemas de acceso a los alimentos. Sin embargo, sólo el 10% manifestó deterioro (según las encuestas antropométricas). Esto se explica porque las familias se fueron acomodando a la crisis, adaptando su canasta familiar de modo de optimizar los recursos, al mismo tiempo que buscaban alternativas al ingreso familiar proveniente del mercado laboral, en un marco de creciente desocupación -bolsones de alimentos, comedores comunitarios, ollas populares, trueque, etcétera. En un país productor de alimentos como la Argentina, la crisis no pasa por la disponibilidad de los mismos, sino por su accesibilidad. Evidentemente las familias desplegaron estrategias domésticas de consumo alimentario que permitieron moderar, aunque no paliar, la crisis.

Los estudios longitudinales posibilitaron hacer un análisis de los cambios producidos en los patrones de consumo de los porteños.

*Entre 1965 y 1995 aumentó la participación de la mujer en la fuerza de trabajo (por lo tanto cambia el tiempo dedicado a la cocina), cambiaron los parámetros de belleza (hacia modelos magros), cambió el perfil de salud (toman preeminencia las enfermedades crónicas no trasmisibles, dependientes del estilo de vida), hubo cambios en las agro industrias que provocaron fuertes modificaciones en la oferta de alimentos y en las relaciones entre la industria y la cocina (por ejemplo los 'alimentos servicio' -pre procesados- dejan de verse como el recurso de un ama de casa perezosa y pasan a ser el recurso de la mujer 'trabajadora' o 'moderna'). Estos cambios condujeron a modificaciones en la valoración de la comida e incidieron en las preferencias alimentarias -por ejemplo productos industrializados sobre alimentos frescos, carnes rojas sobre las blancas, preparaciones asadas sobre las fritas.*

(Aguirre, 2005, p. 69-70)

Todo esto llevó a la población a sustituir ciertos alimentos y a suspender otros. En la década del '90 es muy clara la asociación entre alimentos de bajo valor agregado e ingresos. Los hogares más pobres consumían mayor cantidad de alimentos frescos, menos industrializados y preprocesados. Pero, frente a la falta de tiempo o cuando había dinero

suficiente, los consumidores preferían este tipo de alimentos porque ahorran tiempo y por el aura de modernidad que los rodea. El riesgo es que se considere a ciertos alimentos como mejores o más saludables cuando no lo son, ya que esto implica destinar mayores recursos sin que los beneficios sean acordes. Aguirre (2005) ejemplifica esto a través del yogurt, ya que algunas madres creen que este producto es ‘super leche’, confundiendo densidad con valor nutritivo.

A pesar de estas diferencias y de la reducción de la capacidad adquisitiva que alcanzó a casi toda sociedad, entre 1965 y 1985, se puede destacar la estabilidad de la mayoría de los productos de la canasta familiar. En este sentido, el dato más relevante es que el *patrón alimentario es unificado* para todos los niveles de ingreso, lo cual no sólo habla de la comida, sino de la sociedad en su conjunto, ya que implica una mayor nivelación entre clases. Según la encuesta de la CONADE (Consejo Nacional de Desarrollo) usada por Aguirre, en 1965 la escasez alimentaria no era un problema. Aunque faltan datos, se puede presuponer que si bien todos los sectores sociales comían ‘igual’, las canastas familiares podrían haberse diferenciado por la cantidad y probablemente también por la calidad de sus productos. Pero según la encuesta, los requerimientos nutricionales de todos los sectores, en términos de energía y proteínas, estaban cubiertos.

En la encuesta del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) de 1985, el patrón unificado empieza a presentar tensiones (Aguirre, 2005). Por un lado, los productos frescos pierden espacio frente a los industrializados. Por otro, hay una disminución general del consumo que afecta principalmente a los sectores más desprotegidos, es decir, al 20% de la población que para ese año había quedado bajo la línea de pobreza. La disminución general del consumo y su redistribución habla tanto de una caída generalizada en los ingresos que redujo la capacidad de compra, como de un cambio en el estilo de vida -hay

que comer menos. Esto último se refleja especialmente en que los sectores medios y altos dejan de lado las carnes rojas, las papas y los cereales, para dar lugar a las carnes blancas, y a mayor diversidad, calidad y densidad nutricional de frutas y verduras -por eso aumenta la compra de aves evisceradas y peladas, de supercongelados, etcétera. Los pobres, en cambio, a fines de los '80 comen menos, no tanto por responder a los nuevos cánones de belleza y salud, sino porque cayeron sus ingresos. Mientras en los '70, este sector invertía en comida poco más del 30% de sus ingresos, en 1985 el porcentaje alcanzaba casi el 40%. Además, en el mismo sector poblacional, el consumo de alimentos se redujo en un 34%; es decir, gastaban más para comer menos.

La evolución de la canasta familiar entre 1965 y 1985 muestra que:

*[Si bien aún se mantenía la canasta unificada] hay un claro comienzo de segmentación que al persistir, dará origen a patrones alimentarios diferenciados por ingresos ('comida de pobres, comida de ricos'). Siendo la comida un espejo de la sociedad, estas tensiones que soporta el patrón uniforme de 1965 nos señala que las relaciones sociales están cambiando en la dirección de una mayor desigualdad, pero para 1985 todavía no se manifestaban como una ruptura del patrón alimentario.*

(Aguirre 2005, p.87).

La Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares de 1996, que realizó el INDEC en el AMBA (en Aguirre, 2005), muestra que el consumo anual global sigue cayendo: 124kgs menos que 10 años antes y 274kgs menos que 20 años antes. Desde 1993 la desocupación y la subocupación llegaron al 15% de la población activa, aproximadamente. Por su parte, las personas por debajo de la línea de pobreza alcanzaron a casi el 30% de la población del área. El consumo alimentario de ricos y pobres muestra la polarización social. Mientras los más pobres privilegian el pan, los fideos y las pastas, los más ricos invierten en alimentos de alto valor agregado. Además, frutas, verduras y carnes blancas –casi inexistentes en la

canasta de los pobres- muestran una diferencia que se proyectará hacia el campo nutricional. Las restricciones económicas de los sectores más pobres, se dan en paralelo con los cambios en los hábitos alimentarios de las clases media y alta. Estos últimos son la respuesta de los sectores de mayores ingresos a una sociedad que se vuelve cada vez más lipófoba. La separación de patrones alimentarios pasa por la línea de pobreza.

Entre la encuesta de 1965 y la del '96, el consumo de calorías y proteínas se redujo en un 30%. Como ya se dijo, el aporte calórico en las clases bajas estaba básicamente cubierto por harinas, fideos y pan, que son pobres en nutrientes esenciales. El aporte energético puede ser adecuado e incluso excesivo, provocando sobrepeso, pero no tiene los nutrientes necesarios para el normal desarrollo, crecimiento y funcionamiento del organismo. Vitaminas y minerales, presentes en frutas, verduras y lácteos, son los alimentos que los pobres no podían comprar. Estos cambios se vieron reflejados en las encuestas antropométricas (Calvo, 1999; en Aguirre, 2005) que relevaron baja, aguda y alta desnutrición crónica en los niños que concurrían al sistema público de salud. Los sectores de mayores ingresos, en cambio, superaban las recomendaciones de vitaminas y minerales. Su canasta se caracterizaba más por el exceso que por la falta, lo que llevó a enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Del análisis de las canastas del '65 en adelante se observa que los sectores más desprotegidos comen menos y con menor variedad; pocos alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes. Esto desemboca en cuerpos gordos pero desnutridos o mal nutridos, lo que mina la calidad de vida de este sector y se traduce en falta de fuerza, de capacidad de aprendizaje y vulnerabilidad a las enfermedades e infecciones. Las estrategias de estos sectores son 'exitosas', en tanto pueden mantener una alimentación barata que llena y gusta

—como ellos mismos dicen- y que les permite estar activos, trabajar o ir a la escuela, y verse sanos; pero ocultan los problemas antes mencionados.

Pero como ya se dijo, las cuestiones económicas no son suficientes para entender qué comen las personas. Es necesario completar el cuadro de situación con las representaciones acerca de la comida, del cuerpo y de la comensalidad que acompañaron e hicieron posibles estos cambios. Para esta investigación son particularmente relevantes las dos primeras. Estas representaciones permiten entender por qué la gente quiere lo que come, naturalizando el acceso diferencial al alimento; lo cual evita la frustración de no tener lo que se quiere, pero a la vez perpetúa relaciones jerárquicas asimétricas. Si hay algo que dirige lo que se come y en algún punto los estilos de vida, es la noción del cuerpo que para cada sector es el ideal. *“Estos ‘cuerpos de clase’ que los rigen ‘principios de incorporación de la comida’ sesgarán las elecciones construyendo verdaderos ‘gustos de clase’, donde cada sector se reconoce y se diferencia por la manera de comer (y de vivir)”* (Aguirre, 2005, p. 157). Las clases bajas se caracterizan por preferir los ‘alimentos rendidores’ que proveen ‘cuerpos fuertes’, las clases medias prefieren los ‘alimentos ricos’ que forman ‘cuerpos lindos’, y las clases más altas eligen ‘alimentos light’ que garantizan ‘cuerpos sanos’.

#### *Cuerpos fuertes, alimentos rendidores*

Las familias bajo la línea de pobreza tienen limitaciones en la vajilla y en la cocción, restringida por la única hornalla de la garrafa, por lo que las preparaciones posibles se limitan a guisos, sopas y fritos. Acá el volumen es fundamental. Estas comidas tienen la ventaja de que se acompañan con pan -cuanto menores son los ingresos, más pan comen- y de que pueden ‘estirarse’ si aparece un comensal inesperado. Hay que destacar

que este sector es el que más tiempo dedica a la comida –conseguirla, prepararla sin la ayuda de tecnología y disponer de los restos.

*[...] los sectores populares manifiestan su ideal corporal en la noción de 'fuerte', síntesis a la vez de salud y belleza. Se puede interpretar que el ideal del cuerpo fuerte no es más que una relectura de su propia imagen, ya que los cuerpos de los hombres y mujeres pobres se caracterizan por su contundencia. Se podría pensar que esta valorización del cuerpo como fuerte tiene que ver con el tipo de trabajos de mano de obra intensivos que realizan, con gran compromiso corporal y desgaste físico.*

(Aguirre, 2005, p. 163).

En los varones el cuerpo fuerte está asociado a la actividad y la capacidad de dominio. En las mujeres a la resistencia, como capacidad de resistir los dolores y la adversidad. El cuerpo fuerte es el cuerpo lindo y este ideal de belleza guía los principios de incorporación de los alimentos. Los alimentos fuertes, que construyen el cuerpo desde adentro son: las carnes rojas, las féculas, el vino y los picantes. El pan, los fideos y las carnes rojas -los cortes económicos- han sido y son baratos comparados con las frutas y verduras. La fruta, por ejemplo, es un alimento prestigioso que se come en ocasiones especiales o se reserva al consumo infantil. Sin embargo, de nada sirven los alimentos baratos a que se puede acceder sino gustan. Según Aguirre (2005), las familias desde el comienzo moldean de modo indirecto el gusto de los niños a través de un sistema de reglas y representaciones que determinan lo que el niño puede probar, y más aún, lo que hace de determinada comida parte de su identidad, posibilitando la construcción de un nosotros donde esas representaciones tienen valor.

La transmisión hogareña de conocimientos acerca de la alimentación protege psicológicamente al individuo, enseñándole a gustar de lo que sus padres, sus amigos y

todo su entorno encuentra aceptable y posible, excluyendo y rechazando lo que difícilmente pueda alcanzar. A partir de allí, construye su identidad alimentaria, como parte de su identidad. Pero el gusto que protege de la frustración de desear lo imposible, ciñe al individuo a una dieta monótona y refractaria a las alternativas (Aguirre, 2005).

#### *Cuerpos lindos, alimentos ricos*

Según Aguirre (2005), para los sectores de ingresos medios, un cuerpo lindo y sano es un cuerpo delgado. A la vez, la representación de la comida ideal es la *rica*, como sinónimo de graso y dulce. Esto lleva a un ideal imposible -ser flaco comiendo 'gordo'- por lo que este sector se caracteriza por ser el principal consumidor de dietas hipocalóricas reales o imaginarias. Como no tiene restricciones económicas en relación con la comida, de hecho invierte en comida un porcentaje significativamente menor de sus ingresos que los sectores más pobres, come mucho; la frugalidad no es un valor ni en cantidad ni en calidad. Si bien hay cierta variedad al interior de cada grupo, su canasta se distingue de otras por las gaseosas azucaradas, las carnes -vacuna, aviar y pescados-, fiambres y conservas, frutas, verduras y lácteos. En este sector conviven la comida tradicional italiana o española, con el sushi japonés, los knishes judíos o las empanadas árabes, sólo depende del tipo de comensal. Al mismo tiempo, disminuyen drásticamente las frituras. Asimismo el tiempo dedicado a la comida es menor, y aumentan la tecnología y la información nutricional.

#### *Cuerpos sanos, alimentos 'light'*

En las clases más altas, habría una asociación entre la delgadez, la estética y la salud. El cuerpo sano es delgado, por lo que los alimentos son 'light', sin grasas ni azúcares. Los alimentos trazadores de consumos son las frutas y verduras, ya no las de estación sino las más exóticas como frutillas, ananá o kiwi, que tienen precios similares al de un kilogramo de carne. También son alimentos de clase los pescados y mariscos, los

quesos semiduros y la leche en polvo descremada. Se prefieren los alimentos sabrosos que no engorden. El pescado, en especial los salmónidos, es uno de los alimentos preferidos para este sector por ser exóticos -en un país que se caracterizó por el consumo de carne bovina-, livianos y caros. Lo consumen 60 veces más que los sectores más pobres. *“Aquí el volumen, preocupación de otros sectores, pasa a segundo plano: es responsabilidad individual y signo de valor moral saber cuándo parar de comer”* (Aguirre, 2005, p. 189).

Las enfermedades propias del sector son el estrés y los accidentes cerebro vasculares, por eso ‘saber vivir’ consiste en mantener el peso adecuado comiendo liviano, manteniendo bajo el colesterol y haciendo ejercicios. La comida se convierte en un arma para la salud y la belleza. Ambas cosas se logran estando delgados. Ese cuerpo sano hay que trabajarlo con ejercicios y dietas, lo cual significa invertir energía, voluntad, tiempo y dinero. Es una tarea a largo plazo, por eso implica una forma de vida, ya que requiere de voluntad para alcanzar un beneficio a futuro. Es por eso que consideran a la gordura como dejadez, y les permite verse ‘superiores’ frente a los pobres, poseedores de valores morales que los hace capaces de renunciar al goce actual en pos de la salud y la belleza.

En las últimas décadas, las autoridades sanitarias han advertido a la población sobre los peligros de la mala alimentación y sobre las normas a seguir para alcanzar una alimentación sana. Estas campañas se despliegan a partir del supuesto central de que la información es clave para cambiar las prácticas o hábitos alimentarios de la población. Las investigaciones aquí reseñadas muestran que esto no es suficiente. Siguiendo a Martín Criado y Moreno Pestaña (2005), a la hora de pensar campañas públicas para mejorar la salud de la población, dado que los individuos se apropian de los conocimientos científicos de manera parcial –como ya señaló Moscovici en 1961- y que la información nutricional es ambigua e incluso contradictoria, conviene tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- las políticas públicas deben limitar claramente los objetivos a seguir, así como la población hacia la cual se dirigen, ya que inducir cambios alimentarios no es una tarea fácil, y por lo tanto conviene optimizar los recursos. Además, muchas veces con la intención de promover conductas salugénicas se puede alcanzar justamente el resultado opuesto: con la atención puesta en la prevención se puede promover una exhaustiva vigilancia nutricional que debería ser seguida desde el momento del nacimiento; este *utopismo nutricional* puede deslegitimar el discurso médico/nutricional.
- una posición más realista podría ser reemplazar las campañas generales por acciones más localizadas –menos visibles pero más efectivas- y aquí los profesionales de la salud juegan un rol fundamental: la interacción médico-paciente en momentos de consultas concretas –enfermedad personal o de algún familiar, embarazos, etc.- pueden ser ocasiones de intervención factible para evitar o aliviar problemas de salud directamente ligados a la dieta.

# CAPÍTULO III

## CONDUCTA DIETANTE

### 1. CONDUCTA ALIMENTARIA

El acto de comer, es un proceso complejo en el que se imbrican factores personales, sociales, culturales, psicológicos, económicos, etcétera. Según el Compendio de Nutrición Normal (Brusco, 1980) los múltiples factores que contribuyen a conformar nuestros hábitos alimentarios pueden representarse de la siguiente manera:



Desde una perspectiva psicológica, Odgen (2005) afirma que las principales teorías que explican la elección de la comida son los *modelos evolutivo, cognitivo y psicofisiológico*.

Según la autora, el *modelo evolutivo* remite a la exposición, al aprendizaje social y al asociativo. La importancia de la exposición a los alimentos se puede observar en cómo los niños pequeños evitan los alimentos nuevos (neofobia). El contacto con la comida podría provocar ‘seguridad aprendida’, especialmente cuando los alimentos nuevos no tienen consecuencias negativas –sobre todo cerca de la ingesta. El aprendizaje social, por su parte, remite a la influencia que tiene la observación de las conductas de los demás en el propio comportamiento. En este sentido, los padres son fundamentales en el aprendizaje social, aunque no siempre. Otras influencias pueden provenir de los pares, y sin duda de la

publicidad de los alimentos y la televisión (todos podemos recordar a Popeye y la espinaca). El aprendizaje asociativo se refiere a la influencia en la elección alimentaria de factores contingentes como las consecuencias fisiológicas de la ingesta o que la comida sea usada como recompensa.

El *modelo cognitivo*, analiza la influencia de las cogniciones de los individuos respecto de los alimentos en la elección de la comida. Si bien incluye actitudes, normas sociales, control percibido y ambivalencia; la mayoría de las investigaciones enfatizan el peso de las actitudes sobre la elección alimentaria. Sin embargo, el enfoque cognitivo ha sido criticado por centrarse en las variables individuales y por suponer que el mismo conjunto de cogniciones es significativo para todos los sujetos (Ogden, 2005).

Finalmente, el *modelo psicofisiológico* se centra en el hambre y la saciedad.

“Este enfoque examina las interacciones entre las cogniciones, la conducta y la fisiología del individuo y se considera en relación con el efecto de los sentidos en la elección de la dieta, el impacto de los psicofármacos y de las sustancias neuroquímicas sobre el hambre y la saciedad, el efecto de la comida sobre las cogniciones y la conducta, y la relación entre el estrés y la ingesta de alimentos”

(Ogden, 2005, p. 54-55).

La autora destaca que más allá de que la comida puede reducir el hambre, tiene propiedades sensoriales que influyen en la elección: empezando por la presentación (“se come con los ojos”) y siguiendo por el olor y el gusto, los sentidos juegan un rol fundamental. Además, el hambre y la saciedad tienen una base neuroquímica que puede asociarse con el uso de psicofármacos –los antipsicóticos, los antidepresivos y los analgésicos, por mencionar sólo algunos, influyen en la ingesta de alimentos. Por otra parte, la comida por sí misma puede funcionar como un fármaco: la cafeína, por ejemplo, aumenta el nivel de alerta y el vigor, y disminuye la depresión y la ansiedad; y el alcohol, por su parte, es un depresor del sistema nervioso central. En cuanto al vínculo entre la

comida y el estrés, éste es muy complejo y los resultados de las investigaciones son contradictorios.

Estos marcos teóricos buscan comprender por qué las personas comen lo que comen y cómo se las puede incentivar para que lo hagan de manera más saludable. Sin embargo, estas teorías minimizan los complejos significados que rodean a la elección de los alimentos, y olvidan la importancia que tienen la forma y el tamaño del cuerpo. La alimentación es una experiencia social y cultural, asociada en nuestro contexto a la importancia de la delgadez y el temor a la gordura. Una vez ingeridos, los alimentos se usan como fuente de energía inmediata (por ejemplo para caminar, correr o pensar) o se almacenan; es por eso que influyen en el estado físico del cuerpo y pueden producir cambios en su aspecto físico (Ogden, 2005).

Asimismo, los hábitos alimentarios se fundan tanto en cuestiones económicas como la disponibilidad de los alimentos, como en el simbolismo al que están asociados. Qué se come habitualmente, cuál es el alimento principal o cuál el más apropiado para ocasiones especiales, son cuestiones fuertemente influenciadas por razones culturalmente determinadas. Un mismo alimento puede ser considerado saludable, altamente nocivo o prohibido, por cuestiones sociales o religiosas. Según Brusco (1980):

*Dentro de cada cultura, además, hay ciertos alimentos que tienen un profundo significado simbólico, relacionado con acontecimientos importantes de la vida, la religión y la política: a) acontecimiento importantes: nacimientos, cumpleaños, casamientos, etc., y aún la muerte en ciertas culturas, se asocian con el consumo o la ofrenda de alimentos. Un ejemplo clásico es la ‘torta de cumpleaños’, propia de nuestra cultura occidental; b) religión: en la mayoría de las religiones el simbolismo alimentario desempeña un papel trascendental. Para apreciarlo basta recordar las leyes dietéticas del Judaísmo, el mes del ayuno (Ramadán) del Islamismo y la abstinencia de la Cuaresma Católica, etc.; c) política: a través de la historia ciertas actitudes de los hombres frente a los alimentos han tenido también importancia política, como por ejemplo los prolongados ayunos de Ghandi que formaron parte de sus campañas de protesta pacífica contra el gobierno británico de la India, las frecuentes ‘huelgas de hambre’ de muchos presos políticos, etcétera (p. 54-55).*

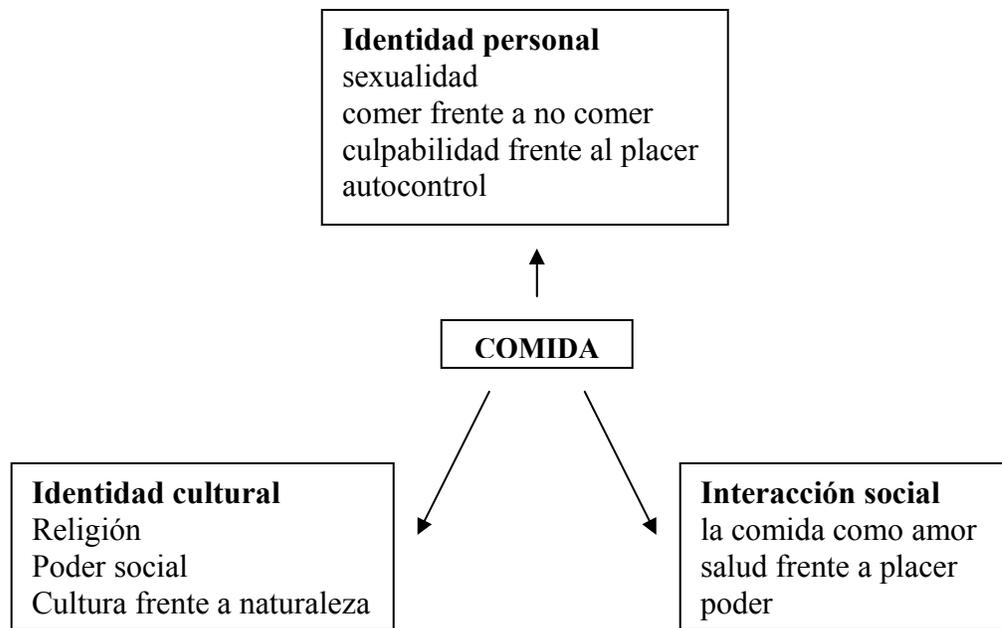
La población suele optimizar la relación costo-beneficio de los alimentos. Igualmente, esto no debe confundirse, con que un hábito alimentario sea óptimo, mas bien cualquier hábito es perfectible (Aguirre 2005; Harris 1989-90; Messer, 1995). Sin embargo, si se parte del principio de que ciertas acciones son producto de un acto irracional -como puede ser la prohibición de comer carne de vaca en la India, por considerársela un animal sagrado- y no se busca comprender las razones por las cuales estos hábitos se mantienen, se corre el riesgo de introducir innovaciones que pueden ser ineficaces e incluso peligrosas. Las costumbres alimentarias son el producto de circunstancias prácticas que rodean la producción y asignación de los recursos alimentarios, o están condicionadas por ellas. Por eso es importante comprender las razones que sustentan dichos hábitos y encontrar soluciones que involucren no sólo los hábitos alimentarios, sino los condicionantes que determinaron esos hábitos.

Para ejemplificar esto, Harris (1989-90) analizó la prohibición de comer carne vacuna en la India. Las vacas a las que tienen acceso los sectores más pobres de la India, son animales sin valor de mercado, por su calidad y estado de salud. Además, su manutención no tiene costo, ya que no compiten con los alimentos que consumen los seres humanos sino que comen pajas, hojas, tallos, desperdicios y pasto. Si los hindúes más pobres consumieran la vaca sagrada, perderían dos subproductos de gran valor: la leche y los excrementos. El primero es valioso por su potencial nutricional y el segundo, por su utilidad como combustible doméstico. Además, en una sociedad agrícola preindustrial como la India, comprar tractores para cultivar la tierra es ineficaz, de ahí la utilidad de la vaca como animal de tracción. Eliminar la prohibición sin más, solo lograría desequilibrar una economía por demás precaria.

Además de las influencias culturales, son especialmente relevantes para esta investigación las influencias sociales. Hay dos aspectos de la organización social que afectan particularmente los hábitos alimentarios: la estructura de clase y el sistema de valores. Según Brusco (1980), está demostrado que la clase social, definida a partir de indicadores tales como el tipo de ocupación, el nivel de educación o el lugar de residencia, influye en la conducta general de las personas, y particularmente en el tipo y la cantidad de alimentos que consumen los individuos. La motivación y la percepción son factores psicológicos que también influyen en los hábitos alimentarios. En cuanto a la motivación para comer, impulsos tan primarios como el hambre pueden ser modificados en su interpretación, expresión y satisfacción, por influencias personales, sociales y culturales. Así por ejemplo, el mismo individuo puede aceptar un alimento en ciertas circunstancias y rechazarlo en otras.

La percepción del consumidor, modera su relación con los alimentos. Cómo los adultos perciben los alimentos (su respuesta emocional), se debe a experiencias infantiles, e influencias condicionantes familiares, religiosas, económicas, etcétera. Los alimentos poseen además, significado simbólico; así ciertos alimentos como la carne tienen un significado más bien masculino, en cambio las frutas y verduras son más ‘femeninas’. La leche parece más apropiada para los niños, en cambio los mariscos son comida de adulto. Ciertos alimentos se asocian con premios (como los dulces y golosinas) y otros con castigos (como la sopa). Además, el valor emocional de la comida puede verse, por ejemplo, en el hábito de ‘comer para calmar la ansiedad’ (Brusco, 1980).

Ogden (2005, p. 67) resume el significado de la comida con el siguiente gráfico:



En la actualidad, más allá de las apetencias y rechazos personales que las personas tienen respecto de los alimentos, existe un creciente interés popular por las supuestas cualidades positivas o negativas que los alimentos tienen respecto a la salud. Nos enfrentamos a una situación paradójica: la existencia de una sabiduría del cuerpo, que lleva a consumir aquellos alimentos que ‘nos hacen bien’; y la tendencia cada vez más marcada del hombre a comer más de lo que necesita y contrariamente a las exigencias de su buena salud (Fischler, 1995).

*“En la Comunidad Europea, unos 70 millones de personas acuden a las llamadas tiendas de Health Food -Alimentos saludables-, muchos más siguen dietas especiales de uno u otro tipo”* (Bender, 1993, p. 358). En la mayoría de los países no hay control sobre la venta de los alimentos ‘saludables’, aunque en general no se permite que se les atribuyan propiedades que no han sido debidamente verificadas. Sin embargo, la publicidad suele lanzar todo tipo de consignas extravagantes respecto de las virtudes de muchos de esos productos y, a juzgar por el número de ventas, parece que el consumidor las acepta

(Bender, 1993). El interés a menudo surge de la imaginación de los publicistas, de la experiencia personal e incluso del testimonio –a veces no corroborado- de algunos médicos.

En relación con los alimentos saludables, Rausch Herscovici (1995) sostiene que los pacientes suelen describir las proteínas y los vegetales como alimentos buenos, y los que contienen hidratos de carbono como malos. Estas afirmaciones revelan, una vez más, la confusión que las personas tienen respecto de lo que es una alimentación sana. Dicha confusión no contribuye a optimizar los recursos que la población tiene a su alcance en materia alimentaria, e incluso puede poner en peligro su salud.

## **2 NUTRICIÓN: LOS ALIMENTOS**

La nutrición como disciplina, estudia la relación entre los alimentos y la salud. Como conducta, es un proceso que implica proveer al organismo de los nutrientes necesarios para mantener la vida, promover el crecimiento y reemplazar las pérdidas. En este proceso, los alimentos son la materia prima, ya que nos abastecen de energía y nutrientes. Según la Asociación Médica Americana (1963, en Brusco, 1980) la nutrición incluye aspectos sociales, económicos, culturales y psicológicos. Los conocimientos que ofrece son importantes porque hacen al cuidado general del hombre para el mantenimiento de su salud y la prevención de las enfermedades en general, así como para el tratamiento de ciertas enfermedades.

Los alimentos cumplen funciones específicas y para-específicas. Las primeras, se relacionan con la nutrición propiamente dicha y son tres:

### Funciones específicas:

- *Calórica o energética:* la energía de los alimentos es convertida por el organismo en calor, trabajo mecánico, etcétera. Para esta función son necesarios los carbohidratos,

las grasas y también las proteínas. Un adulto medio, que desempeña un trabajo liviano, requiere entre 2000 (mujeres) y 2700 (varones) kilocalorías. Las necesidades calóricas disminuyen con la edad.

- *Plástica*: las proteínas, los minerales, las vitaminas y el agua, intervienen en la formación de las estructuras del organismo. Permiten el crecimiento y la reparación de los tejidos.
- *Reguladora*: nutrientes como las vitaminas y los minerales intervienen en la constitución de enzimas que actúan, por ejemplo, en el metabolismo.

#### Funciones para-específicas:

Se relacionan con el apetito y la saciedad, el psiquismo, el aparato inmunodefensivo, y la estimulación secretora y motriz del aparato digestivo, entre otras.

Bender (1993) sostiene que no hay alimentos más saludables que otros. Lo que puede resultar dañino o benéfico es más la cantidad que el tipo de alimentos: el agua en grandes cantidades puede llegar a ser letal y paralelamente consumimos pequeñas cantidades de toxinas presentes en los alimentos naturales que el organismo elimina rápidamente, sin costo para la salud. En cambio, el pan y la leche que ofrecen una gran gama de nutrientes, en cantidades insignificantes no producen ningún beneficio.

La importancia de una buena alimentación se ve reflejada en los requerimientos nutricionales de la mujer en período de gestación y las consecuencias negativas para el bebe de que esto no ocurra. Crawford (1993), destaca el valor nutricional de los ácidos grasos (presentes por ejemplo en el aceite de oliva o en pescados grasos), necesarios para evitar la subnutrición fetal. Por su parte, el equipo del Servicio de Nutrición del Hospital Rivadavia<sup>7</sup>,

---

<sup>7</sup> Entrevista realizada por la autora de la tesis a integrantes del Servicio de Nutrición del Hospital Rivadavia, 20 de diciembre de 2007

señala que durante los dos primeros años de vida, los niños no deben consumir productos dietéticos ya que las grasas son fundamentales para el desarrollo del sistema nervioso central (las leches y los yogures, por ejemplo, deben ser enteros). En el mismo sentido, Varela (1993) enfatiza la relación dieta/salud de la dieta mediterránea, especialmente por la elevada ingesta total de grasas (particularmente ácidos grasos monoinsaturados). Además señala que si bien no existe una dieta ‘curalotodo’, la buena salud depende del uso de dietas que cubran las necesidades de energía y nutrientes de los individuos.

Charles, integrante del equipo del Rivadavia coincide en que no existe una dieta ‘saludable’ común a toda la población. Señala que la dieta debe adecuarse a los requerimientos de cada individuo, en función de la edad, la actividad, el sexo, el clima, las distintas situaciones biológicas -embarazo, lactancia-, etcétera. Sin embargo, dado el ritmo de vida actual, de gran sedentarismo, es necesario tomar ciertos recaudos. Hacer una dieta baja en azúcares y grasas, contribuye a prevenir enfermedades, ya que no hay que esperar a que el problema aparezca. Hay que evitar, por ejemplo, que el colesterol o la glucosa aumenten, porque eso ya es contraproducente.

La Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, adoptada por la Asamblea de la Salud en 2004<sup>8</sup>, describe las acciones necesarias para apoyar la adopción de dietas saludables y una actividad física regular a nivel mundial, regional y local. Sus objetivos son:

- Fomentar la promoción de la salud, y la prevención y control de las enfermedades crónicas.
- Promover la salud, especialmente de los sectores más desfavorecidos de la población.

---

<sup>8</sup><http://64.233.167.104/search?q=cache:E3PxFfpN2fEJ:www.who.int/mediacentre/releases/2004/wha3/es/index.html>

- Frenar e invertir las tendencias desfavorables de los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas, y prevenir las muertes prematuras y las discapacidades evitables debidas a las principales enfermedades crónicas.

Esta labor es complementada por la del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, que busca fomentar el consumo de dietas saludables y mejorar el estado nutricional de la población a lo largo de toda la vida.

En consonancia con la propuesta de la OMS, la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas publicó en el año 2000 las Guías Alimentarias para la Población Argentina. A continuación se enumera una lista de diez consejos, que fueron elaborados como orientación a la población.

*“Para vivir con salud es bueno...”*

1. Comer con moderación e incluir alimentos variados en cada comida.
2. Consumir todos los días leche, yogures o quesos. Es necesario en todas las edades.
3. Comer diariamente frutas y verduras de todo tipo y color.
4. Comer una amplia variedad de carnes rojas y blancas retirando la grasa visible.
5. Preparar las comidas con aceite preferentemente crudo y evitar la grasa para cocinar.
6. Disminuir el consumo de azúcar y sal.
7. Consumir variedad de panes, cereales, pastas, harinas, féculas y legumbres.
8. Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y evitarlo en niños, adolescentes, embarazadas y madres lactantes.
9. Tomar abundante cantidad de agua potable durante todo el día.
10. Aprovechar el momento de las comidas para el encuentro y diálogo con otros.

### **Cuadro 1.** Guías Alimentarias para la Población Argentina.

Fuente: Guías Alimentarias para la Población Argentina. Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas (2000).

Las recomendaciones nutricionales deben superar los requerimientos mínimos necesarios para mantener una buena salud, ya que aún hoy no se pueden predecir todas las necesidades individuales. Es decir, las recomendaciones deben prever que las necesidades nutricionales, aún las no conocidas, sean cubiertas, por eso la dieta debe ser mixta y compuesta por una amplia gama de alimentos. Además, como los alimentos tienen un valor psico-social, las recomendaciones nutricionales deben apuntar a alimentos aceptables y agradables para los destinatarios. Por último, hay que destacar que estas recomendaciones son para individuos sanos.

Comer sano y tener una actividad física adecuada, junto al control del alcohol y el tabaco, son herramientas eficaces para disminuir el riesgo de enfermedades no transmisibles y disfrutar así de una mejor calidad de vida. Comer sano implica, como dijimos, incorporar todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita. Los nutrientes esenciales son sustancias que nuestro organismo no produce, por lo que deben ser incorporadas con la dieta. Son nutrientes esenciales algunos aminoácidos -componentes de las proteínas-; algunos ácidos grasos; las vitaminas, los minerales y el agua.

Según la Guía Alimentaria (2000), los alimentos se clasifican en diferentes grupos, los que reúnen alimentos con propiedades nutricionales semejantes. Hay seis grupos de *alimentos fuente*, que contienen mayor cantidad de una sustancia nutritiva o la contienen en forma altamente *biodisponible*, es decir, nuestro cuerpo puede aprovecharla al máximo:

Primer Grupo:

Cereales (arroz, avena, cebada, maíz, trigo), sus derivados (harina, fideos, pan, galletas, etc.) y legumbres secas (arvejas, lentejas, porotos, soja, garbanzos). Son fuente principal de hidratos de carbono y fibra. Aportan la mayor parte de las calorías que una persona consume al día. La cantidad que cada persona debe consumir depende de la energía que

gasta en el día lo cual esta relacionado con su edad, sexo y actividad física. Se recomienda en general que en una dieta equilibrada el aporte energético de los carbohidratos represente entre el 50 y 60 % de la energía total consumida, incluyendo principalmente hidratos de carbono complejos (aportados por los alimentos incluidos en este grupo).

#### Segundo Grupo:

Verduras y Frutas. Es muy importante su aporte de vitaminas (A y C) y minerales (como potasio y magnesio), así como fibra y agua, y son naturalmente bajas en grasa. Hay que elegir frutas y verduras de diferentes tipos y colores, lo que garantiza la ingesta de una variedad de vitaminas y minerales. Es recomendable comer cinco porciones diarias, tratando de ingerir por lo menos una vez al día, frutas y verduras crudas.

#### Tercer Grupo:

Leche, Yogur y Queso. Proporcionan proteínas de muy buena calidad y son fuente principal de calcio (esencial para tener dientes y huesos, fuertes y sanos) y algunas vitaminas. Todas las personas, sin importar su edad, deben consumir diariamente leche, yogur o queso, especialmente los niños, adolescentes y mujeres. Se recomienda consumir diariamente dos tazas tamaño desayuno de leche fluida.

#### Cuarto Grupo:

Carnes y Huevo. Aportan proteínas y son fuente principal de hierro. Todas las carnes comestibles (de vaca, cerdo, cordero, aves, pescados, frutos del mar, etc.) son fuente de muchos nutrientes como proteínas de muy buena calidad, hierro, zinc, fósforo, vitaminas, etcétera. Las carnes y el huevo contienen grasas saturadas y colesterol que consumidas en exceso son perjudiciales para la salud. Por eso conviene comer cortes magros o retirar la grasa visible de la carne antes de consumirla. No es aconsejable comer más de tres huevos semanales, aunque es casi ilimitada la cantidad de claras que se pueden consumir. Es

preferible consumir moderadamente fiambres y embutidos, y retirar la piel de las carnes de aves. El pescado, en general, contiene grasas insaturadas que tienen un efecto bueno para la salud, contribuyendo a reducir los niveles de colesterol en sangre.

#### Quinto Grupo:

Aceites y Grasas. Son fuente principal de energía y vitamina E. A través de las grasas se absorben las vitaminas liposolubles (A, K, D, E) y aportan al organismo ácidos grasos esenciales. Los aceites vegetales y las grasas de las semillas y frutas secas tienen grasas insaturadas y nunca tienen colesterol. Algunas de estas son imprescindibles para la salud, por lo que deben formar parte de la alimentación diaria. Las grasas de origen animal contienen grasas saturadas y colesterol. Estas sustancias aumentan el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares por lo que su ingesta debe ser controlada. Aceites y grasas aportan gran cantidad de energía por lo que su consumo debe ser limitado.

#### Sexto Grupo:

Azúcar y Dulces. Son energía o *calorías vacías* porque no ofrecen sustancias nutritivas indispensables. Por eso es recomendable reducir su consumo (de dulces, miel, golosinas, bebidas con azúcar, etcétera) para evitar sobrepeso y caries.

Sodio. Es un mineral que en pequeñas cantidades tiene un papel importante para el buen funcionamiento del organismo y que en exceso se relaciona con la hipertensión arterial. Está presente en forma natural en muchos alimentos así como también se encuentra añadido a tantos otros como: aceitunas, panceta, jamón crudo, aperitivos salados -papas fritas, palitos, etcétera. La sal de mesa -cloruro de sodio- aporta grandes cantidades de sodio.

Consumir alternativamente diferentes alimentos de un mismo grupo asegura la variedad necesaria en el aporte de sustancias nutritivas. La mayoría de las dietas hipocalóricas prohíben los alimentos del primer grupo -harinas, pastas, legumbres. La Guía

Alimentaria (2000), por el contrario, recomienda incluir durante el día la mayor cantidad de alimentos de este grupo. En cambio sí coinciden en recomendar que se consuma poca cantidad de azúcares, dulces, grasas y aceites. El agua es imprescindible para la vida por lo que es fundamental que se beba en abundancia diariamente -aproximadamente 2 litros. Cada uno de los grupos tiene características nutricionales específicas por lo que alimentos de cada uno de ellos deben estar presentes en la alimentación diaria, no debiendo ser sustituidos entre sí.

Dado el objeto de la presente investigación, las dietas hipocalóricas y su relación con la salud, los aditivos alimentarios merecen una mención aparte, y entre ellos los edulcorantes por estar presentes en la mayoría de productos dietéticos. Los edulcorantes, usados para endulzar los alimentos, pueden ser nutritivos y no nutritivos. Los primeros no son considerados aditivos, justamente por tener propiedades nutritivas y energéticas. Son la sacarosa, la fructosa y la glucosa, entre otros. Los edulcorantes no nutritivos, por su parte, tienen un fuerte gusto dulce en bajas concentraciones. Son la sacarina -derivada del petróleo-, los ciclamatos y la sucralosa, entre otros. La sacarina, por ejemplo, tiene un poder endulzante 300 veces mayor que la sacarosa -azúcar común-, pero tiene gusto metálico. Ante la sospecha de que podía ser cancerígena, y porque atraviesa la placenta durante el embarazo, fue prohibida a partir de 1970 en varios países. Hoy en la Argentina está permitida, pero su *ingesta diaria admitida -IDA-* es de 2.5mg/Kg de peso corporal. Los ciclamatos endulzan 40 veces más que la sacarosa. Aunque se cuestionó su uso en 1969, están permitidos en más de 50 países. La sucralosa endulza 600 veces más que la sacarosa y su uso se está difundiendo en los alimentos industrializados. Hasta la fecha, no se ha demostrado que provoque efectos negativos, pero se impone una IDA de 15mg/Kg de peso corporal (Medín & Medín, 2003). Como señala Charles (comunicación realizada a la autora

de la tesis), sólo se sabe que los edulcorantes son contraproducentes en dosis altas. Sin embargo, como no hay suficiente investigación en torno a los efectos que pueden producir en humanos -hasta ahora la investigación se realizó básicamente con animales de laboratorio-, es preferible evitarlos.

En este contexto hay que hablar de educación nutricional. Según Brusco (1980):

*[...] puede definirse como el proceso por el cual las creencias y las actitudes, las influencias ambientales y los conocimientos acerca de los alimentos, conducen al establecimiento de hábitos alimentarios científicamente fundados, prácticos y acordes con las necesidades individuales y la disponibilidad de los alimentos. Es un proceso multidisciplinario que involucra transferencia de información, desarrollo de motivación, y si fuera necesario, la sustitución de los hábitos alimentarios presentes por otros más apropiados (p. 153).*

En 1964, una reunión conjunta de organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) reconoció que si bien los factores económicos -como el desarrollo agropecuarios, y la calidad y disponibilidad de los alimentos a costos razonables- son decisivos para solucionar los problemas de nutrición, también los hábitos alimentarios y los patrones culturales influyen en la nutrición. En muchos lugares del mundo se ha demostrado que la desnutrición es consecuencia tanto de la escasez de recursos, como de los prejuicios y la ignorancia. Asimismo, el consumo excesivo de alimentos puede generar enfermedades ‘por exceso’ como la arterosclerosis, la obesidad o la diabetes (Brusco, 1980). De ahí la necesidad de implementar programas de educación nutricional. Para ello es necesario conocer en profundidad las creencias, actitudes y conocimientos de la población; comprender las razones psico-sociales que promueven sus hábitos alimentarios; e identificar las costumbres y prácticas que deben ser modificadas.

### **3. LAS DIETAS Y EL CUERPO**

#### **3.1 Distintos tipos de dieta**

La dieta no es un concepto unívoco, sino que las conductas dietantes remiten a dietas para enfermos con diabetes, presión alta u otras patologías que requieran dietas específicas para mejorar las condiciones del paciente o incluso para curarle. También puede haber dietas especiales para que los sujetos engorden o compensen deficiencias de distinto tipo como la anemia, la falta de calcio o incluso de masa corporal (como en la anorexia). Por último, hablar de dietas puede remitir a las dietas hipocalóricas cuyo objetivo principal es alcanzar una mayor delgadez, un cuerpo más esbelto y proporcionado. Estas dietas suelen ir acompañadas de distintos tipos y tiempo de dedicación a los ejercicios corporales.

#### **3.2 Las dietas hipocalóricas**

Woodside y Garfinkel (1989) sostienen que las conductas dietantes para bajar de peso, aunque sean comunes y hasta normales entre los adolescentes y adultos jóvenes, no deben desestimarse cuando llevan a una preocupación creciente respecto del peso corporal y están acompañadas por bloqueo social. La decisión inicial de hacer dieta puede entenderse como una respuesta a problemas psicológicos, especialmente cuando involucra baja autoestima y sentimientos de incapacidad, en aquellos individuos sometidos a factores de riesgo. Pero, como señala Fraser (1998), a veces el sujeto ni siquiera tiene edad suficiente para tomar la decisión inicial:

*Tenía trece años cuando me senté por primera vez en una acolchada silla marrón en un consultorio pobremente iluminado cuando un psicólogo con grandes patillas dijo suavemente: '¿Laurie, te gustaría ser delgada? Serías una hermosa niña si perdieras algo de tu peso, ¿sabés?'. Era una niña regordeta, lejos de ser obesa, y he estado contando calorías desde el jardín de infantes. Durante años mis padres servían comidas con bajas calorías, me alentaban para hacer ejercicio y prohibieron en la casa las papas fritas y la manteca. Olvidé cómo comer cuando tenía hambre y detenerme cuando estaba saciada.*

La obsesión por las dietas induce estados emocionales caóticos y patrones de alimentación que privan a las personas de su capacidad para regularse naturalmente. En muchos casos genera exactamente lo contrario de lo que busca: sobrealimentación, sobrepeso, obsesión por la comida y vergüenza corporal. De acuerdo con un estudio de la Universidad Rockefeller (1995) estamos diseñados para mantener nuestro peso y cuando comemos menos, nuestro metabolismo desciende y quema menos calorías. Keys, de la Universidad de Minnesota, realizó un estudio con 36 hombres voluntarios que puso a dieta de ‘semi-inanición’ -en términos de ingesta de calorías- durante seis meses. Los hombres perdieron peso, pero al mismo tiempo se convirtieron en sujetos caprichosos, peleadores y letárgicos. Cuando volvieron a la dieta normal sufrieron atracones y la mayoría reemplazó parte de su antigua musculatura por grasa, al igual que los obesos (en Fraser 1998).

Fraser (1998) y Croft (2004) sugieren que las dietas están predestinadas al fracaso, entre otras razones, porque cada individuo tiene ciertas determinaciones biológicas que moldean su cuerpo. De hecho hay personas que comen mucho y no engordan, y otras que engordan comiendo muy poco. La solución es recobrar el contacto con el propio cuerpo, reconocer el hambre y la saciedad, y aceptar el cuerpo real, en vez de ir tras una figura ideal inalcanzable; salvo si se acepta el costo de vivir contando calorías. Quienes hacen dietas permanentemente, pierden la capacidad de reconocer el hambre y la saciedad. No comen por hambre sino que lo hacen en horarios preestablecidos y en cantidades determinadas; cuando deben, lo que deben. Sin contar que la definición de dieta saludable o hipocalórica, también está determinada socialmente: contar calorías, privarse de comer, comer sólo productos ‘light’, o mono-dietas de arroz o uvas o avena, y la lista puede continuar casi al infinito.

Muchas mujeres obesas cumplen el siguiente ciclo: pierden peso, tienen hambre, se ponen irritables, se aíslan socialmente, se vuelven más sedentarias y luego vuelven a aumentar de peso. El tratamiento tradicional para la obesidad refuerza el mensaje socialmente aceptado de que la pérdida de peso es el mejor camino para aumentar la autoestima. En cambio, Polivy y Herman llevaron adelante el programa ‘no dieta’ en la Universidad de Toronto, entre los años 1970 y 1980. Si bien los participantes no bajaron de peso, aumentó su autoestima y bajó el grado de depresión. Mucho se habla de que la obesidad pone la salud de las personas en riesgo. Sin embargo, el fisiólogo Steven Blair, siguió a 25.389 hombres estadounidenses entre 1974 y 1995, y encontró que los hombres gordos que realizan ejercicio viven tanto como los flacos. El problema podría ser más la falta de ejercicio que el exceso de peso (en Fraser, 1998).

En el contexto argentino, D’Angelo y otros (2005) analizaron los niveles de aptitud física de 1524 alumnos de ambos sexos de escuelas públicas de la Ciudad de Buenos Aires, con edades entre 6 y 16 años. Los resultados mostraron que la población estudiada ingiere más calorías de las recomendadas –por lo que tienen un porcentaje de masa grasa alto, especialmente las mujeres- y realizan poca actividad física. Como en general la actividad física que realizan los chicos se circunscribe fundamentalmente al ámbito escolar, los autores plantearon la necesidad de revalorizar su cantidad y calidad a nivel escolar.

El intenso miedo a engordar y la sensación de estar con sobrepeso no son privativos de los gordos. Por el contrario son frecuentes en mujeres sin trastorno alimentario. La práctica de la dieta es un fenómeno endémico en las mujeres jóvenes occidentales y la insatisfacción corporal es considerada normativa (Toro, 2006; Mora y Raich, 1994; Cruz & Maganto, 2003). Mora y Raich señalan que “los límites entre la patología alimentaria formal y las prácticas de dieta normales no están claramente delimitados, ya que se

considera que las preocupaciones por el peso y la restricción alimentaria son rasgos prodrómicos del trastorno alimentario” (1994, p 43). Consideran que entre las conductas alimentarias patológicas y normales hay cierta continuidad. Dicha continuidad puede establecerse, también, en relación con las alteraciones de la imagen corporal, la autoestima, la adherencia al modelo estético corporal, la depresión, el perfeccionismo, la insatisfacción corporal y el deseo de delgadez entre otros.

Las mujeres y adolescentes jóvenes tienen mayor riesgo de adoptar hábitos dietantes cuestionables. Connor-Greene (en Peters et al., 1996) afirma que cerca del 80% de las mujeres y el 30% de los hombres jóvenes estadounidenses son dietantes. Las mujeres suelen oscilar entre uno y otro extremo de la balanza. Hacen dietas exageradas para bajar de peso, pero como les cuesta tanto mantener dicho peso, vuelven a engordar, y así recomienza el ciclo. Los estudios demuestran que del total de personas que sigue una dieta, la mitad no tienen sobrepeso. Según Croft (2004), millones de mujeres británicas, hasta aquellas cuyo cuerpo se asemeja al estereotipo, se preocupan cada día por cómo se las ve. Una encuesta en el Daily Mail de 2003 mostraba que sólo el 3% de las mujeres estaban contentas con su figura, mientras que un 73% afirmaba que pensaban en su figura cada día. En un día normal en Gran Bretaña el 25% de las mujeres está a dieta, y el 50% está acabando, saltándose o comenzando una dieta. En el contexto latinoamericano, un estudio realizado en el sur de Brasil con mujeres jóvenes de 12 a 29 años, mostró que el 11% tenía comportamientos alimentarios anormales -el 8% usó laxantes y el 5%, anorexígenos- (Nunes, 2006). Uno de los descubrimientos más notables de la investigación de Peters y otros (1996) es que un alto porcentaje de los entrevistados (sin importar el sexo o el nivel educativo), por lo menos una vez en los últimos dos años, fluctuó en el peso 5kgs., muchos de ellos en repetidas oportunidades.

Si bien la mayoría de las investigaciones sobre el tema, remiten a países como Estados Unidos o Gran Bretaña, donde la obesidad alcanzó niveles epidémicos, lo que relativiza las comparaciones, las mujeres argentinas no son ajenas a las oscilaciones de la balanza. En todos los contextos, estas conductas dietéticas se ven incentivadas por una industria de las dietas, que hace billones a costa de la salud de la población (Croft, 2004).

## CAPÍTULO IV

### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Para entender el interés de la presente investigación por ocuparse de las cuestiones alimentarias, es necesario considerar los riesgos que existen en torno a dicha problemática, especialmente en lo que se refiere a los *trastornos de la conducta alimentaria* (TCA) y la *obesidad*. Si bien los TCA han existido en todo tiempo y lugar (Rutzstein, 1997), la obsesión por la delgadez -aspecto central de los TCA- se concentra en culturas en las cuales la comida es abundante. En culturas de escasez, el cuerpo ideal es redondeado, lo cual sugiere que el ideal tiende hacia lo que es difícil de alcanzar (Brusco, 1980; Harris, 1989-90). Crecer en un contexto de abundancia, puede aumentar la posibilidad de tener un TCA. Pero la cultura de la delgadez no alcanza para llegar a extremos patológicos, se necesitan factores individuales adicionales; por ejemplo, características personales que llevan a una mayor internalización de la cultura de la delgadez (Stormer & Thompson 1996, Stice 2001; en Herman & Polivy, 2002). Lo social, lo cultural y lo individual interactúan.

*Los trastornos en el comportamiento alimentario -anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y cuadros no específicos- han alcanzado en las tres últimas décadas una especial relevancia, tanto por su creciente incidencia (es decir, número de casos nuevos aparecidos) como por la gravedad de la sintomatología asociada y resistencia al tratamiento, de modo que constituye hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas. [...] No en vano la progresión de los TCA ha llegado a ser etiquetada de 'epidémica' en las sociedades avanzadas, en comparación con su casi inexistencia en los países en vías de desarrollo y en las áreas no occidentalizadas de estas naciones*

(Pelaez Fernández, Labrador Encinas & Raich Escursell, 2006, p. 89).

Pelaez Fernández, Labrador Encinas y Raich Escursell (2005-2006) destacan el alcance y la evolución de los TCA en las últimas décadas, según las investigaciones realizadas en EEUU, Europa y Canadá:

a- El perfil sociodemográficos de la población en riesgo es: mujeres adolescentes y jóvenes de países desarrollados (EEUU, Japón y Europa Occidental).

b- El 90-95% de los afectados son mujeres

c- La anorexia nerviosa, que casi no existía en la década del '70, alcanza en la actualidad una tasa media de prevalencia de 1/100.000 en población general y de 0,5-1% en mujeres adolescentes y jóvenes de países occidentales.

d- La bulimia, más frecuente que la anorexia, afecta del 1 al 3% de las mujeres adolescentes y jóvenes de países occidentales.

e- Los TCA no específicos son los más frecuentes, afectan al 3% de las mujeres adolescentes y jóvenes de países occidentales, aproximadamente.

La mayoría de los estudios coinciden en utilizar el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV, American Psychiatric Association [APA] (1994), para determinar si un cuadro clínico puede ser considerado una patología alimentaria. Según el DSM IV, los trastornos alimentarios son alteraciones graves de la conducta alimentaria. Estos incluyen la anorexia, la bulimia y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados. La anorexia y la bulimia nerviosas implican una alteración severa de la percepción de la forma y el peso corporales. Algunos autores señalan las dificultades para diferenciar estos dos cuadros como patologías independientes.

Los síntomas centrales -insatisfacción corporal; preocupación por la comida, el peso y la figura; y ciertos disturbios del yo- no necesariamente permiten diferenciarlas. Mas bien podrían considerarse como manifestaciones diferentes del mismo síndrome (Herman & Polivy, 2002). Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados no cumplen con los criterios para un TCA específico.

## **1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM IV Y DEL CIE 10**

### **1.1 Anorexia Nerviosa**

Se caracteriza fundamentalmente por el rechazo a mantener un peso mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la imagen corporal. Además, las mujeres que padecen este trastorno tienen amenorrea.

La pérdida anormal de peso es el primer criterio diagnóstico. Si el trastorno comienza en la niñez o adolescencia temprana, en vez de pérdida de peso puede suceder que el sujeto crezca en altura pero no en peso. Se considera peso inferior al normal cuando el sujeto pesa menos del 85% del peso esperado según altura y edad, de acuerdo con las tablas de crecimiento usadas en pediatría o con las diferentes tablas del Metropolitan Life Insurance (Seguro de Vida Metropolitano). Los criterios de la OMS, usados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE 10) -International Classification of Diseases (ICD 10)- ofrecen una guía más estricta donde se especifica que el individuo con anorexia tiene un Índice de Masa Corporal igual o inferior a  $17,5\text{Kg/m}^2$ . Estos sujetos pierden peso eliminando los alimentos con alto contenido calórico, pero la mayoría termina sosteniendo una dieta restringida, limitada a unos pocos alimentos. Otras formas para perder peso son, por ejemplo, el uso inadecuado de diuréticos y laxantes, la autoprovocación de vómitos o el ejercicio excesivo.

El segundo criterio diagnóstico es el intenso miedo a engordar o convertirse en obeso. Este miedo no desaparece cuando el individuo adelgaza, sino todo lo contrario. El tercer criterio es la alteración de la percepción del peso y la silueta corporales. Algunas personas se ‘ven’ obesas y otras están excesivamente preocupadas por algunas partes de su cuerpo (en especial abdomen, nalgas y muslos). La autoestima de estos individuos depende fuertemente de la forma y peso de sus cuerpos. Perder peso es un signo de autocontrol y autodisciplina, aumentarlo es un fracaso inaceptable. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero no creen que les pueda traer consecuencias clínicas. La amenorrea es otro indicador que generalmente es consecuencia de la pérdida de peso, aunque a veces la precede. En las niñas prepúberes se puede retrasar la aparición de la menarca.

Hay dos subtipos de anorexia nerviosa, el restrictivo y el compulsivo/purgativo. El primero remite a sujetos que adelgazan a fuerza de dietas, ayunos o ejercicio intenso. El segundo incluye sujetos que recurren regularmente a atracones y purgas (generalmente van juntas). Parece ser que la frecuencia en el uso de laxantes, vómitos auto provocados, enemas y diuréticos es semanal, aunque no hay datos suficientes para afirmarlo.

La anorexia nerviosa se asocia a una serie de trastornos, muchos de los cuales pueden ser consecuencia de la casi inanición que el cuadro provoca. Las personas con anorexia pueden presentar: estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida del interés sexual. Otros manifiestan preocupación por comer en público, sentimiento de incompetencia, necesidad de control del entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social, alexitimia y poca iniciativa. También se ha observado en estos pacientes características propias del trastorno obsesivo-compulsivo. Los sujetos con anorexia de tipo compulsivo/purgativo son más propensos a presentar problemas de

control de los impulsos, abuso de drogas o alcohol, labilidad emocional, y a tener una sexualidad más activa.

Además acompañan el cuadro una serie de signos y síntomas físicos, la mayoría de los cuales son también atribuibles a la semi inanición: estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva. El síntoma más claro es la emaciación. También puede haber lanugo, hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel, entre otros. La edad de inicio promedio de la anorexia nerviosa son los 17 años, aunque algunos estudios indican picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy raro el inicio en mujeres de más de 40 años. La relación entre edad de inicio y gravedad de la enfermedad, es contradictoria según diferentes estudios.

- A-** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B-** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C-** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal
- D-** En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Fuente: Criterios diagnósticos del DSM IV (1998)

### **Cuadro 2.** Criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa.

El 90% de los casos de anorexia afecta a las mujeres. Hay pocos datos respecto de los varones, aunque en los últimos años la prevalencia parece haber aumentado. El curso de la enfermedad puede oscilar entre la recuperación después de un único episodio, hasta el

deterioro crónico a lo largo de los años. La mortalidad a largo plazo en personas hospitalizadas en centros universitarios es del 10%, aproximadamente.

## **1.2 Bulimia Nerviosa**

Las personas que padecen bulimia nerviosa se dan atracones de comida y luego usan métodos compensatorios inadecuados para evitar aumentar de peso. La alternancia entre atracones y métodos compensatorios debe darse por lo menos dos veces por semana, durante tres meses consecutivos para considerarse como criterio diagnóstico. La autoevaluación de las personas bulímicas, como la de quienes padecen anorexia, depende en gran medida de su silueta y su peso corporal (DSM IV, 1994).

El primer criterio diagnóstico es la presencia de atracones; estos implican consumir mucha más comida de la que cualquier persona comería, en un plazo corto de tiempo (alrededor de dos horas). Si bien las personas bulímicas suelen comer alimentos con alto contenido calórico, lo característico es la cantidad y no la calidad de los alimentos. Por otro lado, hay que considerar el contexto en que se produce el atracón, ya que lo que es normal en una fiesta o celebración, no lo es en la comida de todos los días. Los atracones, además, pueden darse en más de un lugar; por ejemplo, comenzar en un restaurante y terminar en la casa. Como estos individuos suelen sentirse muy avergonzados por su conducta tratan de ocultarla. Los episodios pueden ser planificados o no, y suelen durar hasta que el individuo ‘no da más’. El malestar, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre después de una dieta severa, o la preocupación por el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar el atracón.

La falta de control es otro de los síntomas característicos. A medida que la enfermedad avanza el paciente presenta alteraciones del control: dificultades para evitar el atracón o para dejar de comer. Otro criterio diagnóstico es la presencia de conductas

compensatorias para evitar engordar. La más habitual es el vómito auto inducido, que rápidamente elimina el malestar físico y el temor a engordar. El vómito puede convertirse en un objetivo, por ejemplo, tener un atracón para luego vomitar. El 80-90% de las personas que llegan a consulta usan purgas y aproximadamente la tercera parte toman laxantes después de un atracón. Muy raramente usan enemas. Otras formas de compensación son hacer ayuno uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso. Se considera ejercicio físico intenso cuando interfiere mucho en actividades importantes para el sujeto, cuando se realiza a horas poco habituales o en lugares poco adecuados, o cuando se realiza a pesar de que el sujeto esté lesionado o enfermo. Otro criterio diagnóstico es la importancia que la silueta y el peso tienen para aumentar o disminuir la autoestima. Por último, según el DSM IV, no se considera bulímica a la persona que tiene atracones exclusivamente durante el transcurso de la anorexia nerviosa.

La bulimia nerviosa puede ser de tipo purgativo o no purgativo. En el primero, el sujeto acompaña el episodio con vómitos y con el uso inadecuado de laxantes, diuréticos y enemas. En el segundo realiza ayunos o hace ejercicio intenso.

En cuanto a la sintomatología asociada a la bulimia nerviosa, en general estos pacientes no presentan bajo peso. Antes del trastorno es común el sobrepeso e incluso la obesidad. Entre atracón y atracón, los sujetos reducen la ingesta calórica. Los síntomas depresivos -al igual que en la anorexia-, y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad -como el miedo a situaciones sociales- son frecuentes en estos pacientes. Aproximadamente un tercio de los pacientes bulímicos abusan del alcohol y las drogas. Probablemente entre el 33% y el 50%, padecen trastornos de la personalidad -trastorno límite de la personalidad. Hay indicios de que los casos purgativos tienen más síntomas depresivos y mayor preocupación por el peso y la silueta.

En relación con los síntomas físicos, los vómitos repetidos pueden llevar a una pérdida del esmalte dental. Los dientes pueden parecer rotos o carcomidos. Además, pueden presentar callos o cicatrices en las manos. En las mujeres suele haber amenorrea o irregularidades del ciclo menstrual. Los pacientes que usan laxantes pueden terminar generando una dependencia a este tipo de fármacos. Los casos de tipo purgativo son más propensos a tener complicaciones físicas. El 90% de quienes padecen bulimia nerviosa son mujeres. Este TCA suele aparecer en la adolescencia tardía o comienzos de la juventud y se mantiene al menos a lo largo de varios años, de acuerdo con los casos clínicos registrados. El curso puede ser crónico o intermitente. No se sabe acerca de su evolución a largo plazo.

**A-** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

**B-** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

**C-** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, en promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

**D-** La auto evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

**E-** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Fuente: Criterios diagnósticos del DSM IV (1998)

**Cuadro 3.** Criterios para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa.

### **1.3 Trastornos de Alimentación no específicos**

Estos son considerados como trastornos subclínicos o síndromes parciales. Por ejemplo:

- Mujeres que cumplen con todos los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa, menos la amenorrea.
- Sujetos que cumplen con todos los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa, pero que a pesar de presentar una importante pérdida de peso se encuentran dentro de parámetros normales.
- Sujetos que cumplen con todos los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa, pero los atracones y conductas compensatorias inadecuadas tienen una frecuencia menor a las dos veces por semana o se prolongan por menos de tres meses.
- Sujetos que usan conductas compensatorias inadecuadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida y que presentan un peso normal.
- Sujetos que mastican y no tragan importantes cantidades de comida.
- Trastorno por atracón: atracones sin conducta compensatoria inadecuada.

#### **1.4 Obesidad**

Los criterios diagnósticos del CIE 10 coinciden mayoritariamente con los del DSM IV. Ambos concuerdan en que la obesidad no es un trastorno de la alimentación; en realidad el DSM la eliminó en los '80 (Polivy & Herman, 2002). Algunos autores, incluso cuestionan que sea una entidad aparte (Heshka, S. & Allison, D. B., 2001). Sin embargo, la mayoría de los autores aceptan la génesis hereditaria del problema al mismo tiempo que proponen un abordaje biopsicosocial (Ravenna, 2004-2006; Sabioncello, 2001). Sin embargo, por su vinculación con las cuestiones alimentarias así como por su componente psicosocial y por el aumento de incidencia tanto a nivel nacional como internacional, amerita ser considerado en este apartado.

Para la OMS (2008), la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Su causa fundamental

es que se consumen más calorías de las que se gastan. El Índice de Masa Corporal (IMC) permite identificar, al menos de manera aproximada, el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. El sobrepeso, implica un IMC igual o superior a 25, y la obesidad a 30. Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había en todo el mundo:

- Aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso.
- Al menos 400 millones de adultos obesos.
- Al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso.

Aunque antes se consideraba que la obesidad era un problema sólo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando rápidamente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en las ciudades. En Brasil, por ejemplo, la obesidad alcanza proporciones nunca antes registradas, siendo tanto o más grave que la desnutrición. El consumo de ‘comidas rápidas’ contribuye a la expansión de esta patología incluso entre la población indígena (Nunes, 2006). El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a:

- El cambio de la dieta a nivel mundial, especialmente un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos ricos en grasas y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes.
- La disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

Según la OMS (2008), el sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud. El riesgo aumenta con el IMC. Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas como:

- Las enfermedades cardiovasculares (en especial cardiopatías y accidentes cerebrovasculares), que son la principal causa de muerte en todo el mundo (17 millones de muertes anuales).
- La diabetes, que ya es una epidemia mundial. La OMS estima que en los próximos 10 años las muertes por diabetes aumentarán más del 50%.
- Las enfermedades del aparato locomotor, como la artrosis.
- Algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon.

La obesidad infantil, por su parte, se asocia con una mayor probabilidad de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Por otra parte, en muchos países de ingresos bajos y medios, conviven la subnutrición con el sobrepeso y la obesidad, sobre todo en el medio urbano.

En el camino hacia la gordura hay varios factores que influyen. Como se acaba de señalar, el ambiente de sobreoferta alimenticia y el sedentarismo contribuye a dificultar el control del peso, así como la información contradictoria que presentan los medios e incluso algunos médicos y nutricionistas. Además hay que considerar factores genéticos: habría un gen que impide que el cerebro perciba la sensación de saciedad, al tiempo que aumenta el riesgo de obesidad porque actúa sobre el hipotálamo, responsable del comportamiento alimentario y de la producción de insulina (que también contribuye a la sensación de saciedad). Habría a su vez un ‘gen ahorrativo’, que permitiría usar más eficientemente la comida y favorecería el depósito de reserva de grasa, lo cual puede ser muy útil en períodos

de escasez pero no en esta época en que se idolatra la delgadez. Asimismo, hay hormonas y neurotransmisores que intervienen en la regulación y dinámica del organismo en relación con la asimilación de los alimentos (Ravenna, 2004-2006).

Otro factor a considerar es la biología o el metabolismo. Las células adiposas se reproducen en la infancia y la adolescencia. Esto implica que un niño o adolescente delgado sería casi garantía de delgadez en la edad adulta. Sin embargo, algunos estudios sugieren que en situaciones de fuerte presión alimentaria aumentaría el número de células adiposas, por ejemplo en los hiperobesos. El aumento en la cantidad de células adiposas llevaría a una mayor avidez por la comida, por lo que muchas compulsiones atribuidas a cuestiones emocionales serían en realidad pedidos corporales (Ravenna, 2004).

Por último, no se puede olvidar los factores sociales y psicológicos: cuestiones ligadas a la imagen corporal (gustar y gustarse), autoestima, gordura y erotismo, la tendencia a no salir o no mostrarse, el estrés propio de la época actual asociado a la ansiedad, la vida laboral fuera de la casa y las comidas al paso, el exceso de comida 'light' con la fantasía de que no engorda, por enumerar sólo algunos.

## **2. SITUACIONES DE RIESGO QUE FAVORECEN LOS TRASTORNOS**

### **ALIMENTARIOS EN ARGENTINA**

Contra lo que sostienen los países desarrollados, según la Red Interhospitalaria de Trastornos de la Alimentación (RIHTA), dependiente de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la Argentina es uno de los países con mayor incidencia de trastornos de la alimentación, específicamente anorexia y bulimia; primero Japón y segundo Argentina (en Casullo, 2006).

En los últimos años se han registrado pocos estudios empíricos sobre las situaciones de riesgo que favorecen la aparición de trastornos alimentarios en jóvenes y adolescentes argentinos y latinoamericanos en general. Sin embargo, la revisión bibliográfica permite afirmar que en las últimas décadas dichos trastornos han aumentado significativamente, especialmente en la población adolescente, lo cual subraya la necesidad de hacer estudios que permitan detectar la población en riesgo (Albornoz, & Matos, 2001; Casullo, 2006; Nunes, 2006; Mancilla Díaz et al., 2006; Rodríguez Guarín & Gempeler Rueda, 2006). Los estudios epidemiológicos centran su análisis tanto en los factores de riesgo -pérdidas afectivas, miedo a crecer, percepción subjetiva de los sucesos estresantes del ciclo vital- como en los de vulnerabilidad -biológicos, familiares, aspectos cognitivos y afectivos de la personalidad. Las investigaciones epidemiológicas confirman que los TCA en general comienzan en la adolescencia y tienen un patrón específico de evolución y desarrollo (Casullo, 2006).

Tradicionalmente, el concepto 'en riesgo' remitía a las variables demográficas, personales o familiares que predisponían al individuo a ser afectado por cierta patología. Pero, como señala Casullo (2006), este concepto no es unívoco. Hay autores que sugieren centrar el estudio de los comportamientos de riesgo en áreas como la familia, la escuela y el grupo de pares. Otros destacan que en la conducta adolescente debería considerarse el modo de procesamiento de la información, ya que algunos jóvenes se basan en procesamientos racionales y otros en procesamientos emocionales asociados a necesidades inmediatas -los adolescentes en general perciben el riesgo, pero esto no impide que asuman conductas riesgosas.

Otros autores (Kotliarenko, 1986; Masten, 1990; Rutter, 1990) enfatizan la necesidad de analizar tanto los factores promotores del riesgo, como los factores

protectores. En este sentido, hasta hace pocos años la preocupación de los profesionales de la salud estuvo más bien centrada en los procesos patológicos. Sin embargo, desde fines de la década de los '70 comenzó a gestarse una nueva perspectiva que más que preocuparse por la enfermedad una vez instalada -cómo revertirla y cómo paliar sus consecuencias- se ocupó de la prevención, o más aún, de la promoción y protección de la salud (Bazán & Dominguez, 2005). La presente investigación responde a esta última perspectiva.

Casullo (2206) sostiene que en el ámbito local, los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de patología alimentaria son:

a- Insatisfacción corporal y su relación con la presión que ejercen el grupo de pares y los medios de comunicación masiva.

b- Presencia de trastornos de personalidad, ansiedad y baja autoestima.

c- Alexitimia, especialmente porque se vincula la incapacidad de diferenciar los signos de hambre -apetito- de otras sensaciones corporales.

d- Las características y estructura del grupo social de pertenencia, especialmente los valores y actitudes respecto del peso y la imagen corporal ideal según género.

e- El impacto subjetivo del contexto escolar -escuelas monosexuales- y sociocultural global -por ejemplo, el cuerpo femenino ideal es más robusto entre los varones brasileiros que entre los jóvenes argentinos.

f- Las experiencias médicas traumáticas que pueden repercutir en la imagen corporal de los adolescentes y predisponer a trastornos de la alimentación.

g- Ciertas profesiones (como bailarines, gimnastas de alta competencia) requieren dietas específicas que pueden favorecer el desarrollo de trastornos alimentarios de cierta gravedad, especialmente en personas con altos niveles de perfeccionismo, inseguridad social y sentimientos de ineficacia.

## **2.1 La otra cara de los TCA: el exceso**

Si bien no es considerada una enfermedad (ver apartado 1.4), la obesidad merece un comentario aparte. En la actualidad, justamente, las cámaras del Congreso argentino están debatiendo un proyecto de ley para modificar el Programa Médico Obligatorio (ver APÉNDICE I) e incluir entre las prestaciones en salud de las Obras Sociales y la medicina prepaga los distintos tratamientos de la obesidad, ya que según la Organización Mundial de la Salud es la enfermedad epidémica no transmisible más grande del mundo, ubicada entre los diez factores de riesgo principales para la salud en todo el mundo.

A nivel internacional, como ya se señaló, la obesidad está alcanzando límites de epidemia y en esto EEUU es líder mundial, con un 65% de sobrepeso en los adultos y un 31% que directamente entra en la clasificación de obesidad. América Latina y en particular Argentina, tampoco escapan a estas cifras, con el agravante que (como ocurre en otros países en vías de desarrollado) la gordura suele ir acompañada de desnutrición, es decir sobrepeso por exceso de ingesta de calorías y grasas, pero en una alimentación pobre en nutrientes esenciales (para más información ver el apartado 3.2).

En México, Ecuador, Colombia, Perú, Uruguay, Paraguay, Brasil y Chile, los índices de sobrepeso y obesidad han aumentado notoriamente. En Brasil, por ejemplo, han prohibido en las escuelas la comida ‘chatarra’ y crearon programas de almuerzo escolar en base a las tradicionales legumbres y verduras. Es tan alto el crecimiento de la obesidad en América, que en la actualidad es considerada la enfermedad nutricional más importante de la región, en particular, el obeso desnutrido (Ravenna, 2004). Según la Sociedad Argentina de Nutrición, aproximadamente el 60% de los argentinos sufre sobrepeso, lo que va acompañado de un incremento en enfermedades como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (de Girolami et al., 2003).

El sobrepeso y la obesidad son un grave problema que aqueja a la población y por lo tanto a la salud pública mundial. La vida sedentaria de las grandes ciudades agrava el problema, ya que las personas sostienen hábitos alimentarios inadecuados para el nivel de gasto energético que realizan cotidianamente; el 60% de los adultos de áreas urbanas no alcanza niveles suficientes de actividad física. El auto reemplazó a la bicicleta o la caminata, los espacios verdes son escasos por lo que la actividad física queda recluida en los gimnasios, el miedo al tránsito y a los robos encierra a los niños dentro de sus casas; estos son algunos de los condicionantes que llevan al desbalance entre la ingesta y el gasto de energía; es decir sobrealimentación acompañada de sedentarismo (Ravenna, 2004).

## CAPÍTULO V

### ESTUDIO EMPÍRICO

#### 1. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

##### 1.1 Objetivo general

Analizar la presencia en mujeres argentinas, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y del Gran Buenos Aires (AMBA), de la correlación ilusoria **delgadez-salud** y los factores psicosociales a ella asociados.

##### 1.2 Objetivos específicos

1. Indagar si se observa en las mujeres argentinas una marcada tendencia hacia las conductas dietantes hipocalóricas.
2. Analizar si al uso frecuente de dietas hipocalóricas subyace la creencia de que las dietas hipocalóricas son más saludables y que la delgadez es un indicador de salud.
3. Indagar si existe una asociación entre las creencias de que las dietas hipocalóricas son más saludables y la delgadez es un indicador de salud por un lado, y la baja autoestima, el estado de ánimo y la percepción de riesgo de padecer sintomatología física, por el otro.
4. Explorar la asociación de las creencias de que las dietas hipocalóricas son más saludables y la delgadez es un indicador de salud, con la imagen corporal que las mujeres tienen de sí mismas, y la distorsión e insatisfacción con el propio cuerpo.
5. Evaluar si las creencias de que las dietas hipocalóricas son más saludables y que la delgadez es un indicador de salud, varían según la clase social.
6. Evaluar si las creencias de que las dietas hipocalóricas son más saludables y la delgadez es un indicador de salud, varían según el IMC.

7. Explorar diferencias y similitudes en las concepciones y percepciones respecto del propio cuerpo y de la relación delgadez-salud, en un grupo de mujeres argentinas y otro de mujeres japonesas.

## **2. HIPÓTESIS**

### **2.1 Hipótesis general**

El deseo permanente de las mujeres argentinas de estatus social medio-alto, de la CABA y el AMBA por hacer dietas hipocalóricas, está asociado a la creencia compartida de que la delgadez y los alimentos dietéticos son indicadores de salud.

### **2.2 Hipótesis de trabajo**

- Aproximadamente el 50% de las mujeres jóvenes y adultas argentinas, de población general de la CABA y el AMBA, presentan conductas dietantes hipocalóricas.
- El uso frecuente de dietas hipocalóricas se asocia, aunque no de modo excluyente, con las creencias de que éstas son más saludables y de que la delgadez es un indicador de salud.
- Factores psicosociales como la imagen corporal que las mujeres tienen de sí mismas, la distorsión e insatisfacción con el propio cuerpo, la baja autoestima, el estado de ánimo y la percepción de riesgo de padecer sintomatología física están asociados a la creencia de que las dietas hipocalóricas son más saludables y al sesgo atribucional “Delgadez-Salud”.
- La creencia de que las dietas hipocalóricas son más saludables y el sesgo atribucional ‘Delgadez-Salud’, están acentuados en las mujeres argentinas de clase media-alta, ya que en ellas se espera una mayor distorsión que en las mujeres

argentinas de clase baja y que en las mujeres de clase media-alta pertenecientes a la cultura japonesa.

- La creencia de que las dietas hipocalóricas son más saludables y el sesgo atribucional ‘Delgadez-Salud’, no están asociados con el IMC.

### **3. PROPUESTA METODOLÓGICA**

#### **3.1 Tipo de estudio, unidad de análisis**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo-correlacional, multifactorial, cuyo objetivo es descubrir tendencias. La unidad de análisis fue: mujeres mayores de 17 años.

##### **3.1.1- Población**

La población está subdividida en dos subpoblaciones:

- Mujeres argentinas, jóvenes y adultas, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, discriminadas en función de la clase social.
- Mujeres orientales, jóvenes y adultas de Japón, India, China y Corea.

##### **3.1.2 Muestra**

Se seleccionó una muestra no probabilística intencional por cuotas. Dicho muestreo se eligió para ganar representatividad. Teniendo en cuenta que la variable género es una variable pertinente para el presente estudio, se la controló manteniéndola constante, por eso se seleccionaron sólo mujeres. La muestra fue dividida por niveles socioeconómicos medio/alto, medio y bajo, para cumplir con los objetivos de la investigación. Además se dividió a partir de la cultura de pertenencia –oriental y occidental- para un posterior análisis comparativo.

La muestra está compuesta por 123 mujeres argentinas, cuyo lugar de residencia era la CABA (88 mujeres) y el AMBA (35 mujeres), con edades comprendidas entre 17 y 83

años (*Media* = 40 años y *DT* = 14,67 años), de nivel socioeconómico medio/alto, medio y bajo. Se tomaron 134 encuestas, de las cuales 123 fueron respondidas por mujeres argentinas y 11 eran de Paraguay, Uruguay y Perú. Las mujeres extranjeras fueron eliminadas.

La muestra de mujeres orientales está formada por 58 mujeres de Japón, India, China y Corea, cuyo lugar de residencia era Japón. Las edades estaban comprendidas entre los 20 y 60 años (*Media* = 37 años y *DT* = 10,70 años).

#### **4. PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS**

##### **4.1 Procedimiento**

Las pruebas psicológicas fueron aplicadas individualmente o en pequeños grupos siempre bajo supervisión de la investigadora. La muestra occidental se tomó entre octubre y diciembre de 2007. La submuestra de extracción social popular se tomó en dos Comedores Comunitarios (de Constitución y Palermo), en un Hotel de pasajeros de Palermo, y con grupos de mujeres que se dedican al servicio doméstico en casas de familia y ordenanzas de escuela. Dado que según las estadísticas del Indec; tomando como referencia el primero y segundo semestre del 2006, y el primero del 2007; las personas que estaban bajo el índice de pobreza eran el 31,4%, el 26,9% y el 23,4% de la población, respectivamente; y bajo la línea de indigencia, el 11,2, el 8,7% y el 8,2%. Esto en promedio totaliza un 36,6% de la población que puede ser considerada de clase baja, por lo que para alcanzar representatividad por cuotas, el 38,2% de las encuestas fueron tomadas como se consigna más arriba. No obstante el carácter total de la muestra fue intencional.

La submuestra orientada a sectores medios/altos, el 61,8% restante, se tomó en la Escuela Pública N° 13 del Distrito Escolar N° 9 (Colegiales) –a docentes, personal directivo

y padres del establecimiento- y a mujeres que voluntariamente aceptaron participar de la investigación. Cabe aclarar que la unidad de análisis fueron las mujeres y no los establecimientos a los que estas pertenecen. Todas las pruebas estandarizadas, un total de cinco, se aplicaron siguiendo las pautas indicadas en los manuales correspondientes. Las pruebas especialmente diseñadas para esta investigación se aplicaron con los criterios que se detallan más adelante.

La submuestra oriental fue tomada por la autora de la tesis en Japón en agosto de 2005, en la Universidad de Kyoto, en la casa internacional de dicha universidad, en un establecimiento comercial (shopping) en la ciudad de Obaku -en los alrededores de Kyoto- y en el aeropuerto internacional de Tokio (Narita).

Todas las participantes fueron informadas previamente del estudio a realizar, solicitando su consentimiento informado.

## **4.2 Instrumentos**

Se seleccionaron y aplicaron las técnicas de recolección de datos que figuran a continuación, en entrevistas individuales y grupales. La descripción de las pruebas –que pueden encontrarse en el APÉNDICE III- se organiza en relación con las variables que analizan.

4.2.1 Tarea de evaluación directa de la tendencia dietante. La misma se analizó a partir de los siguientes instrumentos:

- **Alimentos preferidos/saludables:** Se elaboró una prueba de 34 alimentos que difieren en cantidad de proteínas, carbohidratos, etcétera, frente a los cuales las participantes deben responder: 1- qué alimentos les gustan, 2- qué alimentos comen,

3- cuáles son saludables. Las respuestas a cada ítem van de 1 (nada) a 5 (mucho). Esta prueba evalúa si los alimentos dietéticos son considerados más saludables, así como las preferencias en cuanto a gustos y consumos en general. Aquí se consideraron las respuestas a la pregunta ‘qué alimentos comen’. Luego del análisis factorial, la cantidad de ítems se redujo a 26, quedando así compuesta la versión definitiva de la prueba. A la muestra se le aplicó la versión completa -34 ítems.

- **Inventario Beck:** ver punto 4.2.6. Este inventario incluye un ítem en que se le pregunta directamente a la entrevistada si está haciendo dieta en el momento de la toma.
- **Inventario de Comportamientos Alimentarios (ICA):** ver punto 4.2.5. Para evaluar la tendencia dietante se usó la dimensión uno del ICA, **Deseos de adelgazar**.

4.2.2 Tarea de evaluación directa de la creencia de la delgadez como indicador de salud. La creencia delgadez/salud se analizó a partir de los siguientes instrumentos:

- **Prueba de las fotos:** Inicialmente, se diseñó una prueba para establecer la relación entre delgadez y salud, la cual constaba de una serie de 15 pares de fotos. Se seleccionaron las fotos buscando que cada par incluya las fotos de dos mujeres con diferencias de peso fácilmente observables. Además, los pares debían estar igualados respecto de la etnia y el aspecto general (forma de vestir, si hacían o no deporte, y otros). Se tomó una prueba piloto de diez personas quienes evaluaron las fotos, para determinar si las diferencias entre los pares eran sólo por el peso, o había otras. De esta prueba se eliminaron 5 pares de fotos. La prueba se tomó con diez

pares de fotos. Después se realizó un análisis factorial a partir del cual se llegó a la versión definitiva de ocho fotos. Las entrevistadas deben responder cuál de las mujeres de cada par consideran más saludable, teniendo en cuenta sólo lo que ven en la foto.

A partir de la prueba piloto se decidió pedir a las entrevistadas que expliciten los datos que las inducen a elegir a la mujer ‘más saludable’ de cada par, a fin de indagar los factores que influyen en la elección, tales como peso, color de la piel, aspecto sonriente o taciturno, etcétera.

- **Sesgo cognitivo delgadez/salud:** Sobre la base de los contenidos del trabajo de Aguirre (2005) en el que indaga las representaciones sociales en población argentina, y de las técnicas utilizadas en distintas evaluaciones de sesgos atribucionales (por ejemplo el cuestionario de estilos atributivos, el de optimismo ilusorio e ilusión de invulnerabilidad) se redactaron 31 proposiciones respecto de la delgadez y la salud en las que las participantes deben marcar su acuerdo o desacuerdo con lo expresado. Estos ítems, balanceados en su direccionalidad, fueron aplicados en un pre-test para indagar su funcionalidad junto con tres o cuatro preguntas abiertas, como la asociación de palabras, para deducir categorías de los sujetos. A partir del análisis factorial, se diseñó un cuestionario de 24 frases que representan lo que las mujeres de distintos sectores sociales -clase baja y media/alta- opinan respecto del cuerpo y la comida, con ítems como ‘La comida tiene que ser rica y abundante’, ‘Hay que reemplazar las carnes rojas por pescados y mariscos’, etcétera; que junto a la prueba de fotos, evalúan la presencia o no de sesgos en las explicaciones respecto de la salud y la delgadez. A cada ítem se responde con un continuo -escala tipo likert- que va de 1 (rechaza la afirmación) a 5 (adhiera

plenamente). Esta prueba pasó por una serie de reagrupamientos basados en la orientación a dos o tres posiciones de clase respecto de los sesgos –lo cual se relaciona al menos parcialmente, con las características de la muestra- que se retomarán más adelante.

- **Alimentos preferidos/saludables:** ver apartado 4.2.1. Aquí se evaluó si los alimentos dietéticos son considerados más saludables.

4.2.3 Imagen corporal y satisfacción con el propio cuerpo. La imagen corporal y la satisfacción con el propio cuerpo fueron analizadas a través de los siguientes instrumentos:

- **Test de silueta** (figuras femeninas adaptadas del Test de siluetas de Bell, Kirkpatrick y Rinn, y figuras masculinas diseñadas por del Río, Maganto & Roiz, 1998). Este instrumento consta de 8 figuras masculinas que aumentan progresivamente su aspecto corporal con relación al incremento de peso, y 8 figuras femeninas de similar condición. La prueba incluye una serie de once preguntas en las que se pide al sujeto que conteste a las siguientes cuestiones: 1) De las figuras masculinas, cuáles considera que son normales, delgadas y gordas, 2) De las figuras femeninas, qué figuras considera que son normales, delgadas y gordas, 3) Qué figura representa su peso actual, 4) Qué figura le gustaría tener, 5) Qué figura elegiría como pareja, 6) Qué figura elegiría el sexo contrario como pareja, 7) A su madre, qué figura le gustaría que usted tenga, 8) A su padre, qué figura le gustaría que usted tenga (Cruz & Maganto, 2003).

Los dos primeros ítems sirven para evaluar el modelo estético corporal vigente, en función de la valoración que hacen de las siluetas, clasificándolas en

delgadas, normales y gruesas. El ítem 3 permite valorar la percepción del tamaño de su imagen corporal actual. Los ítems 4 y 5 valoran el ideal estético corporal del propio sexo y del sexo contrario. Los ítems 6, 7 y 8 son ítems atribucionales e indican la presión social en una dirección o en otra (más delgado o más grueso). El ítem 6 valora la atribución que hacen del modelo que el sexo contrario elegiría como pareja. Los ítems 7 y 8 inciden en la atribución del modelo estético corporal para la madre y el padre respectivamente.

La satisfacción corporal indica el acuerdo entre la figura que se percibe que se tiene y la que se desearía tener (diferencia entre ítems 3 y 4). Este modo de obtener insatisfacción es similar a la de estudios precedentes con otros Test de Siluetas Bell et al., 1986; Fallon y Rozin, 1985; Furnham y Greaves, 1994; Stunckard et al., 1983; Thompson y Tantleff, 1992; Williamson et al., 1989). La insatisfacción también proviene de la diferencia entre cómo se perciben (ítem 3) y cómo consideran que es el ideal para el sexo contrario (ítem 6). En esta investigación se trabaja con este valor, ya que para los adolescentes y jóvenes la presión social es percibida de modo prioritario desde los ideales de elección de pareja.

- La redacción de las preguntas fue adaptada al lenguaje local. Para ello se tomó una prueba piloto de diez personas quienes contestaron al test, y no se detectaron problemas de comprensión.
- **Inventario de Comportamientos Alimentarios (ICA):** ver punto 4.2.5. Para evaluar esta variable se usó la dimensión tres del ICA, **Insatisfacción Corporal**.

- Además, se les preguntó a las entrevistadas su peso ideal y se comparó con su peso real (las entrevistadas fueron pesadas con una balanza portátil). La diferencia entre el peso real y el ideal también fue usada para estimar la Satisfacción corporal.

4.2.4 Índice de Masa Corporal. El IMC es un índice simple para calcular la relación peso altura, que es usado comúnmente para clasificar el sobrepeso, peso normal o bajo de adultos y niños. Está definido como peso en kilogramos, dividido por altura en metros al cuadrado. Los valores del IMC son independientes de la edad y el sexo de los individuos. Para esta investigación se registró el peso y la altura de cada entrevistada, con una balanza portátil y un metro de cinta metálica.

<b>Clasificación</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>
	<b>Puntos de corte principales</b>
<b>Bajo peso</b>	<b>&lt;18.50</b>
Delgadez severa	<16.00
Delgadez moderada	16.00 - 16.99
Delgadez leve	17.00 - 18.49
<b>Peso normal</b>	<b>18.50 - 24.99</b>
<b>Sobrepeso</b>	<b>≥25.00</b>
Pre-obesidad	25.00 - 29.99
<b>Obesidad</b>	<b>≥30.00</b>
Obesidad clase I	30.00 - 34.99
Obesidad clase II	35.00 - 39.99
Obesidad clase III	≥40.00

Fuente: Adaptado de WHO (OMS), 1995, WHO (OMS), 2000 y WHO (OMS) 2004.

**Cuadro 4.** Clasificación Internacional de adultos con bajo peso, peso normal y sobrepeso de acuerdo con el IMC de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En los últimos años se ha debatido la necesidad de establecer distintos puntos de corte en el IMC para los diferentes grupos étnicos dada la creciente evidencia de que el IMC, y la proporción y distribución de la grasa corporal, difieren según la población analizada. Por lo tanto sería esperable que el punto de corte de  $25\text{Kg}/\text{m}^2$  a partir del cual el IMC es considerado riesgoso para la salud, también difiera. Pero la OMS recomienda mantener los índices de la clasificación internacional.

La medición antropométrica de un individuo o de una población es un buen indicador de su estado nutricional y de salud. El aumento del IMC es útil para predecir en ambos sexos, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares -si bien la edad aumenta su frecuencia de aparición. Según *El programa de Vigilancia Nutricional* que llevó adelante en la República Argentina la Sociedad Argentina de Nutrición, la media del IMC de la población testeada fue de 26,2 y la mediana de  $25,5\text{ Kg}/\text{m}^2$  (de Girolami et al., 2003). Es decir, en la población argentina, el 50% de los individuos encuestados presentó un IMC igual o superior a  $25,5\text{Kg}/\text{m}^2$ , alrededor del 29% presentó un IMC entre 25 y  $29,9\text{Kg}/\text{m}^2$  y el 27% un índice superior a los  $30\text{Kg}/\text{m}^2$ , lo cual muestra que alrededor del 60% de la población tenía exceso de peso para la talla.

4.2.5 Conducta alimentaria. Se usó el **Inventario para la Evaluación de Conductas Alimentarias (ICA)** adaptado por Casullo y Pérez (1997) para analizar tendencias de la conducta alimentaria. Es una técnica de autoevaluación diseñada sobre la base del Eating Disorder Inventory (EDI) que fue desarrollado en la Universidad de Toronto por Gardner (1991). No es una técnica diagnóstica sino de despistaje, que evalúa la presencia de síntomas asociados con los desórdenes alimentarios (Anorexia, Bulimia). Este cuestionario evalúa rasgos o dimensiones psicológicas que deben ser tenidos en cuenta en

la comprensión y el tratamiento adecuado de los trastornos en la alimentación. Permite evaluar once dimensiones relacionadas con los TCA:

1. *DESEOS DE ADELGAZAR*: evalúa la necesidad de una persona de ser mucho más delgada o su temor a 'ser gorda'. Los items están relacionados con preocupaciones con la dieta, el peso y el temor a aumentar de peso.
2. *BULIMIA*: mide la tendencia a involucrarse en conductas que implican comer en exceso.
3. *INSATISFACCION CORPORAL*: evalúa la insatisfacción con la forma y tamaño de determinadas partes del cuerpo; se relaciona con la perturbación en la imagen corporal.
4. *INEFICACIA*: evalúa sentimientos de inseguridad, falta de control sobre la propia vida, baja autoestima o bajo autoconcepto. Incluye además referencias a 'sentirse vacío/a y muy solo/a'.
5. *PERFECCIONISMO*: evalúa actitudes y creencias acerca de las expectativas que los individuos suponen que los demás tienen en relación con ellos mismos: ¿sólo esperan conductas exitosas?
6. *DESCONFIANZA*: evalúa las creencias de la persona sobre la necesidad de mantenerse alejada de las demás.
7. *ALEXITIMIA*: evalúa sentimientos confusos en relación al reconocimiento de los afectos, la dificultad para diferenciar sentimientos de sensaciones.
8. *MIEDO A CRECER*: alude al deseo de poder detener el crecimiento personal, al miedo a madurar y convertirse en un adulto.
9. *ASCETISMO*: evalúa la tendencia a buscar ser virtuoso/a a través de ciertos ideales como la 'autodisciplina', el 'autorechazo' y el 'autocontrol'.

10. *CONTROL DE IMPULSOS*: evalúa tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad. Está relacionada con características de personalidad de borde y psicopáticas.

11. *INSEGURIDAD SOCIAL*: evalúa las creencias del sujeto sobre sus relaciones sociales, las que pueden ser percibidas como tensas, inseguras, desagradables y en general de baja calidad.

La prueba está compuesta por 91 reactivos, cuyas alternativas de respuesta son ‘Casi Siempre’, ‘Generalmente’, ‘Algunas Veces’ y ‘Casi Nunca’. Se han disminuido las seis opciones originales a cuatro, aún a riesgo de una posible pérdida de sensibilidad, debido a que en nuestro medio, los evaluados presentaban confusión e indecisión ante tantas opciones. La persona evaluada debe hacer una cruz en el casillero correspondiente a una de esas cuatro respuestas. No hay tiempo límite para las respuestas. Como es una prueba autodescriptiva, las respuestas no necesariamente reflejan la realidad del sujeto sino cómo se manifiesta ante el singular contexto de evaluación (Casullo & Pérez, 1997).

4.2.6 Estado de Ánimo. Fueron evaluadas las variables ansiedad y depresión a través de los siguientes instrumentos:

- **Inventario estado/rasgo de ansiedad (Stai)**: Es un cuestionario autoadministrable, que se usa para evaluar cómo el entrevistado se siente en el momento de la prueba y en general. Se le presentan dos series de afirmaciones -me siento calmado, me siento seguro, estoy preocupado, etcétera- a las que debe responder de acuerdo con una escala que va de 1 (nada) a 4 (mucho). Dada su confiabilidad y validez es un instrumento que permite obtener información confiable tanto para la investigación

como para la práctica clínica (Leibovich de Figueroa, 1991). El marco teórico es por un lado psicoanalítico, el concepto de señal de peligro de Freud, y por otro lado, las concepciones de Estado-Rasgo de ansiedad de Cattell redefinida y elaborada por Spielberg (en Leibovich de Figueroa, 1988). La versión usada para esta investigación es la revisión realizada por Leibovich de Figueroa de la adaptación mexicana del inventario STAI. El mismo consta de 40 reactivos -20 de Ansiedad Estado y 20 de Ansiedad Rasgo-, cuya puntuación fluctúa entre un mínimo de 20 y un máximo de 80 por cada escala.

- **Inventario de Beck:** Se usó el Inventario de Depresión diseñado por Beck, que resalta los componentes cognitivos de la depresión por sobre los conductuales y somáticos. Según Beck (1983; en Páez et al., 2000) el factor explicativo principal de la depresión es el esquema negativo que el sujeto tiene de sí. Estos esquemas llevan al sujeto a una mayor selección y almacenamiento de información negativa. Se ignora la información positiva y se recuerdan más los hechos negativos provocando una *distorsión negativista de la realidad*. Esta distorsión cognitiva actuaría a través de cinco mecanismos fundamentales:
  - *Abstracción Selectiva:* Extraer un elemento del contexto de manera negativamente irrealista.
  - *Inferencia arbitraria:* Se infiere una conclusión sin datos o con datos que van en el sentido contrario a la conclusión.
  - *Sobregeneralización:* Elaborar una conclusión a partir de un hecho aislado.
  - *Errores de sub y sobre estimación:* Se aumentan las evaluaciones negativas y se minimizan las positivas. Por ejemplo, un pequeño hecho displacentero se transforma en una catástrofe.

- *Personificación*: Personalizar los sucesos externos sin conexión directa con el sujeto. -por ejemplo sentirse responsable de la violencia del mundo (Páez et al., 2000).

La mayoría de las distorsiones que plantea Beck son comunes a todo conocimiento 'normal' de sí mismo y del mundo social. El problema de las personas deprimidas es que tienen un déficit de distorsiones positivas; usan poco los esquemas y sesgos positivos de refuerzo de la imagen de sí mismo. Tienen una clara ausencia de sesgo de atribución defensivo y una tendencia al *estilo atributivo insidioso*, pero no un estilo cognitivo estable pues éste varía según los síntomas y los sucesos. Por último, la depresión será más probable cuando las expectativas de actuación sean bajas y se enfrente una situación de desarme social y autoimagen negativa. Por el contrario, un nivel bajo de sucesos estresantes, alto de apoyo social y un mejor control del medio, previenen los estados depresivos.

El Inventario de Depresión diseñado por Beck, entonces, sirve para estimar la profundidad de la depresión (desde depresión ausente o leve, a grave). Es un cuestionario compuesto por 21 grupos de cuatro afirmaciones cada uno. Por ejemplo: 'No tengo ningún pensamiento de suicidio', 'A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré', 'Desearía poner fin a mi vida', 'Me suicidaría si tuviese oportunidad'. Los participantes describen sus sentimientos de la última semana, eligiendo una o más opciones de cada grupo. La prueba es autoevaluativa y las respuestas están graduadas de 0 a 3. Los distintos items del cuestionario miden estado de ánimo, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa, odio a sí mismo, impulsos suicidas, aislamiento social, indecisión, imagen corporal, capacidad laboral, cansancio y pérdida de apetito.

4.2.7 Autoestima. Se usó la dimensión **Ineficacia del ICA** para evaluar autoestima (ver punto 4.2.5). Este ítem evalúa sentimientos de inseguridad, falta de control sobre la propia vida, baja autoestima o bajo autoconcepto. Si bien no evalúa directamente la autoestima, a los fines de este estudio es suficiente ya que el propósito no es diagnóstico.

4.2.8 Percepción de riesgo de padecer sintomatología física. Cuestionario autoevaluativo compuesto por 13 ítems, que analiza la percepción de riesgo de enfermedades respecto de uno mismo y de la población en general, con un continuo de respuestas de 1 (nunca) a 7 (altamente probable). Evalúa los rasgos de ilusión de invulnerabilidad y optimismo ilusorio (Fernández y otros, 2000).

4.2.9 Datos sociodemográficos. Se relevaron datos de afiliación tales como edad, lugar de nacimiento y de residencia, y estado civil, por considerarse variables que pueden ser significativas para analizar los datos recogidos. La edad, como indicador de posibles diferencias generacionales. El lugar de residencia y nacimiento, como indicador de diferencias sociales. En relación a este ítem, hay que considerar que se tomó la encuesta en población femenina de la CABA y del AMBA, lo cual permite una primera diferenciación respecto del lugar de residencia, las posibles diferencias sociales resultado de vivir en la capital o el conurbano bonaerense. Además, el haber consignado el lugar de nacimiento, permite observar las diferencias producto de haber nacido en la capital, el conurbano bonaerense o en las provincias.

#### Nivel Socio-Económico (NSE)

Para evaluar el NSE se consideró al lugar de la toma como un elemento clave. Luego se lo asoció con distintos indicadores sociodemográficos para ver si había correlaciones que

dieran más fuerza a la decisión. Dieron significativas la asociación entre el lugar de la toma, y el tipo de ocupación del principal sostén del hogar y de la entrevistada (Chi-cuadrado de Pearson=16,75;  $p=0,000$  y Chi-cuadrado de Pearson=16,10;  $p=0,000$ , respectivamente), el nivel educativo del principal sostén del hogar y de la entrevistada (Chi-cuadrado de Pearson=43,76;  $p=0,000$  y Chi-cuadrado de Pearson=39,60;  $p=0,000$ , respectivamente), la posesión de bienes –tales como computadora, internet, tarjeta de débito- (Chi-cuadrado de Pearson=54,26;  $p=0,000$ ) y el tipo de cobertura en salud -hospital, obra social, privada/prepaga- ( $R=0,531$ ;  $p=0,000$ ). Se partió del lugar de la toma para alcanzar representatividad de los distintos niveles socioeconómicos. Si bien esta variable presentó una correlación significativa con los indicadores sociodemográficos, como se acaba de consignar, este no resultó un dato relevante a la hora de elaborar un índice de NSE.

El nivel socioeconómico es la variable interviniente de mayor significatividad y quizás no haya cosa más consensuada en la investigación social que los índices de nivel socioeconómico de la gente. Sin embargo, cuando se integraron los indicadores parciales (como se detalla en el Apéndice III) y se los asoció con factores psicológicos como los sesgos cognitivos que presentaban las entrevistadas, no hubo coincidencia: las representaciones de clase baja a partir de la prueba ‘Sesgos delgadez/salud’, por ejemplo, se presentaban tanto en sujetos de clase baja, como de clase media o media-alta. Sería interesante en futuras investigaciones, ampliar el número de sujetos que conforman la muestra. Asimismo, sería enriquecedor indagar la relación entre los indicadores objetivos de clase social (como ocupación o nivel de consumo) y los indicadores subjetivos (como las representaciones sociales, por ejemplo). Por las dificultades que presentó la elaboración de

un índice de NSE es que se optó por analizar, además, las relaciones parciales con los distintos indicadores.

Las pruebas descritas sirvieron para analizar los objetivos que guiaron la presente investigación. Para indagar si las mujeres argentinas tienen una marcada tendencia hacia las conductas dietantes hipocalóricas, se usaron las siguientes pruebas:

- **Alimentos preferidos/saludables:** qué alimentos comen las entrevistadas.
- **ICA: subescala ‘Deseos de adelgazar’**
- **Inventario de Beck:** La pregunta acerca de si la entrevistada está o no haciendo dieta en el momento de la toma.

A fin de analizar si la utilización frecuente de dietas hipocalóricas está determinada o al menos influida por la creencia de que las dietas hipocalóricas son más saludables y la delgadez es un indicador de salud, se utilizaron la **Prueba de las fotos** –donde puede apreciarse si las entrevistas consideran más saludables a las mujeres más delgadas-, la de **Sesgo cognitivo delgadez/salud** – que incluye representaciones sociales según dos niveles: de clase baja y media- y la de **Alimentos preferidos/saludables** -que analiza qué alimentos consideran más saludables las entrevistadas.

Luego se articularon estas pruebas con las otras variables analizadas. Es decir, para estudiar si existe una asociación entre las creencias de que las dietas hipocalóricas son más saludables y la delgadez es un indicador de salud por un lado, y la baja autoestima, el estado de ánimo y la percepción de riesgo de padecer sintomatología física, por el otro, se analizaron las correlaciones entre estas tres pruebas y el **ICA** -subescala ‘Ineficacia’-, el

**Inventario estado/rasgo de ansiedad STAI, el Inventario de Beck y la Percepción de riesgo de padecer sintomatología física LSE.**

Para explorar su asociación con la imagen corporal que las mujeres tienen de sí mismas, y la insatisfacción con el propio cuerpo se correlacionaron con el **Test de Siluetas** - distorsión e insatisfacción corporal- y el **ICA** -subescala Insatisfacción Corporal. Para investigar si varían según el IMC, se analizaron las correlaciones de las tres pruebas enumeradas con el **IMC**.

Para estudiar si varían según las variables sociodemográficas, se analizaron las correlaciones con la **Autopercepción de clase social**, la **Educación propia y del PSH**, la **Ocupación propia y del PSH**, la posesión de ciertos **Bienes**, el tipo de **Atención médica**, el **hecho de que la entrevistada sea o no el PSH** y el **Índice de NSE**.

Por último, para explorar diferencias y similitudes en las concepciones y percepciones respecto del propio cuerpo y de la relación delgadez-salud, entre un grupo de mujeres argentinas y un grupo de mujeres japonesas, se analizaron las correlaciones entre la **Prueba de las fotos** y la de **Alimentos preferidos/saludables**, y la **cultura de pertenencia** de las entrevistadas -occidente/oriente-, **las variables sociodemográficas y socioeconómicas**, así como la **Satisfacción corporal** relevadas en ambas submuestras.

Para ver las claves de corrección de cada prueba junto a los análisis de confiabilidad y validez, remitirse al APÉNDICE III.

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS

#### 1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

A continuación se presentan brevemente las características de la muestra.

##### 1.1 Submuestra de mujeres argentinas

###### 1.1.1 Datos sociodemográficos

###### a) Lugar de Nacimiento

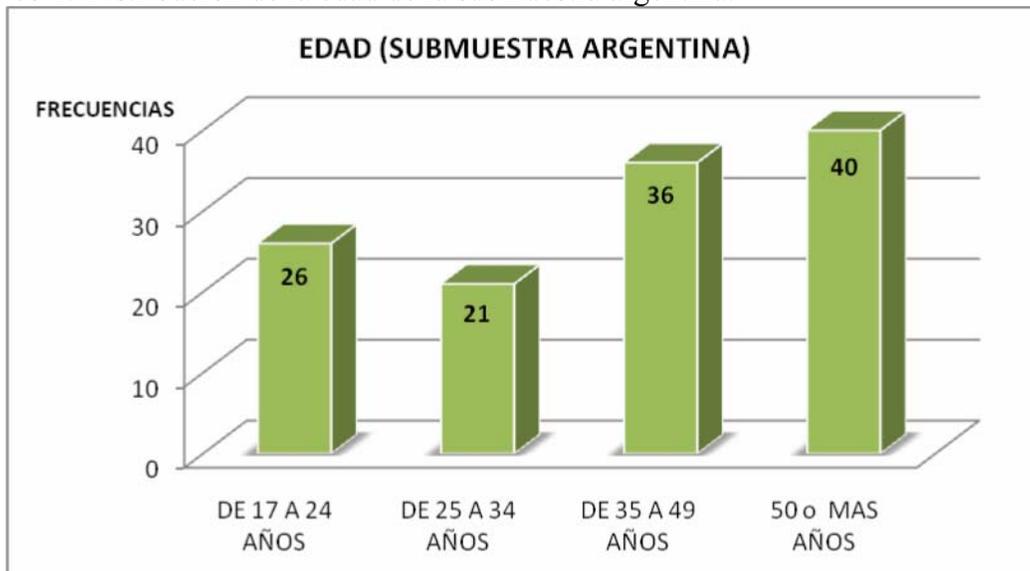
La muestra está compuesta por mujeres argentinas, con un total de 123. Más del 35% de la muestra – 64 sujetos- nació en la CABA.

###### b) Lugar de residencia

El 72% de la muestra, reside en la CABA, mientras el 28% reside en el AMBA.

###### c) Edad

**Gráfico 1.** Distribución de la edad de la submuestra argentina.



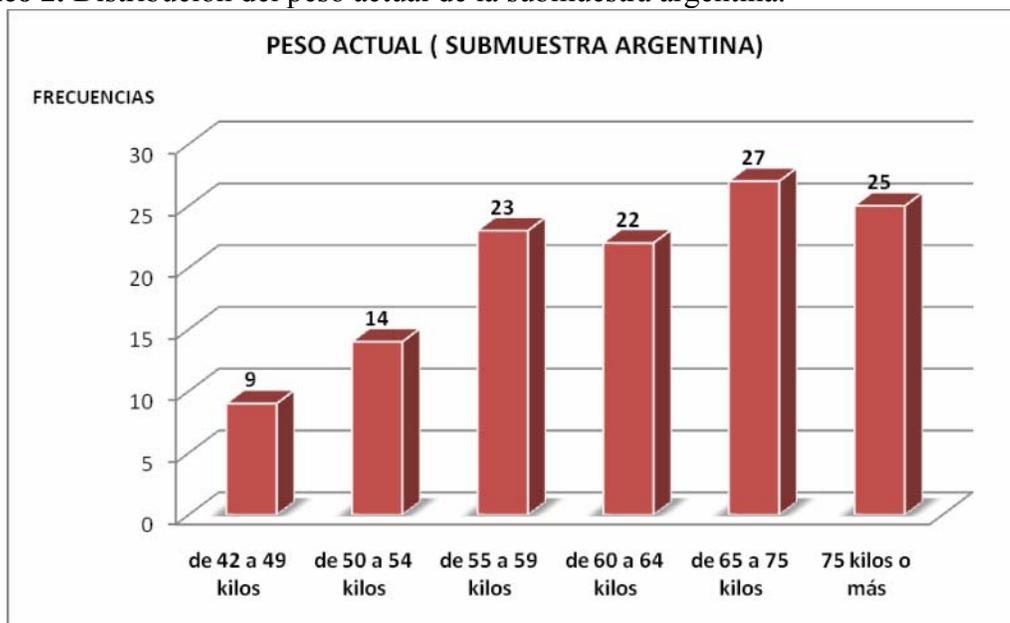
Fuente: elaboración propia

Si bien la *Media* de edad es de 40 años (DT=14,67), la muestra es muy heterogénea: entre 17 y 83 años. La edad está distribuida, fundamentalmente, entre los 17 y los 64 años. Hay sólo 3 casos de mujeres mayores de 64 años.

#### d) Peso

##### - Peso actual

**Gráfico 2.** Distribución del peso actual de la submuestra argentina.

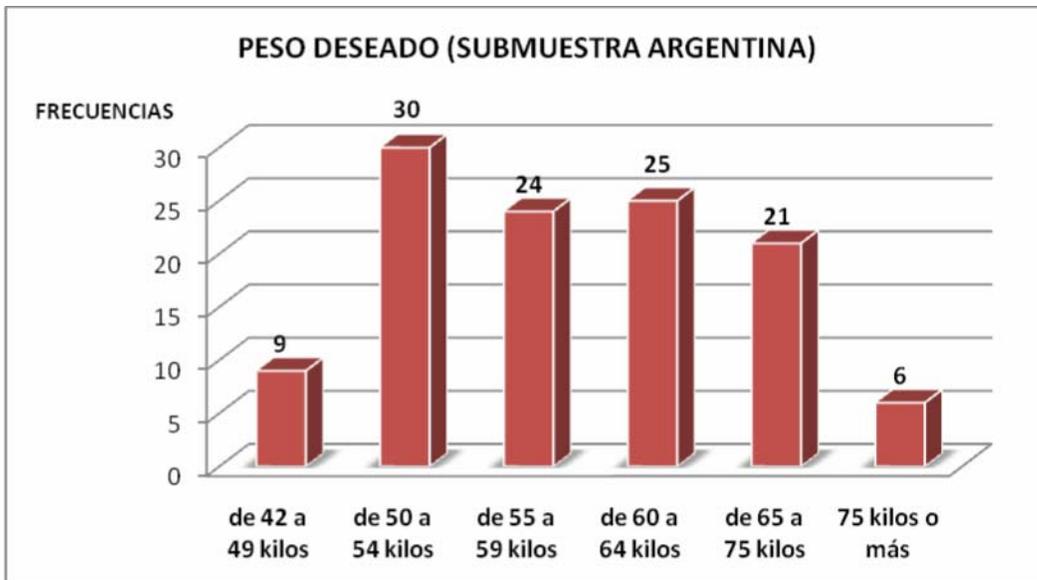


Fuente: elaboración propia

Los pesos oscilaron entre los 42Kgs. y 161Kgs., siendo la mayor concentración entre 55Kgs. y 64Kgs.

##### Peso deseado

**Gráfico 3.** Distribución del peso deseado de la muestra.



Fuente: elaboración propia

El 26% de la muestra –30 sujetos- desea pesar entre 50 y 54Kgs., y casi el 70% entre 50 y 64Kgs. -79 sujetos. Hay una gran dispersión en el peso actual (*Media*=66,27; *DT*=16,34) y una diferencia de 7,6Kgs. respecto del peso deseado -con una *Media* de 58,68 y un *DT* de 8,46.

#### **- Histórico de pesos máximos y mínimos**

Los pesos máximos alcanzados van de 45 a 174Kgs., con una *Media* de 71,55Kgs – *DT*=17,88-y una concentración del 50% de la muestra entre 60 y 80Kgs. Los pesos mínimos, oscilan entre 38 y 135Kgs., con una *Media* de 55,40Kgs –*DT*=12,96. El 50% de la muestra se concentra entre 47 y 58Kgs..

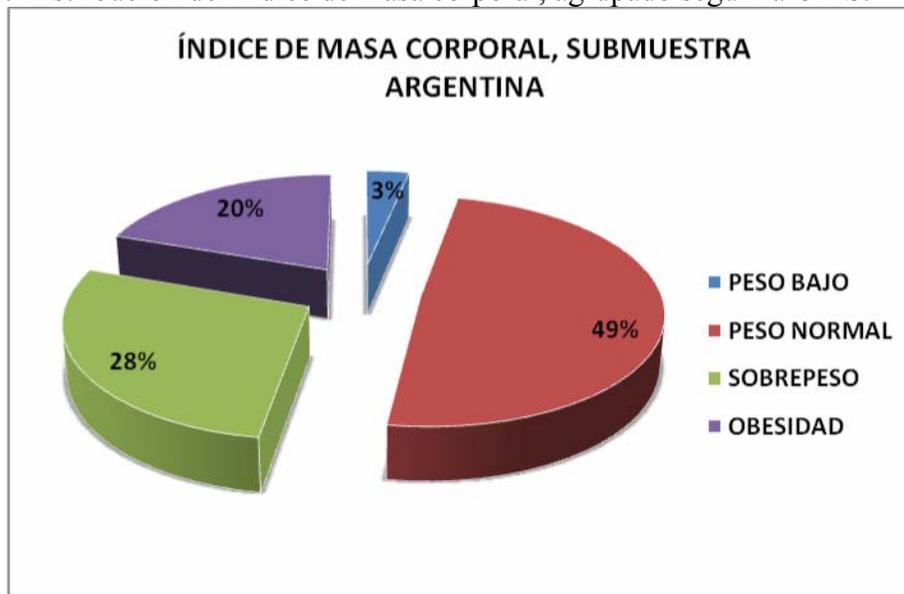
#### **e) Altura**

La altura oscila entre 1,38 y 1,76mts.; con una *Mediana* de 1,60mts y una concentración del 50% de la muestra entre 1,55 y 1,65mts..

#### **f) Índice de masa corporal (IMC)**

El índice de masa corporal en la submuestra argentina se distribuyó con una *Media*=25,92 y un *DT*=6,66.

**Gráfico 4.** Distribución del índice de masa corporal, agrupado según la OMS.



Fuente: elaboración propia

Casi la mitad de la muestra tiene peso normal y la otra mitad presentó sobrepeso, de acuerdo con el índice masa corporal recodificado según la OMS. El IMC va del bajo peso a la obesidad de grado III. La variable IMC fue reagrupada en bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, para su posterior análisis.

#### **g) Estado civil**

Solteras y casadas/concubinas, concentran la mayor parte de la muestra (81%), 37% y 44% respectivamente. El otro 20% de la muestra está constituido por separadas/divorciadas, en pareja y viudas.

### 1.1.2 Datos socioeconómicos

#### **a) Ocupación**

### **- Ocupación de la entrevistada**

La mayor concentración se produce en empleadas bajo empleador, con un 35,8% de la muestra -43 mujeres. Le sigue el sector más desprotegido, conformado por ocupación informal, desempleadas y jubiladas/pensionadas, con el 29,2% -35 entrevistadas. No hay empresarias/gerentes. Esta variable y la ocupación del PSH fueron reagrupadas para su posterior análisis.

### **- Ocupación del principal sostén del hogar**

La ocupación del PSH, en más del 50% de la muestra, es empleado bajo empleador -66 sujetos. En el otro extremo hay un solo obrero no especializado, 0,8%. Los empresarios o gerentes si bien no están ausentes, sólo representan el 4% de la muestra -5 sujetos. El sector más desprotegido, conformado por la suma de ocupación informal, desempleados y jubilados/pensionados, no alcanza el 15% -18 sujetos. La ocupación fue reagrupada para su posterior análisis de la siguiente manera:

- sector alto: empresario/gerente, profesional sin personal a cargo, comerciante
- sector medio: técnico especializado y empleado
- sector bajo: ocupación informal, obrero no especializado, desempleado y jubilado/pensionado

### **b) Principal sostén del hogar**

Apenas un 24% de las entrevistadas son el PSH.

### **c) Nivel de Educación**

#### **- Educación de la entrevistada**

La muestra es proporcional, salvo primaria y terciario incompletos que representan cada uno el 6% de la muestra, 8 y 6 entrevistadas respectivamente. El resto ronda el 15%.

### **- Educación del principal sostén del hogar**

La muestra se concentra en nivel universitario, con el 24% de la muestra -28 sujetos. Le sigue secundaria completa, con casi el 21% -24 sujetos- y luego, en proporciones similares, primaria y secundaria completa. En el extremo opuesto, terciario incompleto, casi no tiene representación, menos del 2%. Esta variable fue reagrupada para su posterior análisis de la siguiente manera:

Nivel alto: universitario completo, posgrado.

Nivel medio: secundario completo, terciario incompleto/completo y universitario incompleto.

Nivel bajo: primario incompleto/completo, secundario incompleto.

#### **d) Cantidad de aportantes**

El 50% de la responsabilidad del hogar se concentra en dos aportantes.

#### **e) Bienes de consumo**

La concentración de bienes está polarizada. La mayor concentración se produce a niveles más altos de consumo, con casi el 41%. Sin embargo, en el extremo opuesto, casi el 30% de la muestra no posee ninguno de los bienes de consumo relevados. Esta variable fue reagrupada para su posterior análisis a partir de la cantidad de bienes –tarjeta de crédito, computadora e internet- que se posee:

Nivel 1: ningún bien.

Nivel 2: uno o dos bienes.

Nivel 3: todos los bienes.

#### **f) Prestaciones en salud**

La distribución es proporcional, aunque en un orden creciente las mujeres se atienden a través de Prepagas, Hospital Público y Obra Social. La atención privada casi no está

representada. Para su posterior análisis, Prepaga y atención privada se unieron en una única dimensión.

#### **g) Autoevaluación de nivel socio-económico**

La muestra presenta un claro sesgo de autodefinición de clase media, con casi el 80%. El ítem indaga autopercepción de clase social y será puesto en correspondencia con otros indicadores objetivos.

#### **h) Lugar de la toma**

Para asegurar una representatividad del nivel socioeconómico bajo dentro de la muestra, se procedió a tomar la encuesta en comedores comunitarios, grupos de empleadas domésticas y hoteles de pasajeros. El 38,2% de la muestra fue seleccionada en comedores comunitarios (22%), grupos de empleadas domésticas (13,8%) y hoteles de pasajeros (2,4%). Esta selección se hizo para conformar la submuestra de extracción popular. El 61,8% restante se distribuyó entre docentes, padres y autoridades de una escuela pública de colegiales y mujeres que participaron voluntariamente de la investigación. Se cruzaron estos datos con el nivel educativo de las encuestadas, obteniéndose una correlación significativa ( $Tau=0,531; p=0,000$ ).

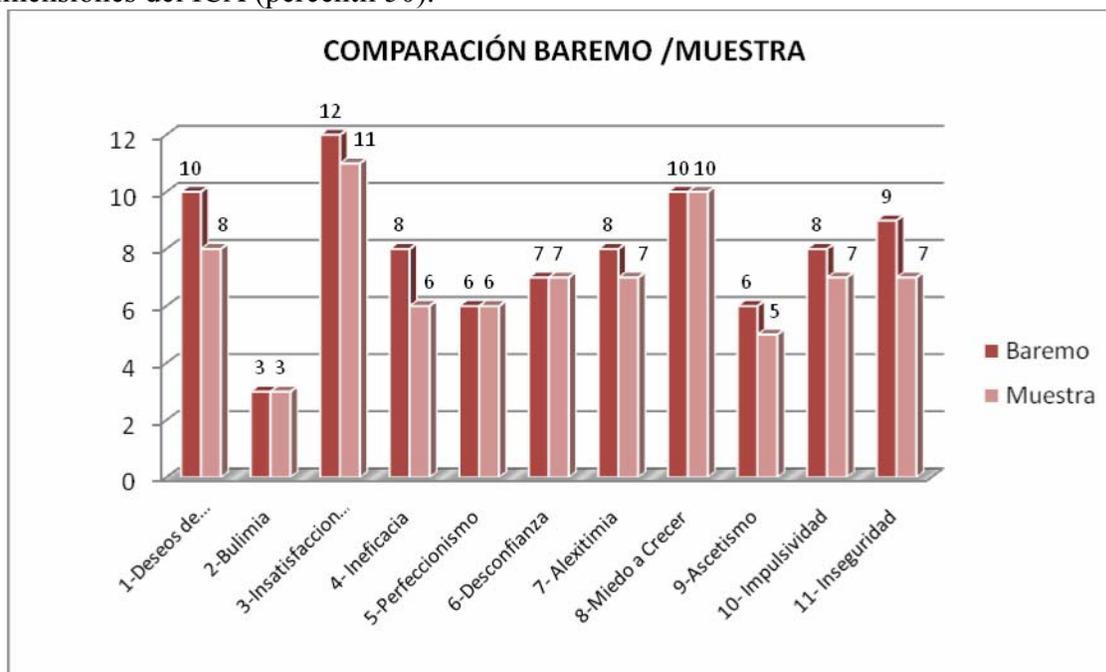
#### **i) Índice de Nivel Socioeconómico**

Se elaboró un INSE a partir del nivel educativo, el nivel de consumo y el tipo de prestación en salud –ver apéndice III. La muestra se repartió equitativamente entre el NSE bajo y medio, 44% y 45%, respectivamente. La clase media/alta sólo estuvo representada por el 11% de la muestra.

### 1.1.3 Perfil psicológico

#### **a) Inventario de comportamiento alimentario ICA**

**Gráfico 5.** Comparación entre la muestra y los baremos normales, respecto de las dimensiones del ICA (percentil 50).



Fuente: elaboración propia

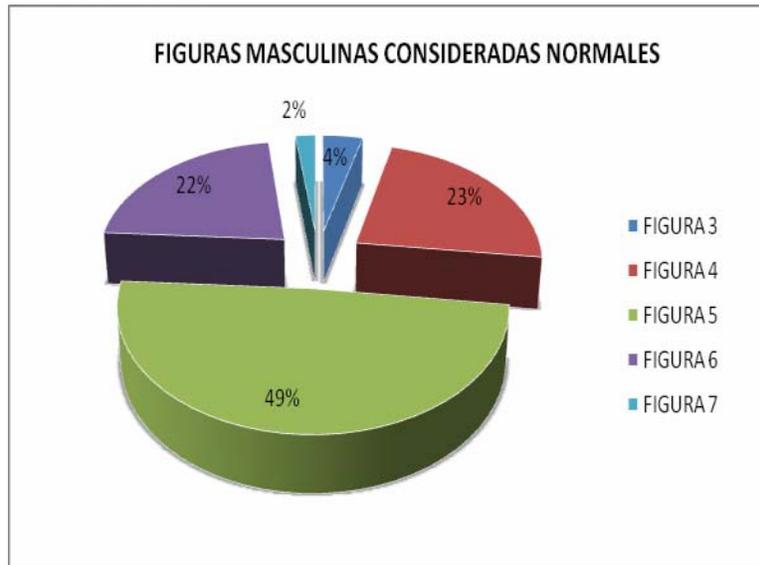
Al comparar la muestra con los baremos normales se observa que en ninguna de las dimensiones la mediana de la muestra está por encima de los valores normales.

#### b) Imagen corporal-Test de Siluetas

Para analizar los datos que se refieren a continuación conviene aclarar que se realizó una comparación entre el IMC de las figuras del Test de las figuras (según Cruz y Maganto, 2003) y el IMC de la OMS. Como resultado de la misma, y según los criterios de la OMS, se pueden considerar normales a las figuras 4 y 5. La figura 3 está en el límite entre peso bajo y normal, aunque puede incluirla como normal. Las figuras 1 y 2 son de bajo peso y las 6, 7 y 8 presentan sobrepeso. La 8 representa obesidad.

Los resultados de los ítems 1, 2 y 3, en los que se pregunta a los sujetos qué figuras les parecen normales, delgadas y gordas, pueden verse en los Gráficos 6 al 11.

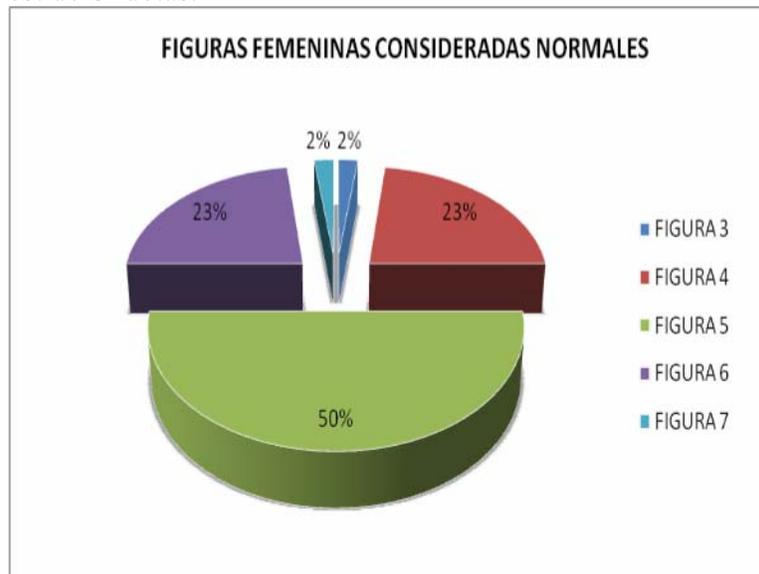
**Gráfico 6.** Porcentaje de mujeres que consideraron normales a cada una de las figuras masculinas del Test de Siluetas.



Fuente: elaboración propia

Nota: la figura 1 es la más delgada y la 8, la más gorda

**Gráfico 7.** Porcentaje de mujeres que consideraron normales a cada una de las figuras femeninas del Test de Siluetas.



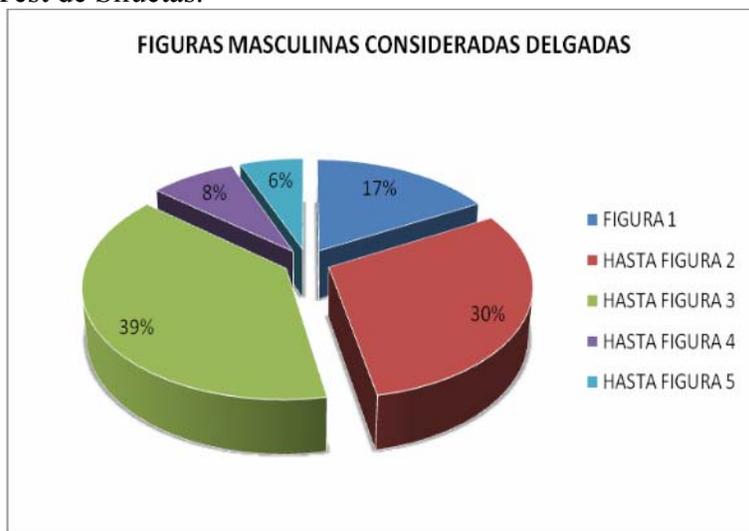
Fuente: elaboración propia

Nota: la figura 1 es la más delgada y la 8, la más gorda

Aproximadamente el 95% de los sujetos consideran que la normalidad tanto femenina como masculina, se encuentra entre las figuras 4, 5 y 6. Alrededor del 50% de las entrevistadas considera normal a la figura masculina y femenina número 5, que es la que

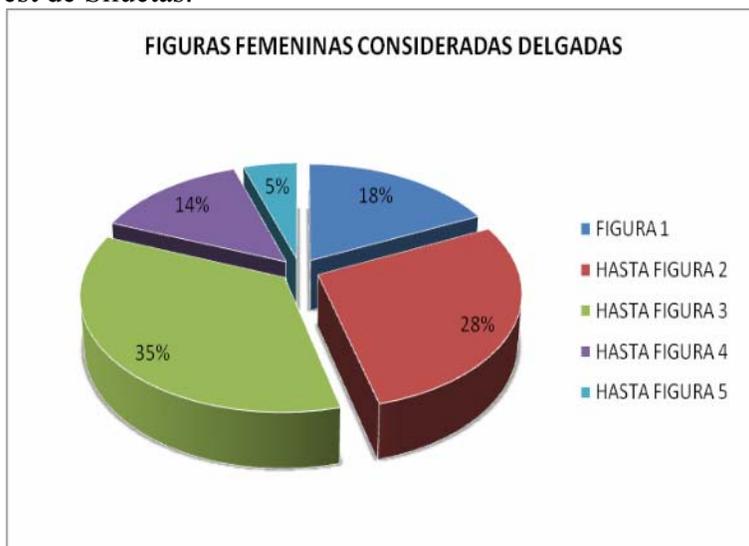
mayor consenso recibe en términos de normalidad; mientras cerca del 5% la estima delgada y casi nadie la considera gorda. Poco más del 20% considera a la figura 6 como normal.

**Gráfico 8.** Porcentaje de mujeres que consideraron delgadas a cada una de las figuras masculinas del Test de Siluetas.



Fuente: elaboración propia  
Nota: la figura 1 es la más delgada y la 8, la más gorda

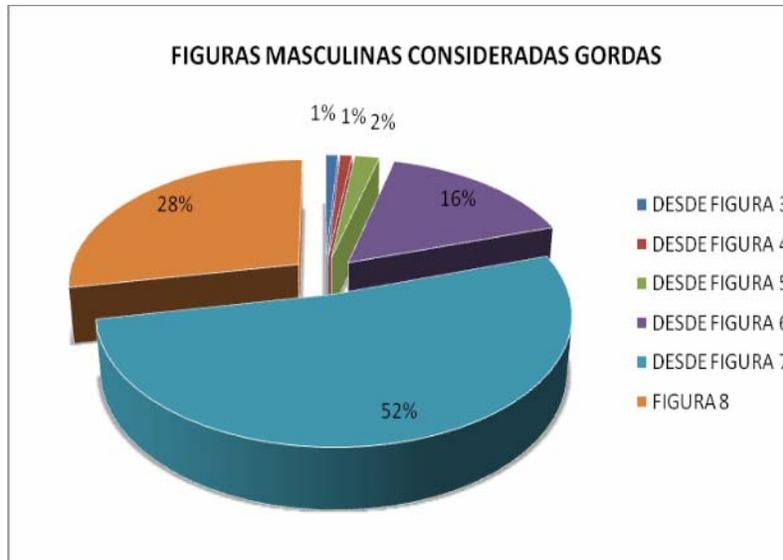
**Gráfico 9.** Porcentaje de mujeres que consideraron delgadas a cada una de las figuras femeninas del Test de Siluetas.



Fuente: elaboración propia  
Nota: la figura 1 es la más delgada y la 8, la más gorda

Más del 45% de los sujetos considera que sólo las figuras 1 y 2, masculinas y femeninas son delgadas, mientras entre el 39% y el 35% (figuras masculina y femenina, respectivamente) de los sujetos definen como delgada hasta la figura 3. Aproximadamente el 3% la considera normal.

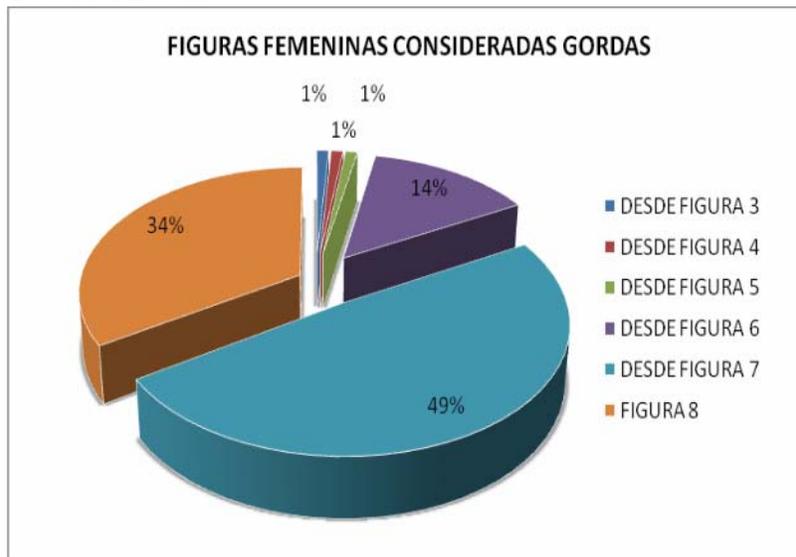
**Gráfico 10.** Porcentaje de mujeres que consideraron gordas a cada una de las figuras masculinas del Test de Siluetas.



Fuente: elaboración propia

Nota: la figura 1 es la más delgada y la 8, la más gorda

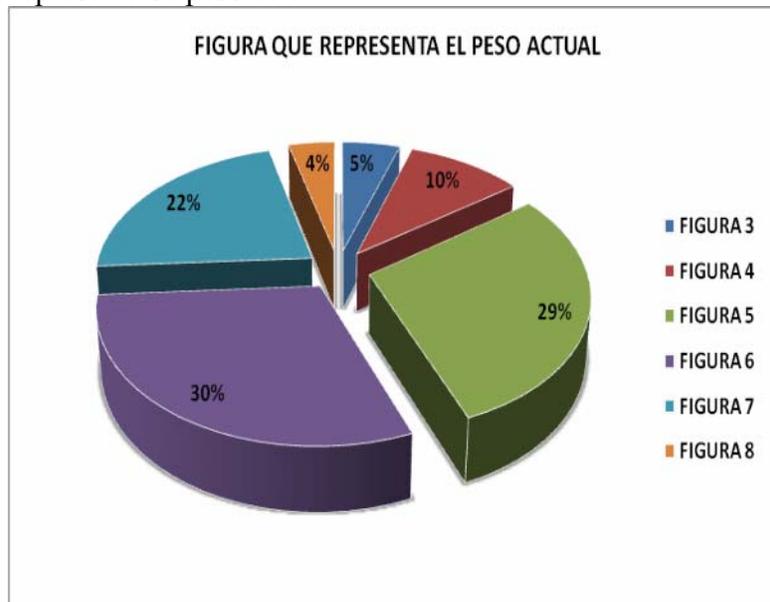
**Gráfico 11.** Porcentaje de mujeres que consideraron gordas a cada una de las figuras femeninas del Test de Siluetas.



Fuente: elaboración propia  
Nota: la figura 1 es la más delgada y la 8, la más gorda

Las figuras 7 y 8, tanto la masculina como la femenina, son consideradas gordas por aproximadamente el 80% de los sujetos, pero el 28% y el 34% de los sujetos respectivamente, consideran gorda sólo a la figura 8. Mientras el 16% y el 14% respectivamente, consideran que ambas figuras 6 son gordas.

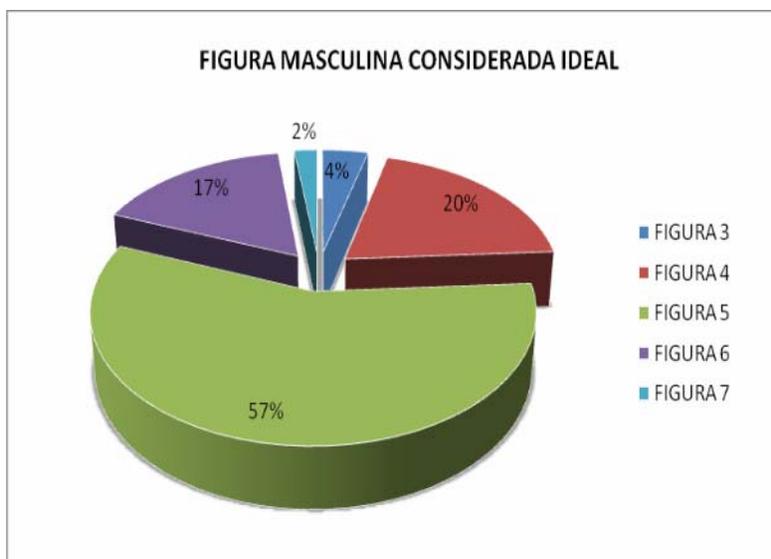
**Gráfico 12.** Porcentaje de mujeres que eligieron cada figura del Test de Siluetas, en tanto consideran que representa su peso actual.



Fuente: elaboración propia  
Nota: la figura 1 es la más delgada y la 8, la más gorda

Las figuras más representativas del peso actual de las entrevistadas son la 5 y la 6, con casi el 60%. Ninguna mujer se vio representada por las figuras 1 y 2, y sólo el 5% por la figura 3. En el otro extremo, sólo el 4% de la muestra se vio representada por la figura 8, que según la OMS indicaría obesidad.

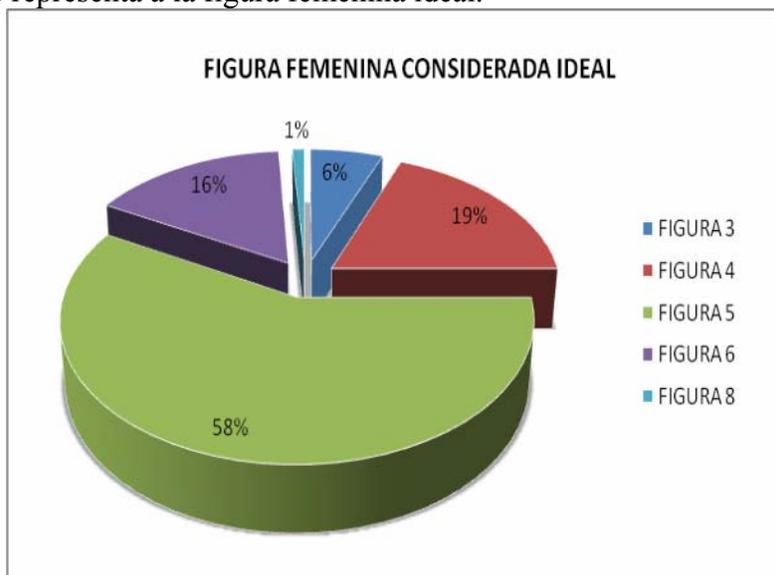
**Gráfico 13.** Porcentaje de mujeres que eligieron cada figura del Test de Siluetas, en tanto consideran que representa a la figura masculina ideal.



Fuente: elaboración propia

Nota: la figura 1 es la más delgada y la 8, la más gorda

**Gráfico 14.** Porcentaje de mujeres que eligieron cada figura del Test de Siluetas, en tanto consideran que representa a la figura femenina ideal.

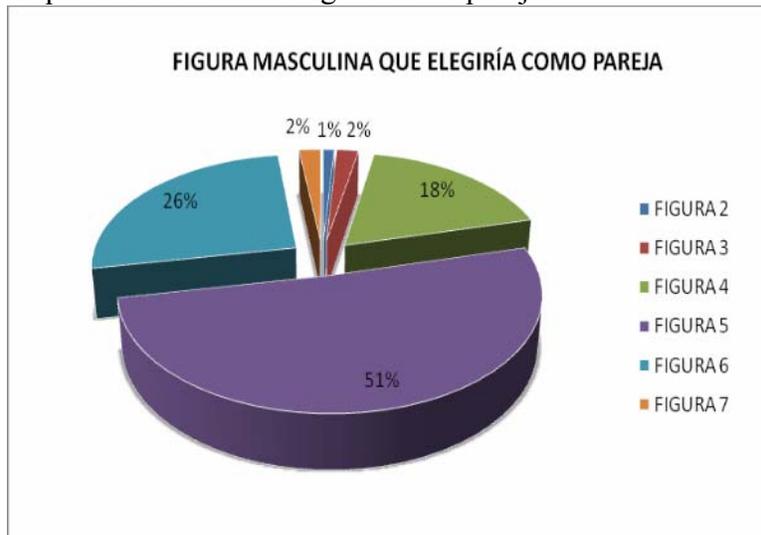


Fuente: elaboración propia

Nota: la figura 1 es la más delgada y la 8, la más gorda

En cuanto a la pregunta cuál es tu figura ideal de hombre, casi el 60% eligió a la figura 5, seguida de las figuras 4 y 6 –20% y 17% respectivamente. No se observan diferencias destacables entre el “hombre ideal” y la “mujer ideal”, al menos desde la mirada femenina.

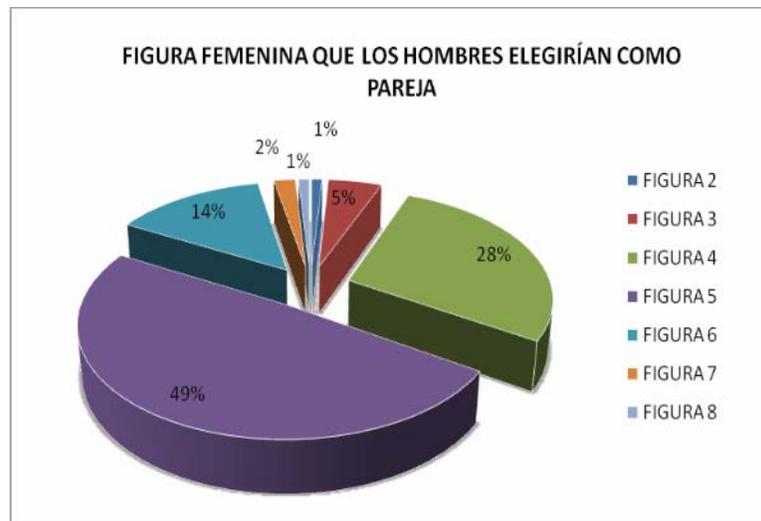
**Gráfico 15.** Porcentaje de mujeres que eligieron cada figura del Test de Siluetas, como figuras masculina que la entrevistada elegiría como pareja.



Fuente: elaboración propia

Nota: la figura 1 es la más delgada y la 8, la más gorda

**Gráfico 16.** Porcentaje de mujeres que eligieron cada figura del Test de Siluetas, como figuras femenina que los hombres elegirían como pareja, de acuerdo con la apreciación de la entrevistada.



Fuente: elaboración propia

Nota: la figura 1 es la más delgada y la 8, la más gorda

Nuevamente, en la elección de la figura como pareja, en ambos casos la más elegida es la 5, aproximadamente el 50%. Pero mientras el 26% de las mujeres preferirían en segundo término como elección de pareja a la figura 6, un porcentaje equivalente (el 28%)

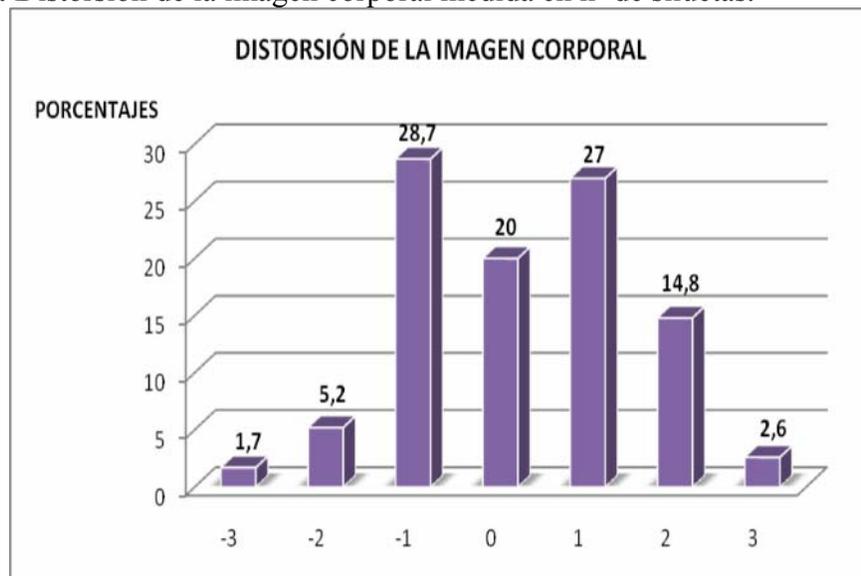
consideran que los hombres preferirían a la figura 4. Cuando se les pregunta ‘qué figura le gustaría a tu madre y a tu padre que tengas’, la figura 5 es también la más elegida.

### - Distorsión corporal

Siguiendo a Cruz y Maganto (2003), para valorar la distorsión con el Test de Siluetas se dio a cada silueta el intervalo de valores de IMC que esa figura representa. La figura 1 representa un IMC inferior e igual a 16; la figura 2, un IMC entre 16,00 y 17,99; la figura 3, entre 18,00 y 19,99; la figura 4, entre 20 y 22,49; la figura 5, entre 22,50 y 24,99; la figura 6, entre 25,00 y 27,49; la figura 7, entre 27,50 y 29,99; y la figura 8, un IMC de 30 ó más. Luego se restó la figura que representa el peso actual (respuesta a la pregunta 4 del Test de siluetas) a la figura que representa el IMC de la entrevistada. Cuando la resta da 0, esto indica que no hay distorsión, los resultados positivos significan que la entrevistada sobrevalúa su peso y los negativos que se cree más delgada de lo que es.

Cuando las entrevistadas dijeron que su peso actual oscilaba entre dos figuras, por ejemplo la 5 y la 6, se tomó el menor.

**Gráfico 17.** Distorsión de la imagen corporal medida en nº de siluetas.



Fuente: elaboración propia

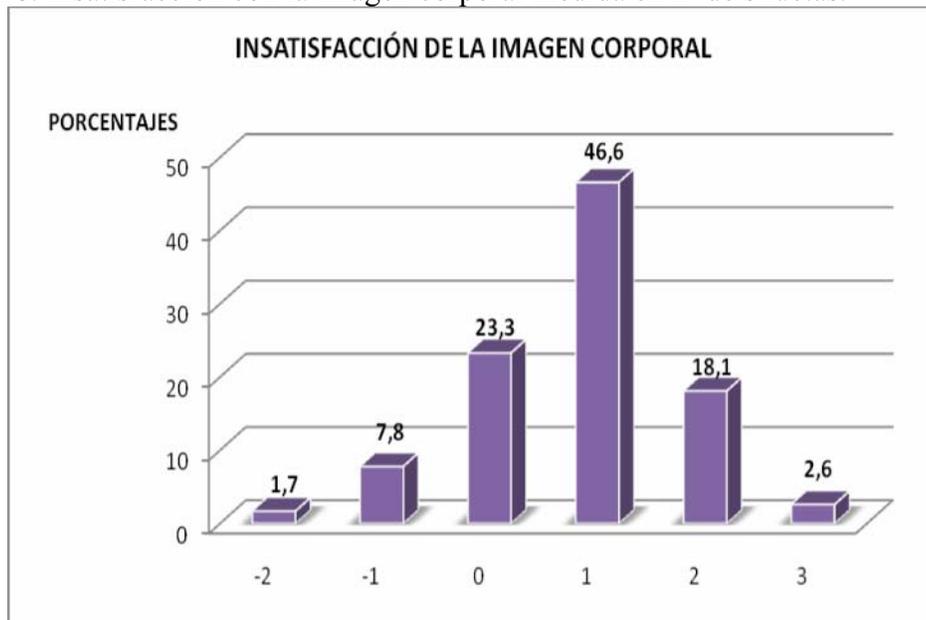
Nota: el cero es no distorsión, los valores negativos indican que la entrevistada cree ser más delgada, y los positivos indican que la entrevistada cree ser más gorda de lo que realmente es.

El 20% de las entrevistadas no distorsionó -23 sujetos. Casi el 56% estuvo representado por las mujeres que creyeron tener 1 figura por encima o por debajo de la que corresponde según su IMC. Más del 40% sobredimensionó su imagen en 1 o 2 figuras.

### - Insatisfacción corporal

La insatisfacción corporal se midió restando la figura que representa el peso actual - pregunta 4- a la que representa el ideal -pregunta 5. El 0 significa satisfacción, mientras los valores positivos indican deseos de pesar menos y los negativos, de pesar más.

**Gráfico 18.** Insatisfacción con la imagen corporal medida en nº de siluetas.



Fuente: elaboración propia

Nota: el cero es satisfacción corporal, los valores negativos indican deseos de pesar más, y los positivos, deseos de pesar menos.

Si bien una de cada cuatro mujeres entrevistadas (23,3%) estuvo satisfecha con su imagen corporal, casi la mitad (46,6%) quería tener una figura menos. El 18% quería tener incluso dos figuras menos, mientras sólo el 9,5% quería ser más gorda.

**c) Autoestima a través de Ineficacia del ICA**

Las respuestas a la dimensión Ineficacia del ICA se concentraron entre 0 y 8 –baremo normal-, con el 65% de las respuestas (*Media*= 7,13; DT= 5,20).

**d) Estado de Ánimo**

**- Ansiedad**

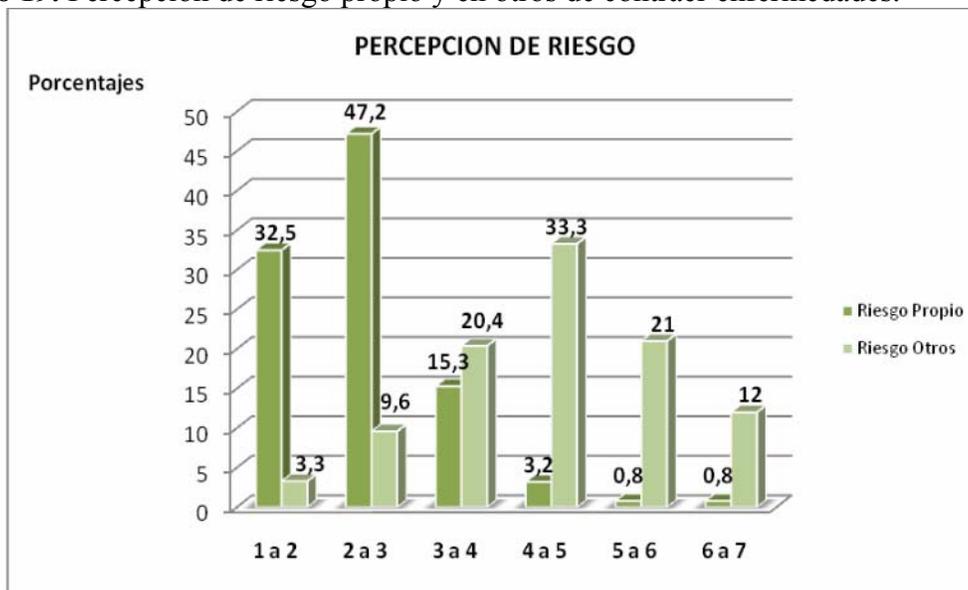
Las respuestas al Stai Estado, alcanzaron una *Media*=44,90 con un DT=6,07 (puntajes brutos). En el Stai rasgo la *Media*=46,25 y el DT=8,38 (puntajes brutos). Comparándolo con los rangos percentilares para las escalas estado y rasgo -Universitarias de primer año con medias de 39 y 37 respectivamente; y universitarias no graduadas, con medias de 33 y 37 respectivamente- los niveles de ansiedad de la muestra son elevados.

**- Depresión**

Más del 70% de la muestra tuvo respuestas que van de 0 a 13 –depresión ausente o mínima- (*Media*=10 y DT=6,96).

**e) Percepción de riesgo de enfermedades**

**Gráfico 19.** Percepción de riesgo propio y en otros de contraer enfermedades.



Fuente: elaboración propia

La preocupación por contraer enfermedades es baja, ya que casi el 80% de la muestra puntuó entre 1 y 3, en un rango que llega hasta 7. Hay una fuerte tendencia a considerar que los otros tienen mayores probabilidades de contraer enfermedades, ya que en ‘riesgo otros’ la mayor concentración se alcanza entre 4 y 5 con el 33%.

### **Alcances y especificidades de la submuestra argentina**

La muestra occidental está representada por mujeres argentinas, nacidas en y residentes mayoritariamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En cuanto a la ocupación, la mayor representatividad está dada por las empleadas bajo empleador -tendencia que aumenta en el PSH- y el ingreso familiar está sostenido mayoritariamente por dos aportantes. Si bien masivamente, la autoevaluación de NSE es de clase media, según el INSE elaborado para esta investigación, la muestra se reparte equitativamente entre clase baja y media, mientras la clase media/alta apenas supera el 10%. Es de destacar que las mujeres que integran el nivel bajo se dedican al servicio doméstico, por lo que pueden sostener o adherir a valores, hábitos o pautas que corresponden a la clase media. Por otra parte, las mujeres que conforman los niveles más altos, tienen un nivel alto, también, en educación, lo que podría acercarlas a sostener valores de clase media, para distanciarse de lo que da en llamarse el ‘nuevo rico’. En estas participantes, el capital social pesa por sobre el económico, reflejando hábitos (Bourdieu, 1988) más característicos de la clase media. La distribución por IMC -distribuido equitativamente entre peso normal y sobrepeso-, estado civil, educación, nivel de consumo y prestaciones en salud es más homogénea; habiendo gran dispersión de edades y peso –peso actual, máximos y mínimos alcanzados, y peso deseado.

## **1.2 Submuestra de mujeres japonesas**

Además de la muestra occidental, se tomó una muestra de mujeres orientales, mayoritariamente japonesas, para realizar una comparación parcial. El instrumento usado, dadas las dificultades con el idioma y de encontrar adaptaciones regionales a los distintos cuestionarios, se redujo a datos sociodemográficos y a dos de las pruebas especialmente diseñadas -y traducidas al japonés- para esta investigación. Los datos sociodemográficos recogidos son: edad, ocupación, ocupación del principal sostén del hogar, lugar de residencia y de nacimiento, estado civil y nivel educacional. Las pruebas usadas son: la 'Prueba de las fotos' y el cuestionario 'Alimentos preferidos/saludables'.

La mayoría de los estudios relevados analizan mujeres de subcultura oriental (o de las subculturas negra y latinoamericana), cuyo lugar de residencia es occidente (especialmente Estados Unidos de Norteamérica o gran Bretaña). Esta investigación, en cambio, relevó mujeres cuyos lugares de residencia son Oriente y Occidente, respectivamente, por lo que permite una aproximación a la comprensión de las diferencias culturales en relación con las cuestiones alimentarias y la imagen corporal. Como se señaló con anterioridad, los términos Oriente/Japón y Occidente/Argentina, serán usados indistintamente.

La submuestra oriental fue tomada por la autora de la tesis en Japón en agosto de 2005, en la Universidad de Kyoto, en la casa internacional de dicha universidad y en un establecimiento comercial (shopping) en la ciudad de Obaku, en los alrededores de Kyoto y en el aeropuerto de Narita, Tokyo.

### **1.2.1 Datos sociodemográficos comparativos Japón-Argentina**

A continuación se analizan algunos datos que pueden servir para contextualizar los datos relevados y los resultados obtenidos en la presente investigación. Según el Ministerio de

Japón, casi el 100% de los alumnos japoneses tienen primaria y secundaria completas. En marzo del 2006, el 97,7% de los estudiantes graduados en la escuela secundaria inferior (hasta los 15 años), ingresaron a la secundaria superior (hasta los 18 años) o a escuelas tecnológicas. Mientras el ingreso a estudios universitarios alcanzó el 49,4%.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2005), en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares, el nivel educativo alcanzado por la población argentina de 15 años y más, en el segundo semestre 2005<sup>9</sup>, era el siguiente:

Hasta primario incompleto, 9,8%

Primario completo, 23,8%

Secundario incompleto, 21,6%

Secundario completo, 18,3%

Terciario / Universitario incompleto 13,8%

Terciario / Universitario completo 12,6%

Estos datos muestran la distancia que hay entre la población argentina y japonesa, ya que por ejemplo, sólo el 44,7% de los argentinos alcanzaron nivel secundario completo; y el 26,4% ingresó a una carrera terciaria o universitaria.

Educación y trabajo son dos elementos centrales para dar cuenta del bienestar de una población -no remite al bienestar psicológico que es un concepto bastante más complejo. Desde 1967, Japón es la segunda potencia mundial, detrás de EEUU. En este marco, el porcentaje de desempleo en 1988 fue del 2,5% (Ishizaka, 1990) y en el 2008, del 4%, según el Ministerio de Japón. El 38% de los trabajadores son mujeres, de las cuales el

---

<sup>9</sup> <http://www.indec.gov.ar>

6% alcanzan cargos directivos. La esperanza de vida es de 76,1 años para los varones y 82,1 para las mujeres (Ishizaka, 1990). Un dato sociodemográfico interesante es que el índice de divorcios, es del 2 por mil<sup>10</sup>, lo que habla de una sociedad más conservadora.

La expectativa de vida en la Argentina es de 75 años, promedio, según datos de UNICEF<sup>11</sup>. Y según los datos del Indec<sup>12</sup>, en el 2003 las tasas de subocupación y desocupación eran el 18% y el 20%, respectivamente. En la actualidad apenas superan el 8%.

### IMC por edades

**Tabla 1.** Puntuaciones medias del IMC según edad en población argentina y japonesa

Edad	IMC	
	Argentina	Japón
18 – 35	25,5	21,4
35 – 60	29,2	22,9
60 – 75	29,8	23,3
> e = 75	27,6	23,4
Todos los grupos	26,2	22,75

Fuente: elaboración propia en base a datos de Girolami et al., 2003 y del Centro Cultural e Informativo, Embajada del Japón en la Argentina.

Como puede observarse en la Tabla 1, el IMC de los argentinos supera el de los japoneses, sin importar la edad. A diferencia de los japoneses, la puntuación media de la población argentina está por encima del peso normal, según la clasificación de la OMS (2008).

<sup>10</sup> Ministry of Internal Affairs and Communications. Statistics Bureau, <http://www.stat.go.jp/english/data/handbook/c03cont.htm> (consultado el 31 de marzo)

<sup>11</sup> <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/argentina>

<sup>12</sup> [http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/4/graf\\_evol\\_desocupysubocup.xls](http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/4/graf_evol_desocupysubocup.xls)

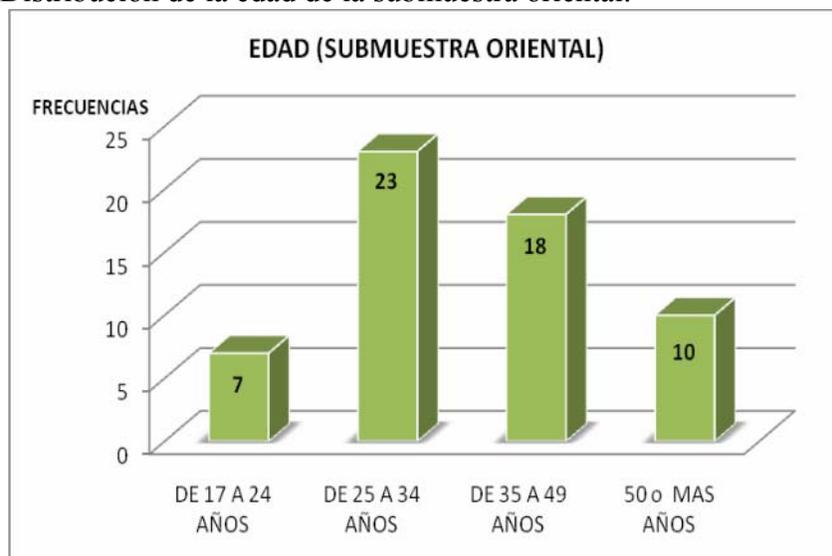
### 1.2.2 Datos sociodemográficos de la muestra relevada

#### a) Lugar de nacimiento y residencia de las mujeres orientales

Se aplicó la prueba parcial a 58 mujeres -52 japonesas, y 6 de India, China y Corea. De las 56 mujeres que residen en Japón, 6 viven en la Capital, Tokio.

#### b) Edad de las mujeres orientales

**Gráfico 20.** Distribución de la edad de la submuestra oriental.



Fuente: elaboración propia

Sus edades están comprendidas entre los 20 y 60 años ( $Media = 37$ ,  $Me = 34$  y  $DT = 10,70$ ).

#### c) Estado civil de las mujeres orientales

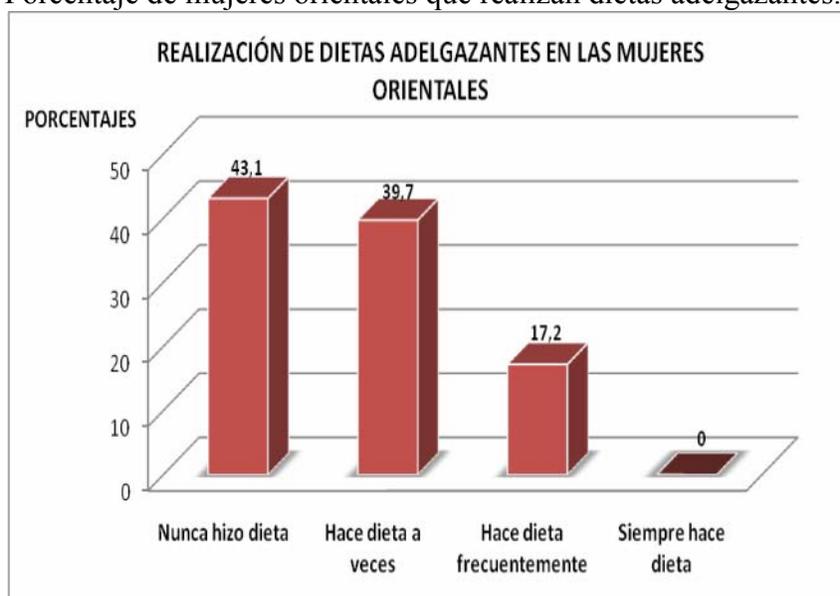
La muestra se reparte equitativamente entre mujeres casadas, 54%, y solteras, 44%. No hay vínculos informales. Esto coincide con los datos del Ministerio de Japón, según el cual el índice de divorcios, por ejemplo, es del 2 por mil (ver apartado 1.2.1).

#### d) Peso de las mujeres orientales

##### - Dietas hipocalóricas

Frente a la pregunta acerca de si hacían o no dieta, las respuestas de la muestra japonesa se distribuyeron de la siguiente manera: aproximadamente el 43% respondió que nunca había hecho dieta, el 40% dijo que a veces hacía dieta y sólo el 17% dijo hacerlas frecuentemente. Ninguna de las mujeres japonesas estaba siempre a dieta. La tendencia dominante se repartió equitativamente entre no hacer dieta y sólo hacerla a veces, sin importar el peso de la entrevistada.

**Gráfico 21.** Porcentaje de mujeres orientales que realizan dietas adelgazantes.

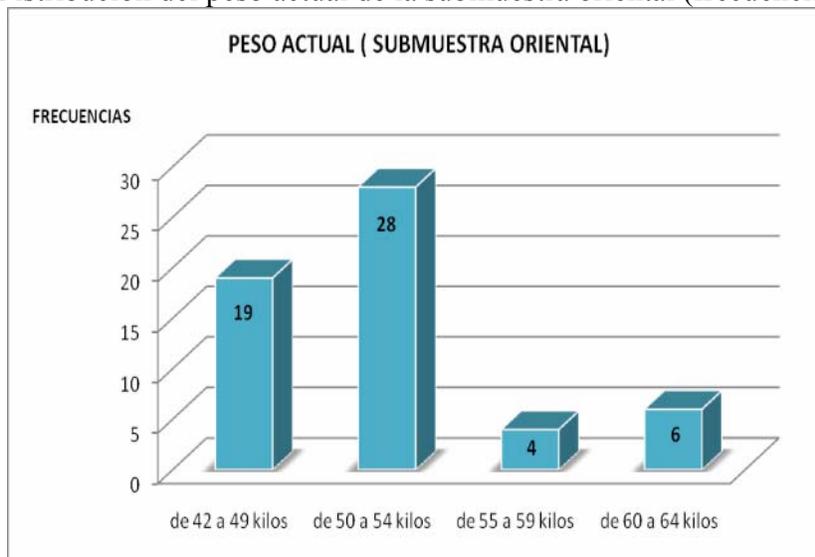


Fuente: elaboración propia

Vale la pena consignar que durante la toma de las entrevistas surgieron datos cualitativos que resultaron inesperados, probablemente por la fuerte asociación que hay en el medio local, incluso para la autora de esta tesis, entre el término ‘dieta’ y las ‘dietas hipocalóricas’. Cuando se les preguntaba a las mujeres japonesas si estaban a dieta, ellas preguntaban qué tipo de dieta: por la diabetes, por el colesterol, etcétera. Además, en la prueba Alimentos preferidos / saludables, frente a reactivos como ‘queso diet’, muchas de las entrevistadas dijeron desconocer su existencia. Si bien estos datos no fueron relevados sistemáticamente, serán retomados más adelante.

## - Peso actual y deseado

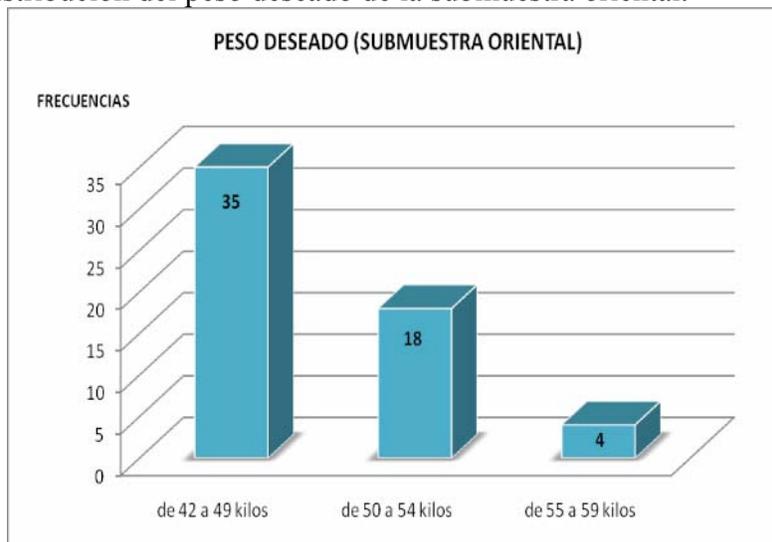
**Gráfico 22.** Distribución del peso actual de la submuestra oriental (frecuencias).



Fuente: elaboración propia

La dispersión del peso actual de la muestra oriental es baja, entre 40 y 64Kgs., con una *Media*=51,13Kgs y *DT*=5,39.

**Gráfico 23.** Distribución del peso deseado de la submuestra oriental.



Fuente: elaboración propia

El peso deseado va de 40 a 57Kgs., con una *Media*=47,92 y un *DT*=3,79. Hay una diferencia de 3Kgs. entre el peso actual y el deseado, y la preferencia es por deseos de pesar menos.

### - Satisfacción Corporal

**Gráfico 24.** Niveles de satisfacción de la submuestra oriental.



Fuente: elaboración propia

El 85% de la muestra desea pesar menos –según la diferencia entre el peso actual y el peso deseado. Sólo el 5% presenta satisfacción y el 10% desea pesar más.

#### 1.2.3 Datos socioeconómicos de la muestra relevada

##### a) Ocupación

##### - Ocupación de las entrevistadas orientales

La mayor concentración se produce en empleadas bajo empleador, con el 33,3%. Le siguen las profesionales sin personal a cargo, con el 28,1%. Más del 10% de la muestra es empresaria/gerente.

##### - Ocupación del principal sostén del hogar, Oriente

El PSH se reparte equitativamente entre empleados y profesionales sin personal a cargo, con el 38% y 36%, respectivamente -22 y 21 sujetos. Los empresarios/gerentes tienen una representación un poco menor, 24% -14 sujetos.

**b) Principal sostén del hogar, Oriente**

Casi la mitad de las entrevistadas son el PSH, 45%.

**c) Educación de las entrevistadas orientales**

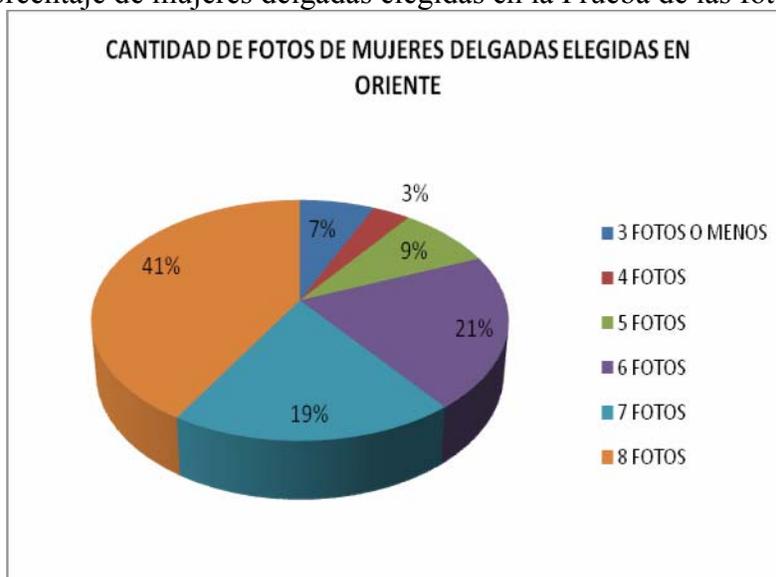
En su mayoría, las entrevistadas tienen nivel de educación universitario, con casi el 64,5% - 35 mujeres. Le sigue 'secundaria completa', con el 25,9% -14 mujeres. El 7,4% completó la escuela primaria y el 1,9%, el terciario.

No hay ciclos incompletos.

1.2.4 Instrumentos especialmente diseñados, y traducidos al japonés

**Prueba de las fotos**

**Gráfico 25.** Porcentaje de mujeres delgadas elegidas en la Prueba de las fotos. Oriente

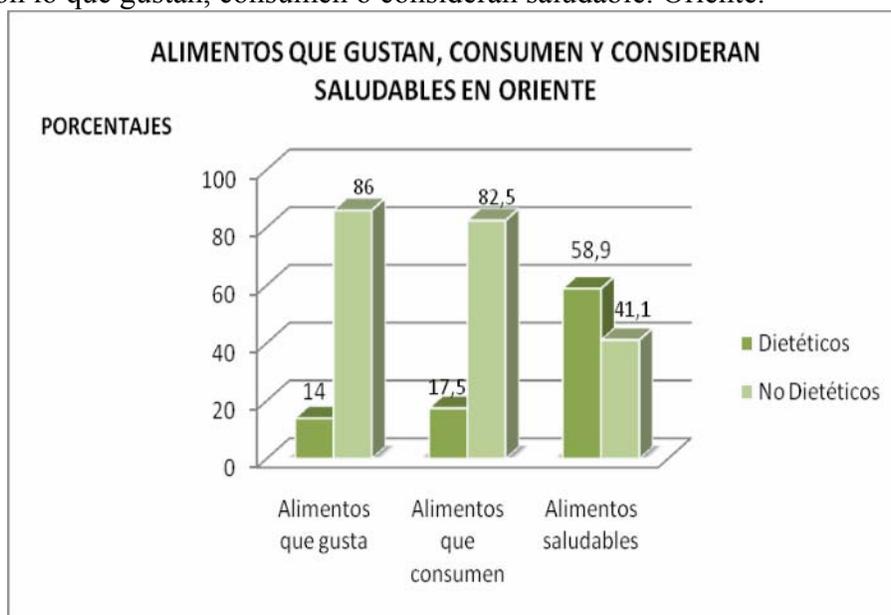


Fuente: elaboración propia

Como se observa en el Gráfico 25, el 81% de las mujeres japonesas entrevistadas eligieron entre 6 y 8 fotos de figuras femeninas delgadas como sinónimo de salud, y el 60% se concentró entre 7 y 8. En el extremo opuesto, sólo el 7% eligió entre 6 y 8 fotos de mujeres de físico más robusto, de las cuales la mitad -3,4%- eligió todas las mujeres más rellenas como sinónimo de saludable, es decir 8 fotos; la otra mitad, 6 fotos.

### Alimentos preferidos/saludables

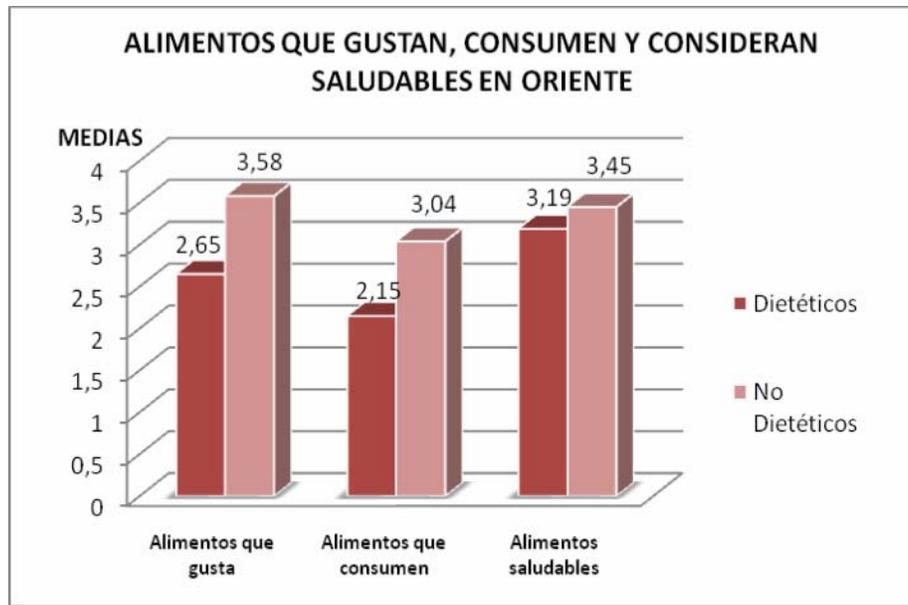
**Gráfico 26.** Porcentajes de mujeres que eligieron los alimentos dietéticos y no dietéticos en relación con lo que gustan, consumen o consideran saludable. Oriente.



Fuente: elaboración propia

Las mujeres japonesas gustan (86% vs 14%) y consumen (82,5% vs 17,5%) mucho más de los alimentos no dietéticos. Por el contrario, consideran que los alimentos dietéticos son más saludables (58,9% vs 41,1%).

**Gráfico 27.** Puntuaciones medias -de 1 (nada) a 5 (mucho)- en el gusto, consumo y consideración de saludables de los alimentos dietéticos y no dietéticos. Oriente.



Fuente: elaboración propia

Las *Medias* en el gusto y consumo de alimentos dietéticos son menores que las *Medias* de alimentos no dietéticos, es decir, gustan y consumen más de los alimentos que engordan. Esta relación se atenúa en la consideración de saludables ( $t=1,781$ ;  $p=0,80$ ). En relación con el gusto y el consumo sí hay diferencias significativas ( $t=7,570$ ;  $p=0,000$  y  $t=6,024$ ;  $p=0,000$ , respectivamente). A partir de la prueba ‘**Alimentos preferidos/saludables**’ se evidencia que las mujeres orientales entrevistadas gustan y consumen más alimentos no dietéticos que dietéticos.

### **Alcances y especificidades de la submuestra oriental**

La muestra oriental está conformada principalmente por mujeres japonesas, cuyo lugar de nacimiento y residencia está fuera de Tokio. La dispersión de los pesos actuales no supera los 25kgs, y si bien en su mayoría desean pesar menos, en promedio sólo quieren bajar 3kgs. Coherentemente, poco menos de la mitad de las entrevistadas nunca hizo dietas adelgazantes. En cuanto al estado civil, las entrevistadas no manifiestan tener vínculos

informales. Su ocupación muestra un claro sesgo hacia la actividad profesional/empresarial -especialmente del PSH. Asimismo la educación es mayoritariamente universitaria. En cuanto a la relación delgadez-salud, si bien masivamente las mujeres orientales consideran que las mujeres delgadas son más saludables, no valoran especialmente a los alimentos dietéticos como saludables.

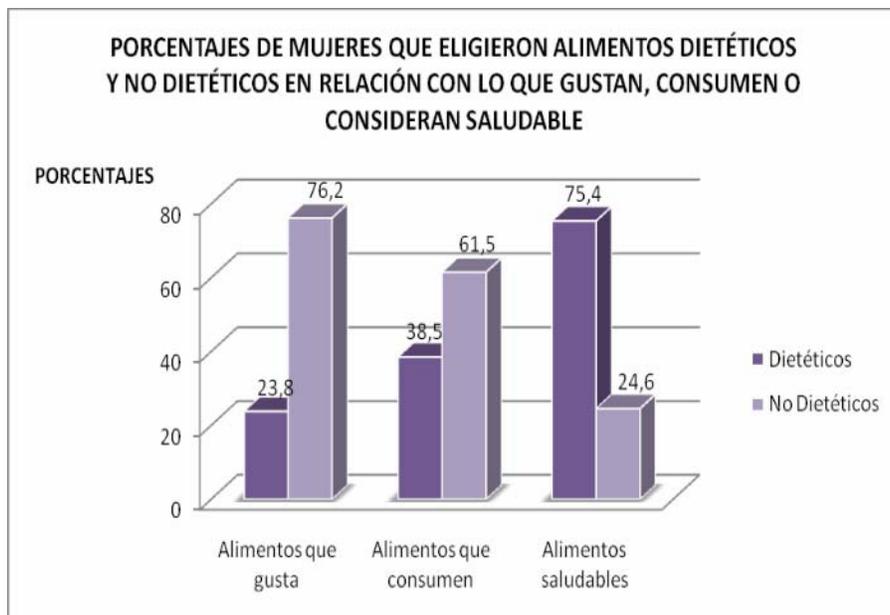
## **2. PRESENTACIÓN DE ESTADÍSTICOS INFERENCIALES**

### **2.1 Tendencia de las mujeres porteñas hacia la realización de dietas hipocalóricas**

Para indagar si se observa en las mujeres de la muestra local una tendencia hacia las conductas dietantes hipocalóricas se aplicaron tres pruebas, una construida especialmente para la investigación y dos estandarizadas. La primera prueba es ‘Alimentos preferidos/saludables’. Las pruebas estandarizadas son la dimensión Deseos de adelgazar del Inventario de Conductas Alimentarias (ICA) y el Inventario de Depresión diseñado por Beck –en particular la pregunta acerca de si se está haciendo dieta en el momento de la toma.

En el gráfico 28 se muestran los porcentajes de mujeres que eligieron los alimentos dietéticos y no dietéticos en relación con lo que gustan, consumen o consideran saludable, según la prueba ‘Alimentos preferidos/saludables’. Como puede observarse, este grupo de mujeres consume y explicita mayor gusto por los alimentos no dietéticos que por los dietéticos, a pesar de considerarlos menos saludables.

**Gráfico 28.** Porcentajes de mujeres que eligieron los alimentos dietéticos y no dietéticos en relación con lo que gustan, consumen o consideran saludable.



Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, la *Media* de consumo de alimentos dietéticos es 3,03 y la de alimentos no dietéticos es 3,16. Es decir, a través de la comparación de medias no se observan diferencias significativas en el consumo de alimentos dietéticos y no dietéticos ( $t=-1,417$ ;  $p=0,159$ ), aunque haya una leve preferencia por los alimentos no dietéticos.

**Gráfico 29.** Puntuaciones medias en el gusto, consumo y consideración de saludable, de los alimentos dietéticos y no dietéticos.



Fuente: elaboración propia.

Lo que interesa en este apartado es indagar si las mujeres entrevistadas consumen o no más alimentos dietéticos, a fin de averiguar si tienen conductas dietantes o al menos qué alimentos consumen más. Mientras el consumo de alimentos que engordan involucra al 61,5% de la muestra, sólo el 38,5% prefiere consumir alimentos dietéticos. Las diferencias en el gusto intensifican la tendencia, ya que el 76,2% prefieren a los alimentos no dietéticos, contra un 23,8% de preferencia en el gusto por los dietéticos (*Media*=3,74; *DT*=0,69 y *Media*=3,26; *DT*=0,71, respectivamente). En relación con el gusto, sí hay diferencias significativas ( $t=-6,29$ ;  $p=0,000$ ). A partir de la prueba ‘**Alimentos preferidos/saludables**’ se evidencia que las mujeres entrevistadas gustan y consumen (aunque en el consumo las diferencias no son significativas) más alimentos no dietéticos que dietéticos.

El **Inventario de Conductas Alimentarias (ICA)** mide distintas dimensiones relacionadas con los trastornos de la alimentación. La dimensión **Deseos de adelgazar**, en particular, evalúa la necesidad de una persona de ser mucho más delgada o su temor a ‘ser gorda’, sus preocupaciones por la dieta y el peso, y el temor a aumentar de peso. Al analizar los resultados de esta dimensión en la muestra se observa que en consonancia con los resultados de la prueba ‘Alimentos preferidos/saludables’ –alimentos que consumen-, no se detectan fuertes deseos por adelgazar. Apoyando lo dicho, se observa que el percentil 50 de la muestra es 8 mientras el baremo normal (percentil 50) es 10, lo que indica que la muestra está por debajo de los valores normalizados<sup>13</sup> (ver gráfico 5).

Numerosos autores (Cruz & Maganto, 2003; Mora & Raich, 1994; Peters et al., 1996; Toro, 2006) sostienen que la práctica de la dieta es un fenómeno endémico,

---

<sup>13</sup> Ficha de Cátedra, Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico Psicológico, módulo I, Fernandez Liporace, Facultad de Psicología, UBA

especialmente en las mujeres occidentales jóvenes. De las tres pruebas analizadas, los resultados obtenidos en el **Inventario Beck** en relación con la pregunta que indaga si se está haciendo dieta en el momento de la toma, son los únicos que avalan estas afirmaciones. Casi el 50% de la muestra refirió estar haciendo dieta en ese momento. Esto es especialmente relevante si se considera que las respuestas se circunscriben al momento actual; no pregunta por ejemplo, si el sujeto entrevistado piensa comenzar una dieta o si acaba de terminarla. Las diferencias entre las tres pruebas serán retomadas para su posterior análisis, así como los dilemas entre imagen, cuidado y prácticas del cuerpo femenino.

Al analizar las relaciones entre las puntuaciones obtenidas en la prueba ‘Alimentos preferidos/saludables’ y la dimensión Deseos de adelgazar del ICA, se observa una correlación positiva entre las puntuaciones obtenidas en deseos de adelgazar y las puntuaciones medias de consumo de alimentos dietéticos ( $R=0,226$ ;  $p=0,012$ ). De modo coherente, no hay correlación con los alimentos no dietéticos ( $R=-0,172$ ;  $p=0,058$ ); a mayor deseo de adelgazar, mayor consumo de alimentos dietéticos, lo que a la vez es indicativo de validez convergente con la prueba de los alimentos.

Al analizar las puntuaciones medias de las mujeres en “deseos de adelgazar” (ICA) y en el consumo de alimentos dietéticos y no dietéticos, discriminados en función de si las entrevistadas están o no haciendo dieta en ese momento (Inventario Beck) aparecen, como se observa en la cuadro 5, datos interesantes.

Variables	Hacen dieta				Estadístico	P valor
	SI		NO			
Deseos de adelgazar	Media	Desvío	Media	Desvío	t=4,96	p=0,000
	11,39	4,77	6,66	4,70		
Consumo de alimentos dietéticos	Media	Desvío	Media	Desvío	t=3,14	p=0,002
	3,22	0,75	2,76	0,67		
Consumo de alimentos no dietéticos	Media	Desvío	Media	Desvío	t=-2,03	p=0,045
	3,01	0,82	3,32	0,64		

Fuente: elaboración propia.

**Cuadro 5.** Comparación de *Medias* en deseos de adelgazar (ICA) y alimentos dietéticos / no dietéticos consumidos, discriminadas a partir de la realización o no de dieta.

De manera esperable y como se observa en el Cuadro 5, hay una diferencia significativa ( $t=4,96$ ;  $p=0,000$ ) entre la realización o no de dietas adelgazantes y los deseos de adelgazar (ICA). Las mujeres que refieren estar haciendo dieta tienen una *Media* alta en deseos de adelgazar. Sin embargo, no hay diferencias significativas ( $t=1,277$ ;  $p=0,208$ ) en el consumo de alimentos dietéticos y no dietéticos, aunque haya una leve preferencia en las mujeres que están haciendo dieta por los primeros ( $Media=3,22$  vs  $Media=3,01$ ) –estos datos serán retomados para su posterior análisis. A la inversa, quienes no hacen dieta consumen más alimentos no dietéticos ( $Media=3,32$ ;  $DT=0,64$ ) que dietéticos ( $Media=2,76$ ;  $DT=0,67$ ). Se han encontrado diferencias significativas en el consumo de alimentos dietéticos ( $t=3,14$ ;  $p=0,002$ ) y no dietéticos ( $t=-2,03$ ;  $p=0,045$ ) en función de si las entrevistadas estaban o no haciendo dieta.

A partir de los datos hasta aquí analizados se puede decir que el 50% de las mujeres refieren estar haciendo dieta. Esta tendencia se ve reflejada en los deseos de adelgazar (ICA), ya que quienes hacen dieta presentan mayores deseos de adelgazar. Asimismo, el consumo de alimentos dietéticos es significativamente mayor entre las mujeres que hacen dieta, respecto de las que no la hace, y la relación se invierte con los alimentos no dietéticos

–aunque esta diferencias está en el límite de no serlo ( $p=0,045$ ). Estos resultados podrían llevar a suponer que las mujeres que están a dieta consumen alimentos dietéticos, pero dejan de consumir alimentos que engordan sólo parcialmente; especialmente si se considera que no hay diferencias significativas en el consumo de alimentos dietéticos y no dietéticos entre las mujeres que están a dieta ( $t=1,277$ ;  $p=0,208$ ). Esto lleva a preguntarse qué significa cuidarse en el imaginario femenino y de qué forma realizan dieta: elección de alimentos dietéticos; supresión-privación alimentaria, o simplemente aumento en el consumo de alimentos dietéticos.

## **2.2 Las dietas hipocalóricas y la delgadez como indicadores de salud**

Para evaluar si las mujeres de la muestra local consideran a la delgadez como sinónimo de salud se analizaron las respuestas obtenidas en: la “Pruebas de las fotos”, la de ‘Sesgos cognitivos’ y la de ‘Alimentos preferidos/saludables’. La ‘**Prueba de las fotos**’ muestra 8 pares de fotos de mujeres con diferencias de peso fácilmente observables. Las entrevistadas tienen que decir cuál consideran más saludable de cada par. Las respuestas a la prueba mostraron que las entrevistadas consideran que las figuras delgadas son las más saludables.

**Gráfico 30.** Porcentaje de entrevistadas que eligieron fotos de mujeres delgadas en la Prueba de las fotos.



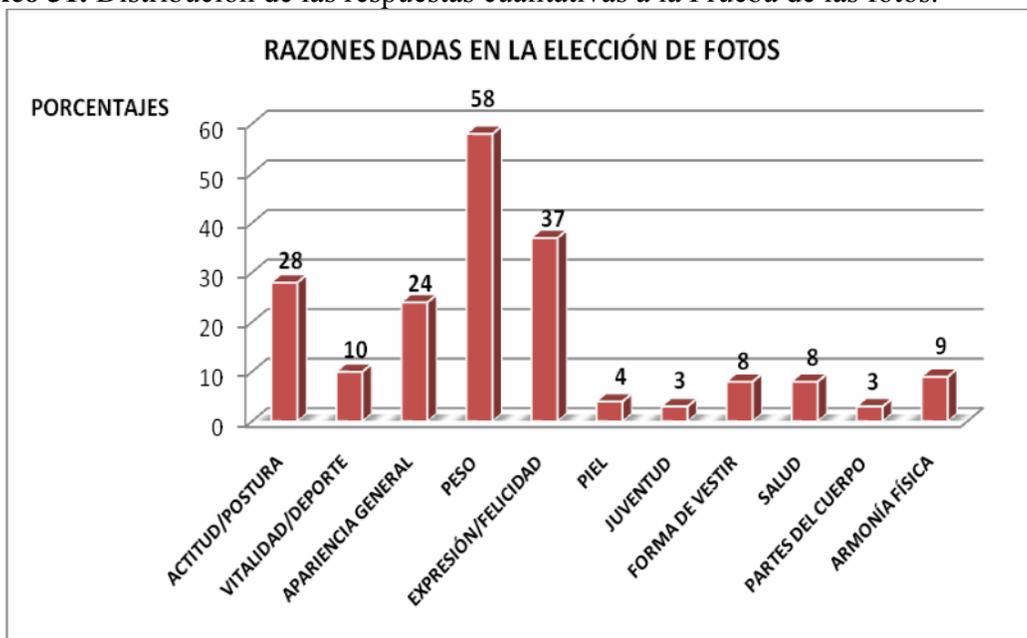
Fuente: elaboración propia

Como se observa en el gráfico 30, cuando las entrevistadas tuvieron que decidir cuáles eran las mujeres más saludables, el 22% eligió siempre a la mujer más delgada de cada par (8 fotos); mientras ninguna eligió todas las mujeres más robustas. Poco más de la mitad de las entrevistadas eligieron entre 7 y 8 fotos de mujeres delgadas. Finalmente, sólo el 6% de la muestra eligió sólo 1, 2 ó 3 fotos de mujeres delgadas como saludables, o lo que es lo mismo, 5, 6 ó 7 fotos de las mujeres más rellenas (como ya se señaló, ninguna eligió 8 fotos).

La ‘prueba de las fotos’ consta de una segunda parte cualitativa, en la que las entrevistadas deben responder a una pregunta abierta: *¿Qué elementos tuvo en cuenta para decidir cuál de las dos personas de cada pareja era la más sana?* Las razones que esgrimieron las entrevistadas fueron: la actitud o la postura; la vitalidad, que estuvieran haciendo deporte; la apariencia general; la relación altura-peso; la expresión – especialmente facial-; que reflejaran felicidad; el color de la piel; la juventud; la forma de vestir; el aspecto saludable; la apariencia de las distintas partes del cuerpo –la panza o las

caderas; y la armonía física. Cada participante podía plantear más de una razón para explicar el motivo de su elección.

**Gráfico 31.** Distribución de las respuestas cualitativas a la Prueba de las fotos.



Fuente: elaboración propia

Las respuestas se concentraron fundamentalmente en: actitud/postura -28%-, apariencia general -24%-, peso -58%-, y expresión/felicidad -37%. Como puede verse en gráfico 31, el 58% de las entrevistadas aludieron al peso, ya sea apuntando a la delgadez como sinónimo de salud, haciendo hincapié en el equilibrio -ni sobrepeso ni bajo peso- o simplemente diciendo que el peso no había regido sus elecciones. Esto refleja que el peso es un elemento fundamental a la hora de definir qué es saludable.

Se presentan a continuación algunas respuestas a modo de ejemplo –la transcripción es literal-:

“La primera pareja por su delgadez. Todos los que elegí es porque son de cuerpo más delgado, y tienen más posibilidad de no caer enfermas, igual si el peso aumenta puede

traer problemas de salud, como hipertensión” (caso 2: entrevistada de 50 años que eligió 7 fotos de mujeres delgadas).

“Lo que primero tuve en cuenta es lo que se ve, el aspecto físico, si estaba muy excedida de peso o no, ya que en algunas personas había apenas unos ‘kilitos’ de más y no por ello se debe considerar que no son sanas. La delgadez no es sinónimo de salud, detrás de la delgadez pueden ‘escondarse’ otros problemas de salud (físicos-mentales) que a la luz de algunas imágenes no pueden evidenciarse. Algunas fotos fueron elegidas por mi sólo por mi intuición o por lo que consideré que podía ser sano a partir de lo que vi” (caso 3: entrevistada de 31 años que eligió 6 fotos de mujeres delgadas).

“Que fuera delgada, pero no flaca” (caso 4: entrevistada de 55 años que eligió 8 fotos de mujeres delgadas).

“Para decidir qué personas consideré más saludables de cada pareja tuve en cuenta un cuerpo armonioso, y más o menos proporcionado en relación a dónde se distribuye la grasa, como por ejemplo en la figura 3B que es muy flaca de piernas pero parece tener mucho abdomen y considero que eso no es tan saludable. También tuve en cuenta cuerpos flacos pero normales, la delgadez extrema no me parece sana así como la gordura extrema” (caso 5: entrevistada de 20 años que eligió 7 fotos de mujeres delgadas).

“Lamentablemente tuve en cuenta la delgadez de la figura, su postura y cómo le quedaba la ropa. Además cómo me gustaría estar yo en este momento” (caso 6: entrevistada de 42 años que eligió 8 fotos de mujeres delgadas).

Cabe destacar que la ‘Prueba de las fotos’ no hace alusión directa a la delgadez como sinónimo de salud. Muchas, como el caso 5, hicieron hincapié en que no elegían las fotos por la delgadez de la figura, por lo que el registro explícito o consciente no coincide

con los resultados de la prueba. Estas discrepancias serán retomadas para su posterior análisis.

La prueba de **‘Sesgos cognitivos delgadez/salud’** presenta una serie de frases que, según la investigación de Aguirre (2005), remiten a la forma de ver el cuerpo y la comida según la clase social. Si bien la investigación de Aguirre da cuenta de sesgos de clase baja, media y alta, a partir de la interpretación de la gráfica Scree (Cattell, 1966) se extrajeron dos factores (Apéndice III), que aluden a las representaciones de clase baja y media/alta. ‘Si no fuera malo, comería hasta reventar’, ‘Mantener un cuerpo sano es un trabajo más que implica ir al gimnasio, comer comida light, etcetera’; son frases representativas de cada sesgo de clase. Estos cambios pueden deberse al tamaño y las características de la muestra; de hecho, sólo una mujer se autocalificó como de clase alta. Sería interesante analizar, en futuras investigaciones, qué ocurre con una muestra donde este sector esté más ampliamente representado.

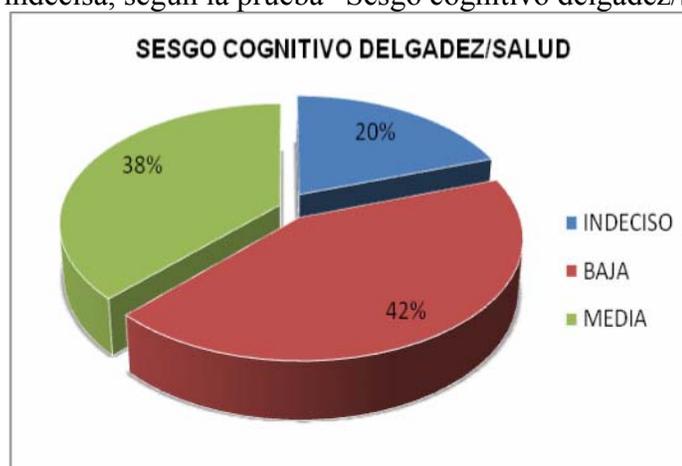
Además, algunos ítems fueron eliminados de las representaciones de clase baja, como por ejemplo, ‘Los mejores platos son los guisos y las sopas’ y ‘Comer mucho, mantiene al médico lejos’. También se eliminaron ítems en las representaciones de clase media/alta y esto se debe, al menos en parte, a que estas afirmaciones ya no son privativas de un sector social, sino que son ampliamente aceptadas por todos los sectores. Se eliminaron, por ejemplo: ‘Si hacés gimnasia, podés comer lo que quieras’, ‘Sólo deben consumirse carnes magras’, ‘Los flacos enferman menos’ y ‘Siempre digo: ‘El lunes empiezo la dieta’’.

Tanto la eliminación de ciertos ítems como la unificación de clases –media/alta-, pueden llevar a pensar que en los últimos años se han producido modificaciones en las representaciones del cuerpo y la comida. Si bien la clase baja sigue valorando los alimentos

rendidores y los cuerpos redondeados, ya no sostiene que ‘comer mucho mantiene al médico lejos’. La clase media/alta, en cambio, tal vez porque tiene mayor acceso a la información, o por una estrategia de distinción, empieza a desestimar que la delgadez y la comida light sean la panacea.

Por último conviene recordar que las respuestas a cada reactivo van de 1 a 5. Uno implica total desacuerdo con las frases propuestas según representación de clase, tres implica una posición neutra y cinco, total acuerdo.

**Gráfico 32.** Porcentajes de mujeres que eligieron sesgos de clase baja y media/alta, o tuvieron una posición indecisa, según la prueba “Sesgo cognitivo delgadez/Salud”.



Como se observa en el gráfico 32, a partir de los puntos de corte de la prueba, el 42% de las entrevistadas resultó poseedora de un sesgo de clase baja; que valora el cuerpo redondeado y la comida sustanciosa. Por su parte, el 38%, presentó un sesgo de clase media/alta, que privilegia el cuerpo delgado y la comida ‘light’. Mientras los sesgos estuvieron equitativamente repartidos entre ambas clases -aproximadamente el 40% cada una-, un número importante de sujetos -el 20%- no pudo ser encuadrado en uno u otro sesgo. Otro elemento que debe ser considerado es que, si bien el mayor porcentaje de mujeres tenía el sesgo de clase baja, la media de clase media/alta ( $M=3,64$ ;  $DT=0,81$ ) fue mayor que la de clase baja ( $M=2,57$ ;  $DT=0,84$ ). Estos datos serán retomados para su posterior análisis.

### Comparación entre Autopercepción de clase y Sesgos Cognitivos

La autopercepción de clase social resultó ser una variable dicotómica, ya que en su mayoría las entrevistadas se incluyeron en la clase media, en menor proporción en clase baja y sólo una mujer se autocalificó como de clase alta. Si bien la autopercepción de clase no resultó ser un fiel reflejo de clase social, es interesante observar cómo influye. A continuación se muestran los resultados obtenidos al indagar si la autopercepción de clase influye en el sesgo cognitivo predominante en los sujetos (ver cuadro 6).

Variables	Autopercepción de clase				Estadístico	<i>P valor</i>
	Baja		Media			
Sesgo delgadez/salud clase baja	Media	Desvío	Media	Desvío	t=3,04	p=0,003
		3,00	0,84	2,46		
Sesgo delgadez/salud clase media/alta	Media	Desvío	Media	Desvío	t=1,52	p=0,131
		3,85	0,73	3,58		

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 6.** Comparación de *Medias* en Autopercepción de clase social y los sesgos cognitivos delgadez/salud de clase baja y media/alta.

Al comparar las puntuaciones medias de la prueba de “Sesgos cognitivos delgadez/salud” con la autopercepción; tanto las mujeres que se autoperceben de clase baja, como de clase media, puntuaron más alto en el sesgo delgadez/salud de clase media/alta. Al comparar si existen diferencias en los sesgos cognitivos según la clase autopercebida, sólo se encontraron diferencias significativas en el sesgo delgadez/salud de clase baja, donde existe una diferencia a favor de las mujeres que se autopercebieron como de clase baja. Es decir, quienes se autodefinen como de clase baja adhirieron más fuertemente al ideal del cuerpo

femenino robusto y la comida rendidora. En cambio, el sesgo cognitivo delgadez/salud de clase media, fue aceptado tanto por las mujeres de clase baja como media, según la clase autopercebida.

Como señalan Martín Criado y Moreno Pestaña (2005), para entender el oficio de ama de casa (alimentación y cuidado de la salud familiar) no hay que olvidar que implica criterios de estatus. Por eso, tanto las mujeres que se reconocen como de clase baja como las que se ubican en la clase media tuvieron una media más alta en los sesgos de clase media/alta.

La prueba **Alimentos preferidos/saludables** fue especialmente diseñada para cuantificar cómo las mujeres evalúan una serie de alimentos que difieren en valor calórico y nutricional. Para validar el instrumento, se seleccionó un grupo de ocho expertos nutricionistas que ponderaron -del 1 al 5- cada uno de los alimentos en tanto dietéticos/no dietéticos y saludables/no saludables. De los ocho expertos consultados se eliminaron tres porque habían dejado respuestas en blanco. Una vez hecho esto, la valoración de los alimentos dietéticos/no dietéticos dio una concordancia del 74%. La valuación dietéticos/no dietéticos permitió darle una base más sólida a la clasificación realizada por la autora de la tesis. La ponderación de los alimentos como saludables/no saludables, tuvo un nivel de concordancia del 65%, que si bien no es muy alta, sirvió para comparar las respuestas de los expertos con las de las entrevistadas. Esto es coherente con lo que plantean Martín Criado y Moreno Pestaña (2005) respecto del discurso médico, entendiéndolo como un conjunto heterogéneo de preceptos diversos en constante cambio. Estas diferencias entre los expertos serán retomadas en el análisis posterior.

Es conveniente aclarar que algunos alimentos presentaron dificultades en su evaluación porque su denominación es muy amplia. Por ejemplo, los ‘postres’ pueden

incluir tanto 'gelatina' como 'torta de chocolate, crema y dulce de leche', siendo sus características nutricionales y energéticas muy diferentes. Las carnes merecen un tratamiento similar, ya que no es lo mismo hablar de cortes magros como el pecteto, que de cortes grasos como el asado.

Cuando se usó este instrumento con las mujeres de la muestra, pudo observarse que gustan y consumen más los alimentos no dietéticos que los dietéticos. Sin embargo, consideran que son menos saludables, como ya se señaló en el apartado 2.1 (ver gráfico 28). El 61,5% de la muestra consume más alimentos no dietéticos, en cambio el 75,4% considera que los alimentos dietéticos son más saludables.

La puntuación *Media* de los alimentos dietéticos como saludables es de 4,05 ( $DT=0,57$ ), mientras la de alimentos no dietéticos es de 3,53 ( $DT=0,68$ ), siendo esta diferencia significativa ( $t = 8,017$ ;  $p=0,000$ ) –ver gráfico 29. Esto indica que aunque las entrevistadas prefieren comer y gustan más de los alimentos no dietéticos, consideran que estos son más nocivos para la salud. Y también que identificando el modelo saludable, no lo estiman por sobre sus preferencias actuales.

A partir de la 'Prueba de las fotos', la de 'Sesgo cognitivos delgadez/salud' y la de 'Alimentos preferidos/saludables', se evidencia que las mujeres de la muestra valoran las dietas hipocalóricas y la delgadez como indicadores de salud.

### **Relación 'Prueba de las fotos', 'Sesgo delgadez/salud' y 'Alimentos preferidos/saludables'**

Los análisis de correlación realizados no arrojan relaciones significativas entre la 'Prueba de las fotos', y las pruebas 'Sesgo delgadez/salud' y 'Alimentos preferidos/saludables'. La elección de fotos de mujeres delgadas como saludables no depende de la consideración de

los alimentos dietéticos ( $R=0,003$ ;  $p= 0,974$ ) o no dietéticos ( $R=0,043$ ;  $p= 0,584$ ) como saludables, ni de los sesgos de clase baja ( $Rho=0,083$ ;  $p= 0,382$ ) y media/alta ( $Rho=-0,031$ ;  $p= 0,749$ ). En cambio, sí se observan correlaciones significativas entre las representaciones de clase baja y media/alta, y el consumo de alimentos (ver cuadro 7).

<b>Variables</b>	<b>Correlación R de Pearson</b>	<b>P valor</b>
<b>Sesgo Cognitivo delgadez/salud. Clase baja</b>	<b>R= 0,207</b>	<b>P= 0,022</b>
<b>Alimentos no dietéticos que gustan</b>		
<b>Sesgo Cognitivo delgadez/salud. Clase baja</b>	<b>R= -0,185</b>	<b>P= 0,042</b>
<b>Alimentos dietéticos que consumen</b>		
<b>Sesgo Cognitivo delgadez/salud. Clase baja</b>	<b>R= 0,410</b>	<b>P= 0,000</b>
<b>Alimentos no dietéticos que consumen</b>		
<b>Sesgo Cognitivo delgadez/salud. Clase baja</b>	<b>R= 0,508</b>	<b>P= 0,000</b>
<b>Alimentos no dietéticos que consideran saludables</b>		
<b>Sesgo Cognitivo delgadez/salud. Clase media/alta</b>	<b>R= 0,248</b>	<b>P= 0,006</b>
<b>Alimentos dietéticos que gustan</b>		
<b>Sesgo Cognitivo delgadez/salud. Clase media/alta</b>	<b>R= 0,263</b>	<b>P= 0,003</b>
<b>Alimentos dietéticos que consumen</b>		
<b>Sesgo Cognitivo delgadez/salud. Clase media/alta</b>	<b>R= 0,351</b>	<b>P= 0,000</b>
<b>Alimentos dietéticos que consideran saludables</b>		

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 7.** Correlaciones entre las puntuaciones medias de alimentos dietéticos y no dietéticos que las entrevistadas gustan, consumen y consideran saludables, y el sesgo cognitivo delgadez/salud.

Las mujeres con sesgo de clase baja valoran como más saludables a los alimentos no dietéticos. Asimismo, a mayor aceptación de las representaciones de clase baja, mayor

gusto por y consumo de los alimentos no dietéticos; aunque con menor intensidad, también consumen los alimentos dietéticos. En cuanto a las mujeres que adhieren a un sesgo de clase media/alta valoran más, en todo sentido, a los alimentos dietéticos. Los consideran más ricos, los consumen más y los perciben como más saludables. Ni el gusto ( $R=-0,173$ ;  $p=0,057$ ) ni la consideración por los alimentos dietéticos como saludables ( $R=0,123$ ;  $p=0,177$ ) presentaron correlaciones significativas. Tampoco presentan correlaciones significativas las mujeres cuyo sesgo cognitivo es de clase media/alta, con los alimentos no dietéticos que gustan ( $R=-0,087$ ;  $p=0,339$ ), consumen ( $R=-0,050$ ;  $p=0,587$ ) y consideran saludables ( $R=0,053$ ;  $p=0,567$ ).

Como era esperable, al ser tan masiva la elección de fotos de mujeres delgadas como saludables en la **‘Prueba de las fotos’**, no se observaron relaciones significativas en el gusto que las entrevistadas tienen por los alimentos dietéticos ( $R=-0,009$ ,  $p=0,906$ ) o no dietéticos ( $R=-0,022$ ,  $p=0,778$ ). Asimismo, no se detectaron correlaciones significativas en el consumo de alimentos dietéticos ( $R=0,017$ ,  $p=0,829$ ) y no dietéticos ( $R=-0,059$ ,  $p=0,448$ ). En cambio, sí las hubo entre los sesgos cognitivos y la preferencia por los alimentos según sean dietéticos o no. Las entrevistadas que mostraron una clara valoración de los cuerpos fuertes y la comida rendidora (sesgo de clase baja), gustan, consumen y consideran más saludable fundamentalmente a la comida no dietética. Quienes adhieren al ideal ‘light’; según la presente investigación quienes poseen un sesgo de clase media/alta; gustan, consumen y consideran más saludables a los alimentos dietéticos.

**2.2.1** Las dietas hipocalóricas y la delgadez como indicadores de salud, y su asociación con el perfil psicológico de las entrevistadas

Woodside y Garfinkel (1989) sostienen que las conductas dietantes para bajar de peso, aunque sean comunes y hasta normales no deben desestimarse. La obsesión por las dietas induce estados emocionales negativos y patrones de alimentación que privan a las personas de su capacidad para regularse naturalmente. En muchos casos genera exactamente lo contrario de lo que busca: sobrealimentación, sobrepeso, obsesión por la comida y vergüenza corporal (Fraser, 1998). Los trastornos de la conducta alimentaria se asocian en primer lugar con la conducta dietante, pero además con la baja autoestima, los estados de ansiedad y depresión, y los trastornos de la imagen corporal, como señalan numerosos autores (Altabe & Thompson, 1996; Cruz & Maganto, 2003; Mora Giral & Raich Escursell, 1994; Rausch Herscovici, 1995; Wardle, J & Griffith, J., 2001). Por eso en esta investigación se indagó la asociación entre las creencias de que las dietas hipocalóricas son más saludables y la delgadez es un indicador de salud por un lado, y la baja autoestima, el estado de ánimo y la percepción de riesgo de padecer sintomatología física, por el otro.

Se analizaron las correlaciones entre la ‘Prueba de las fotos’ y la prueba ‘Alimentos preferidos/saludables’, y la ansiedad –a través del STAI estado y rasgo ( $Rho=-0,056$ ;  $p=0,555$  y  $Rho=0,029$ ;  $p=0,762$ , respectivamente)-, la autoestima –mediante la dimensión Ineficacia del ICA ( $Rho=0,118$ ;  $p=0,212$ )-, la percepción de sintomatología física propia y ajena –a través del LSE ( $R=-0,039$ ;  $p=0,679$  y  $R=-0,110$ ;  $p=0,247$ , respectivamente)- y la depresión –a partir del Inventario Beck ( $Rho=-0,099$ ;  $p=0,298$ ). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la prueba de las fotos y las variables ansiedad, autoestima, percepción de riesgo de contraer enfermedades y depresión.

### **Relación ‘Alimentos preferidos/saludables’-perfil psicológico**

Los análisis de correlación realizados muestran relaciones significativas entre la prueba 'Alimentos preferidos/saludables' y dos de las variables analizadas en relación con el perfil psicológico de la muestra: ansiedad rasgo y percepción en los otros del riesgo de contraer enfermedades.

La evaluación de los alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables no está asociada con la autoestima (Ica-ineficacia) ( $Rho=-0,077$ ;  $p=0,399$  y  $Rho=0,035$ ;  $p=0,705$ ), la percepción del riesgo propio de contraer enfermedades ( $R=0,005$ ;  $p=0,953$  y  $R=-0,098$ ;  $p=0,281$ ) y la depresión ( $Rho=-0,158$ ;  $p=0,083$  y  $Rho=0,034$ ;  $p=0,707$ ). Como puede observarse en el cuadro 8, la percepción de riesgo en otros y la ansiedad presentan correlaciones significativas con la preferencia por los alimentos dietéticos y no dietéticos. La percepción de riesgo en otros y la ansiedad rasgo aparecen asociadas fundamentalmente a los alimentos no dietéticos. La primera correlación puede relacionarse con la ilusión de invulnerabilidad –cuando los otros están en riesgo de contraer enfermedades no es necesario cuidarse evitando los alimentos que engordan- la segunda con la idea popular de que la comida calma la ansiedad –especialmente cuando es rica en grasas y azúcares.

<b>Variab</b> les	<b>Correlación R de Pearson</b>	<b>P valor</b>
<b>Percepción de riesgo de enfermedades en otros</b>	<b>R= 0,215</b>	<b>P= 0,017</b>
<b>Alimentos dietéticos que consideran saludables</b>		
<b>Percepción de riesgo de enfermedades en otros</b>	<b>R= 0,268</b>	<b>P= 0,003</b>
<b>Alimentos no dietéticos que consideran saludables</b>		
<b>Variab</b> les	<b>Correlación Rho de Spearman</b>	<b>P valor</b>
<b>Stai Estado</b>	<b>Rho= 0,188</b>	<b>P= 0,039</b>
<b>Alimentos dietéticos que consideran saludables</b>		
<b>Stai Rasgo</b>	<b>Rho= 0,309</b>	<b>P= 0,001</b>
<b>Alimentos no dietéticos que consideran saludables</b>		

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 8.** Correlaciones entre puntuaciones medias en alimentos dietéticos / no dietéticos como saludables, la percepción de riesgo en otros de contraer enfermedades y la ansiedad (estado/rasgo).

El inventario Beck incluye una pregunta acerca de si se está haciendo dieta en ese momento. Al analizar la relación entre estar o no a dieta, y las variables ansiedad/estado (Rango promedio=51,55 vs 48,48;  $p=0,0594$ ), ansiedad/rasgo (Rango promedio=49,35 vs 50,64;  $p=0,823$ ), autoestima (Rango promedio=51,24 vs 48,78;  $p=0,669$ ), percepción de riesgo de otros de contraer enfermedades ( $t=-1,02$ ;  $p=0,312$ ) y depresión (Rango promedio=48,17 vs 51,79;  $p=0,434$ ), no se encontraron diferencias significativas. En cambio, si es significativa la relación entre la percepción de riesgo propio de contraer enfermedades, y hacer o no dieta. Las entrevistadas que hacen dieta creen que tienen más posibilidades de enfermar que las que no hacen dieta ( $t=3,51$ ;  $p=0,001$ ). La amenaza de la propia salud sí se vincula a la necesidad de hacer dieta, como forma de cuidado y preservación. También puede suponerse que estas mujeres efectivamente están enfermas (colesterol, diabetes) y tienen indicaciones médicas de hacer dieta. Esto podría indicar que las mujeres piensan que la dieta es una forma de protegerse, alejar o curarse de enfermedades actuales o potenciales.

**2.2.2** Las dietas hipocalóricas y la delgadez como indicadores de salud, y su asociación con la imagen corporal

Se exploró la asociación entre las creencias de que las dietas hipocalóricas son más saludables y la percepción de la delgadez como indicador de salud; con la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción con el propio cuerpo. Para eso se analizaron las

correlaciones entre la ‘Prueba de las fotos’ y la prueba ‘Alimentos preferidos/saludables’; con la distorsión y la satisfacción corporal a través del ‘Test de Siluetas’ recodificado y la dimensión del ‘ICA-Insatisfacción Corporal’. Además, la variable satisfacción se midió comparando el peso actual con el peso deseado. Estos últimos datos se usaron para analizar diferencias culturales.

Siguiendo a Maganto (2005), la distorsión de la imagen corporal se evaluó comparando la respuesta a la pregunta 4 del ‘Test de Siluetas’ –Qué figura representa tu peso actual- con la figura que representa el índice de masa corporal de cada entrevistada. Cuando la respuesta es 0 hay ajuste entre el peso real y el percibido, *no hay distorsión*, mientras los resultados positivos indican una inadecuada estimación de la imagen corporal o *distorsión* por sobrevaloración del propio peso –las mujeres se imaginan más gordas de lo que son-, y los resultados negativos indican una inadecuada estimación de la imagen corporal, por subvaluación -se imaginan más delgadas de lo que son.

La insatisfacción corporal se evaluó comparando el peso percibido -la respuesta a la pregunta 4- y la figura que representa el peso deseado a partir de la pregunta 5 –Cuál sería tu figura ideal. El 0 indica ajuste entre el peso percibido y el ideal, *hay satisfacción*. Los resultados positivos dan cuenta de que las entrevistadas quieren ser más delgadas; mientras los negativos indican que las entrevistadas quieren ser más gordas. En ambos casos hay *insatisfacción* corporal (Maganto, 2005).

### **Relación entre ICA-Deseos de adelgazar y Distorsión (Test de Siluetas)**

Siluetas distorsión	Deseos de adelgazar (ICA)			Total
	No quiere adelgazar	Neutro	Quiere adegazar	
-3	1,7	0	0	1,7
-2	3,5	0	1,7	5,2
-1	15,7	2,6	10,4	28,7
No distorsión	9,6	1,7	8,7	20
1	17,4	0	9,6	27
2	9,6	0	5,2	14,8
3	0,9	0	1,7	2,6
Total	58,3	4,3	37,4	100

Fuente: elaboración propia

Nota: los valores negativos indican subvaluación del peso y los positivos, sobrevaloración.

**Cuadro 9.** Tabla de contingencia Deseos de Adelgazar y distorsión de la imagen corporal medida en nº de figuras.

Al comparar los deseos de adelgazar que muestran las entrevistadas con la distorsión que presentan en su imagen corporal -Test de Siluetas-, se observa que no importa cuánto distorsionen, más de la mitad de las mujeres está por debajo de los baremos normales, es decir ‘no quiere adelgazar’ -preocupación con la dieta y el peso. Aproximadamente, el 5% se acerca a los baremos normales y el resto los supera. No hay correlaciones significativas entre estas dos variables ( $Tau=0,089$ ;  $p=0,929$ ). Esto coincide con los resultados obtenidos por Cruz y Maganto (2003), Mora y Raich (1994), Peters y colaboradores (1996) y Toro (2006), entre otros.

**Relación entre ICA-Deseos de adelgazar e Insatisfacción (Test de Siluetas)**

Siluetas insatisfacción	Deseos de adelgazar (ICA)			Total
	No quiere adelgazar	Neutro	Quiere adegazar	
-2	1,7	0	0	1,7
-1	6	0	1,7	7,7
Satisfacción	19,8	0	3,4	23,2
1	23,3	2,7	20,7	46,7
2	6,9	1,7	9,5	18,1
3	0	0	2,6	2,6
Total	57,7	4,4	37,9	100

Fuente: elaboración propia

Nota: los valores positivos indican deseos de ser más delgadas y los negativos, deseos de engordar.

**Cuadro 10.** Tabla de contingencia Deseos de Adelgazar e insatisfacción con la imagen

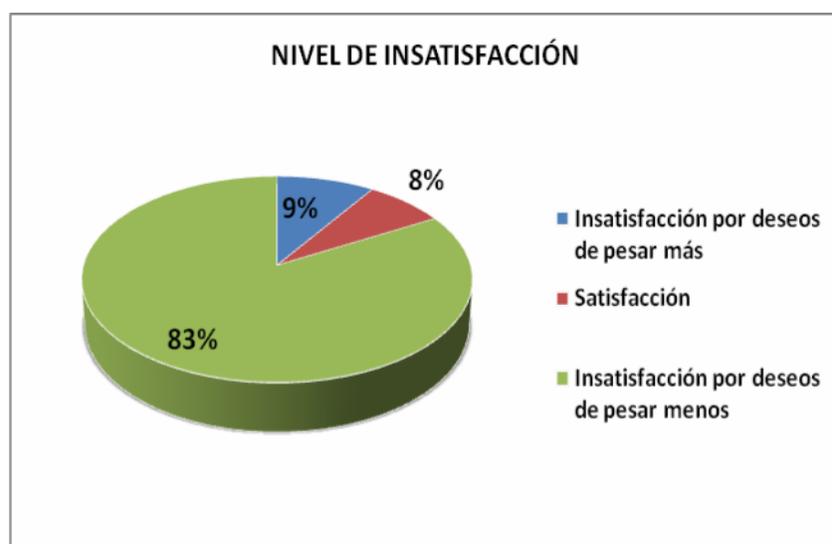
corporal (Test de las siluetas) medida en nº de figuras.

Al comparar los deseos de adelgazar con la insatisfacción corporal –Test de Siluetas- se observa que si bien casi el 68% de la muestra desea tener entre 1 y 3 figuras menos, las mujeres que están satisfechas con su imagen según Test de siluetas o desean tener una o dos figuras más, mayoritariamente estuvieron por debajo de los baremos normales respecto de los deseos de adelgazar –ICA. Es decir, en las mujeres satisfechas con su imagen corporal o que desean pesar más, la preocupación por la dieta y el peso decrecen. Esto se refuerza por haberse encontrado una correlación significativa entre la satisfacción y los deseos de adelgazar (Tau=0,568; p=0,000): a mayor deseo de adelgazar, menor satisfacción corporal.

### **Insatisfacción por diferencias entre el peso actual y el deseado**

La insatisfacción también fue medida a través de las diferencias entre el peso actual y el deseado. Se pesó a las entrevistadas y se les preguntó cuánto querían pesar.

**Gráfico 33:** Insatisfacción medida a partir de las diferencias entre los pesos actual y deseado.



Fuente: elaboración propia

Como puede verse en el gráfico 33, los resultados obtenidos muestran que el 83% de las mujeres entrevistadas deseaban pesar menos y sólo el 9% quería pesar más. El 8% estaban satisfechas con su peso.

Hay una clara correspondencia positiva entre la dimensión insatisfacción del 'Test de Siluetas' y la insatisfacción evaluada a través del peso (actual-deseado) ( $Tau= 0,761$ ;  $p=0,000$ ). Sin embargo, el Test de Siluetas registra mayor satisfacción con la imagen corporal ya que el 23,2% registró satisfacción, frente al 8% de la diferencia de pesos. Esto puede deberse a que el salto de una figura a otra implica una diferencias de varios kilogramos.

Sin embargo, según los resultados del ICA las mujeres entrevistadas tienen un alto nivel de satisfacción corporal, con un 58,5% de mujeres que no presentan deseos de adelgazar. Esto podría estar indicando la necesidad de distinguir entre 'el deber ser' y la autopercepción. Las mujeres reconocen el ideal vigente, pero este no parece regir la percepción que tienen de sí mismas. El Test de Siluetas parece apuntar más 'al deber ser', ya que la pregunta es 'Cuál sería tu figura ideal'. Los resultados muestran que la figura ideal no necesariamente se corresponde con la autopercepción de satisfacción según el ICA. Las mujeres 'saben' que lo lindo, lo esperable, es tener un físico delgado, pero no necesariamente esperan alcanzar ese cuerpo para estar satisfechas con su propia imagen.

### **Alimentos preferidos/saludables, Ica-Insatisfacción**

Para conocer si la insatisfacción está asociada a la elección de alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, se correlacionaron las puntuaciones medias en la elección de alimentos dietéticos/no dietéticos como saludables, y la dimensión insatisfacción del ICA.

Al relacionar la insatisfacción corporal –ICA-, con la estimación media de alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables se observa que no hay correlación entre la insatisfacción corporal y la estimación de los alimentos dietéticos ( $R=-0,131$ ;  $p=0,151$ ) y no dietéticos ( $R=0,001$ ;  $p=0,987$ ) como saludables.

Es decir, la insatisfacción corporal –ICA- no influye en la elección de los alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables. La variable distorsión del ‘Test de Siluetas’ tampoco se asocian con la elección de alimentos dietéticos ( $Rho=-0,109$ ;  $p=0,249$ ) y no dietéticos ( $Rho=0,023$ ;  $p=0,805$ ) como saludables. Del mismo modo, la variable insatisfacción –‘Test de Siluetas’-, no correlaciona con la elección de los alimentos dietéticos ( $Rho=0,105$ ;  $p=0,266$ ) ni con la elección de los no dietéticos ( $Rho=-0,116$ ;  $p=0,216$ ) como saludables.

### **Prueba de las fotos, Ica-Insatisfacción**

Al relacionar la dimensión insatisfacción corporal -ICA-, con el número de fotos de mujeres delgadas ‘saludables’ que las entrevistadas eligieron en la ‘prueba de las fotos’ no se observa una correlación significativa ( $R=-0,036$ ;  $p=0,704$ ). La asociación heteropercepción delgadez-salud no estaría relacionada con la propia y actual vivencia de satisfacción corporal. Nuevamente se podría pensar que la ‘Prueba de las fotos’ apunta más ‘al deber ser’, que a la autopercepción.

**2.2.3** Las dietas hipocalóricas y la delgadez como indicadores de salud, y su asociación con variables sociodemográficas y socioeconómicas

Se evaluó si las creencias de que las dietas hipocalóricas son más saludables y la delgadez es un indicador de salud, varían según *condiciones sociodemográficas* como la edad, el

estado civil, el lugar de nacimiento y residencia, y el nivel de educación propia y del principal sostén del hogar (PSH); y según *variables socioeconómicas* como el tipo de ocupación propia y del PSH, los niveles de consumo y el tipo de atención médica. Además se analizó si estas creencias varían cuando la entrevistada es el PSH y según la autopercepción de clase social. Para eso se reagruparon las variables sociodemográficas y socioeconómicas cuando fue necesario, y se analizaron las correlaciones con la ‘Prueba de las fotos’ y la prueba ‘Alimentos preferidos/saludables’.

### **Alimentos preferidos/saludables - Variables sociodemográficas y socioeconómicas**

Variabes sociodemográficas:

#### **a) Edad-Alimentos dietéticos/no dietéticos**

Al comparar la consideración de los alimentos dietéticos como saludables, según los grupos etáreos, no se han encontrado diferencias significativas ( $F(3,118)=0,395$ ;  $p=0,757$ ). Al comparar estos grupos con la elección de los alimentos no dietéticos como saludables, se encontró que había diferencias significativas ( $F(3,118)=3,893$ ;  $p=0,011$ ). Al realizar un posterior análisis de comparaciones múltiples se encontró que los grupos que diferían eran el de los más jóvenes (17 a 24 años) con los mayores (50 años o más). A continuación se dan los detalles de la comparación entre estos dos grupos.

Variables	EDAD				Estadístico	<i>P valor</i>
	De 17 a 24 años		50 años o más			
Alimentos no dietéticos considerados saludables	Media	Desvío	Media	Desvío	t=3,56	p=0,001
	3,81	0,46	3,28	0,75		

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 11.** Diferencia de medias entre la elección de alimentos no dietéticos como

saludables y la edad.

La sobrestimación del grupo más joven podría estar relacionada con una mayor permisividad alimentaria y una prevalencia del hedonismo asociado a la comida. Mientras que el grupo cuya edad es de 50 años o más, podría estar más pendiente de pautas alimentarias propias de los riesgos y controles médicos característicos del segmento de edad –pasaje a la menopausia.

No se observan diferencias significativas en la elección de alimentos dietéticos saludables, según el **lugar de nacimiento** ( $F(4,115)=0,735$ ;  $p=0,570$ ), **residencia** ( $t=-0,271$ ;  $p=0,787$ ) y el **estado civil** ( $F(4,117)=0,740$ ;  $p=0,567$ ). Tampoco se observan diferencias significativas en la elección de alimentos no dietéticos saludables, según el **lugar de nacimiento** ( $F(4,115)=1,375$ ;  $p=0,247$ ), **residencia** ( $t=-1,025$ ;  $p=0,307$ ) y el **estado civil** ( $F(4,117)=1,220$ ;  $p=0,124$ ).

#### b) Educación-Alimentos dietéticos/no dietéticos

##### Educación de la entrevistada

Al comparar la consideración de los alimentos dietéticos como saludables, según los niveles educativos, no se han encontrado diferencias significativas ( $F(2,117)=1,486$ ;  $p=0,231$ ), pero sí en la elección de los alimentos no dietéticos como saludables ( $F(2,117)=9,951$ ;  $p=0,000$ ). Al realizar un posterior análisis de comparaciones múltiples se encontró que los grupos que diferían eran el de nivel básico con el de nivel medio. A continuación se dan los detalles de la comparación entre estos dos grupos.

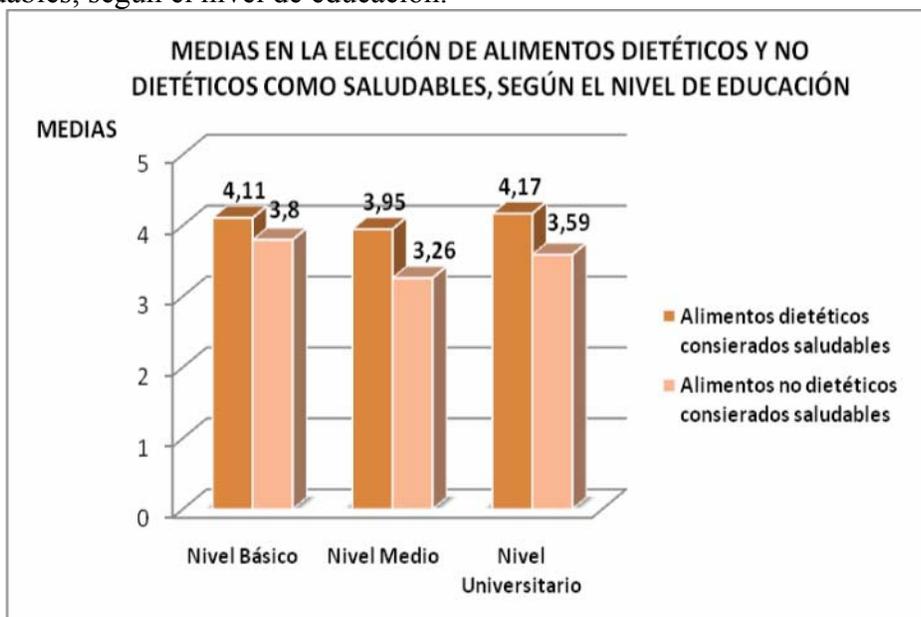
Variables	NIVEL EDUCATIVO				Estadístico	P valor
	Básico		Medio			
Alimentos no dietéticos considerados saludables	Media	Desvío	Media	Desvío	t=4,62	p=0,000
	3,80	0,63	3,26	0,55		

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 12.** Puntuaciones medias en la elección de alimentos no dietéticos como saludables, según la educación de la entrevistada.

No se encontraron diferencias significativas en la preferencia de alimentos dietéticos como saludables y los grupos por nivel educativo. No importa el nivel de educación, todas las mujeres consideraron más saludables a los alimentos dietéticos. En cambio sí se observan diferencias significativas respecto a los alimentos no dietéticos (ver cuadro 12).

**Gráfico 34.** Puntuaciones medias en la elección de alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, según el nivel de educación.



Fuente: elaboración propia

Como puede observarse en el gráfico 34, las mujeres de educación básica consideran más saludables a los alimentos no dietéticos en comparación con las mujeres de educación

media. Las mujeres de nivel educativo alto tienen una posición intermedia en su apreciación de los alimentos no dietéticos.

En suma el nivel educativo es homogeneizante a la hora de evaluar los alimentos de dieta y es discriminante respecto de los alimentos no dietéticos. La estimación más alta se produce en forma similar con baja y alta educación, mientras los puntajes más bajos respecto de los alimentos no dietéticos son propios del grupo de educación media.

#### Educación del Principal Sostén del Hogar (PSH)

Al comparar la consideración de los alimentos dietéticos como saludables, según los niveles educativos del PSH, no se han encontrado diferencias significativas ( $F(2,119)=1,704$ ;  $p=0,186$ ). Al comparar estos grupos con la elección de los alimentos no dietéticos como saludables, se encontró que había diferencias significativas ( $F(2,117)=5,035$ ;  $p=0,008$ ). Al realizar un posterior análisis de comparaciones múltiples se encontró que los grupos que diferían eran el de nivel básico con el de nivel medio. A continuación se dan los detalles de la comparación entre estos dos grupos.

Variables	NIVEL EDUCATIVO DEL PSH				Estadístico	<i>P valor</i>
	Básico		Medio			
Alimentos no dietéticos considerados saludables	Media	Desvío	Media	Desvío	t=3,12	p=0,002
	3,73	0,60	3,32	0,68		

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 13.** Puntuaciones medias en la elección de alimentos no dietéticos como saludables, según la educación del principal sostén del hogar.

La media es más alta en los casos donde el PSH tiene educación básica frente al grupo de educación media. Nuevamente, el nivel universitario de educación está en una posición

intermedia. Nivel medio y bajo vuelven a ubicarse en los extremos. Los alimentos no dietéticos están desacreditados tanto para las entrevistadas cuyo nivel de educación es medio, como cuando este es el nivel del principal sostén del hogar.

#### Variables socioeconómicas

##### a) Ocupación-Alimentos dietéticos/no dietéticos

No se observan diferencias significativas en la elección de alimentos dietéticos ( $F(2,95)=0,179$ ;  $p=0,836$ ) o no dietéticos ( $F(2,95)=0,884$ ;  $p=0,417$ ) como saludables, y la ocupación de la entrevistada. Tampoco se han encontrado diferencias significativas en la elección de alimentos no dietéticos ( $F(2,113)=0,523$ ;  $p=0,594$ ) como saludables y la ocupación del PSH. Sin embargo, sí se observan diferencias significativas con los alimentos dietéticos ( $F(2,113)=5,499$ ;  $p=0,005$ ). Al realizar un posterior análisis de comparaciones múltiples se encontró que los grupos que diferían eran los de ocupación informal, desempleados, etc., con los técnicos especializados y empleados. A continuación se dan los detalles de la comparación entre estos dos grupos.

Variables	NIVEL OCUPACIÓN DEL PSH				Estadístico	<i>P valor</i>
	ocupación informal, desempleados, etc.		técnicos especializados y empleados			
Alimentos dietéticos considerados saludables	Media	Desvío	Media	Desvío	t=-3,01	p=0,003
		3,75	0,64	4,19		

Fuente: elaboración propia

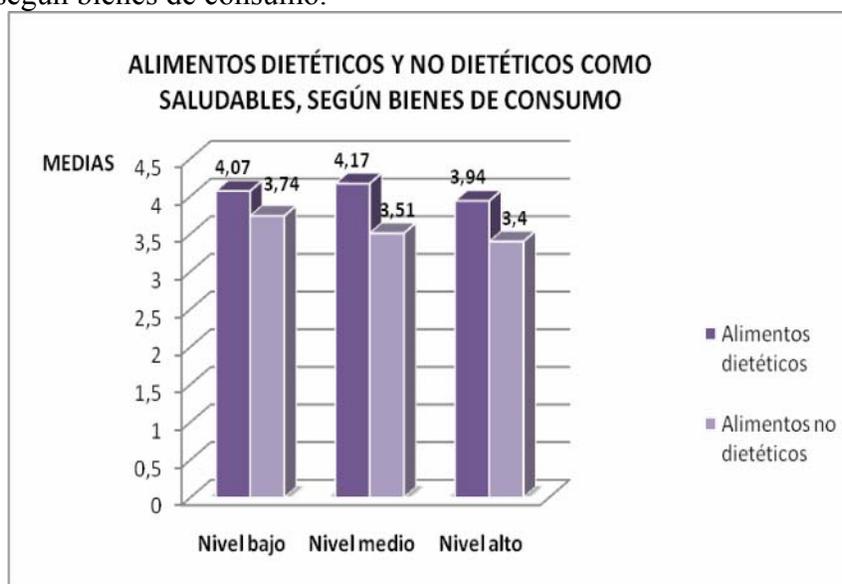
**Cuadro 14.** Puntuaciones medias en la elección de alimentos dietéticos como saludables, según la ocupación del PSH.

Todas las entrevistadas, sin importar el tipo de ocupación, consideraron más saludables a los alimentos dietéticos, por lo tanto esta no es una variable que discrimine en esta muestra de mujeres. Por su parte, la preferencia por los alimentos dietéticos sólo presenta diferencias significativas entre las mujeres que pertenecen a familias donde el Principal Sostén del Hogar tiene una ocupación más cercana a la clase media, respecto de la ocupación informal, desempleo, etcétera. Estos resultados son complementarios con los sesgos que produce el nivel educativo, según los cuales las mujeres de nivel bajo de educación valoran más a los alimentos no dietéticos como saludables.

**b) Nivel de consumo-Alimentos dietéticos/no dietéticos**

Se usó la variable recodificada en nivel alto, medio y bajo.

**Gráfico 35.** Puntuaciones medias en los alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, según bienes de consumo.



Fuente: elaboración propia.

No se observan diferencias significativas en la elección de alimentos dietéticos ( $F(2,119)=1,876$ ;  $p=0,158$ ), pero sí con los no dietéticos como saludables ( $F(2,119)=2,955$ ;

p=0,050) y el nivel de consumo. Las diferencias se encontraron entre el nivel bajo y el nivel alto en alimentos no dietéticos saludables (t=2,35; p=0,021).

Variables	NIVEL DE CONSUMO				Estadístico	P valor
	bajo		alto			
Alimentos no dietéticos considerados saludables	Media	Desvío	Media	Desvío	t=2,35	p=0,021
		3,74	0,66	3,40		

Fuente: elaboración propia.

**Cuadro 15.** Puntuaciones medias en la elección de alimentos no dietéticos como saludables, según el nivel de consumo.

Se observa una relación inversa entre la preferencia por los alimentos no dietéticos y el nivel de consumo; a mayor preferencia por los alimentos que engordan, menor nivel de consumo. Hay diferencias significativas entre nivel alto y bajo de consumo, y esta vez el nivel alto se acerca más al nivel medio. El grupo que no posee restricción en consumos (nivel medio y alto) tiende a desvalorizar a los alimentos no dietéticos. Por otra parte, aunque no haya diferencias significativas, la preferencia por los alimentos dietéticos se observa en los niveles medios de consumo.

### c) Atención médica-Alimentos dietéticos/no dietéticos

No se observan diferencias significativas en la elección de alimentos no dietéticos (F (2,119)=2,495; p=0,087) como saludables, y el tipo de prestación en salud de la entrevistada. Sin embargo, si se observan diferencias significativas con los alimentos dietéticos (F (2,119)=6,942; p=0,001). Al realizar un posterior análisis de comparaciones múltiples se encontró que los grupos que diferían eran quienes se atienden en Obra Social y en Prepagas. A continuación se dan los detalles de la comparación entre estos dos grupos.

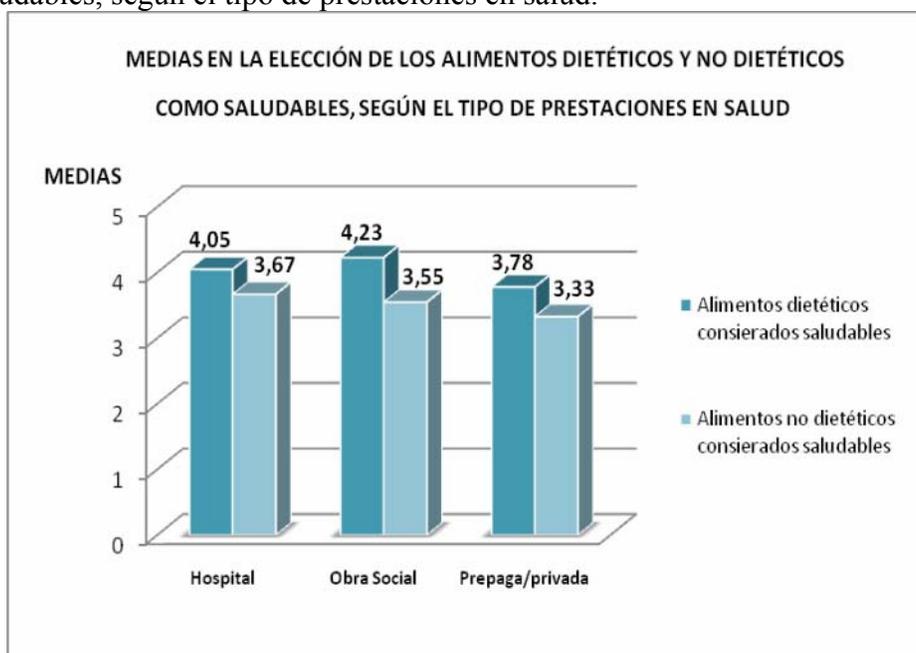
Variables	PRESTACIÓN EN SALUD				Estadístico	P valor
	Obra Social		Prepaga/privado			
Alimentos dietéticos considerados saludables	Media	Desvío	Media	Desvío	t=3,81	p=0,000
		4,23	0,50	3,78		

Fuente: elaboración propia.

**Cuadro 16.** Puntuaciones medias en la elección de alimentos dietéticos como saludables, según la prestación en salud.

Las mujeres cuya prestación en salud es la obra social, tienden a estimar como más saludables los alimentos dietéticos en comparación con quienes se atienden en forma privada o a través de prepagas.

**Gráfico 36.** Puntuaciones medias en la elección de los alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, según el tipo de prestaciones en salud.



Fuente: elaboración propia

Esta vez las diferencias significativas no aparecen en los alimentos no dietéticos como saludables. Las posiciones diferenciales surgen a partir de la discusión sobre los alimentos

dietéticos donde esta variable discrimina. Las mujeres que se atienden en forma privada o a través de prepagas –nivel alto- son quienes menos valoran a los alimentos de dieta y contrariamente las de atención por obra social -nivel medio- son quienes más los valoran. Nuevamente es el nivel medio el que adopta con más fuerza al discurso médico –son saludables los alimentos pobres en hidratos de carbono y grasas.

Conviene considerar que la atención a través de prepagas suele ser una opción adoptada por quienes se preocupan especialmente por su salud y tienen los medios para hacerlo. La atención a través de obra social no es una opción sino que acompaña al trabajo en relación de dependencia; y el hospital es la única posibilidad que tienen quienes trabajan de manera informal o están desocupados. En este sentido quienes tienen una atención en salud diferencial no necesitarían cuidar su salud privilegiando los alimentos de dieta.

**d) Entrevistada PSH-Alimentos dietéticos/no dietéticos**

No se encontraron diferencias significativas en la apreciación de los alimentos dietéticos ( $t=-0,89$ ;  $p=0,374$ ) o no dietéticos ( $t=-0,420$ ;  $p=0,676$ ) como saludables, en función de que la entrevistada sea o no el Principal Sostén del Hogar.

**e) Autopercepción de NSE-Alimentos dietéticos/no dietéticos**

No se encontraron diferencias significativas en la apreciación de los alimentos dietéticos como saludables ( $t=1,05$ ;  $p=0,298$ ), en relación con la autopercepción de nivel socio-económico. En cambio y de modo coherente con los resultados obtenidos en nivel de educación, si hubo diferencias significativas para los alimentos no dietéticos ( $t=2,24$ ;  $p=0,027$ ), siendo estos preferidos por aquellas mujeres que se autoperciben como de clase baja, frente a las de clase media.

**f) Índice de Nivel Socioeconómico-Alimentos dietéticos/no dietéticos**

Al comparar la consideración de los alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, según el INSE, se han encontrado diferencias significativas ( $F(2,117) = 3,978$ ;  $p = 0,021$  y  $F(2,117) = 6,456$ ;  $p = 0,002$ ; respectivamente). Al realizar un posterior análisis de comparaciones múltiples se encontró que los grupos que diferían significativamente eran el de nivel socioeconómico básico con el de nivel socioeconómico medio. A continuación se dan los detalles de la comparación entre estos dos grupos.

Variables	INSE			
	Básico		Medio	
	<i>M</i>	<i>D</i>	<i>M</i>	<i>D</i>
Alimentos dietéticos considerados saludables	4,21	0,54	3,92	0,61
Alimentos no dietéticos considerados saludables	3,75	0,62	3,32	0,63

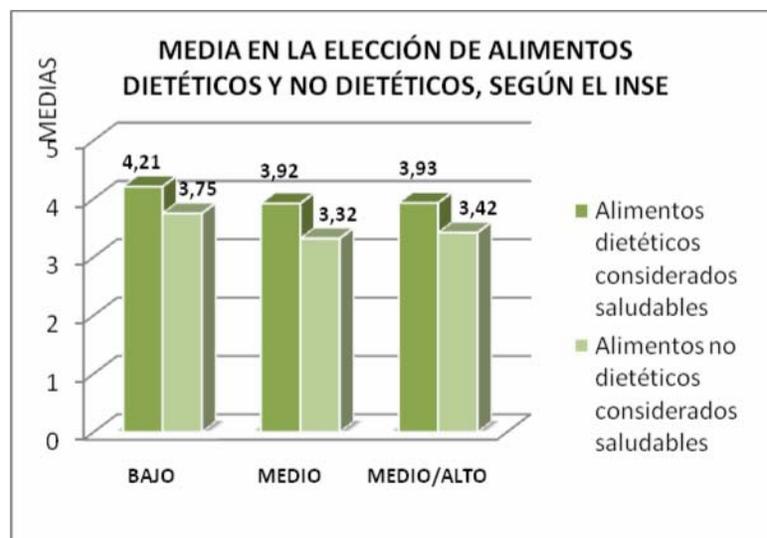
Fuente: elaboración propia

**Cuadro 17.** Puntuaciones medias en la elección de alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, según el índice de nivel socioeconómico.

Las mujeres de nivel socioeconómico bajo consideraron más saludables tanto a los alimentos dietéticos como a los no dietéticos; siendo esta última asociación la más fuerte.

Las mujeres de NSE bajo aprecian mucho más a los alimentos no dietéticos como saludables que las mujeres de clase media.

**Gráfico 37.** Puntuaciones medias en la elección de alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, según el INSE.



Fuente: elaboración propia

Como puede observarse en el gráfico 37, las mujeres de nivel socioeconómico bajo consideran más saludables tanto a los alimentos dietéticos como no dietéticos. Las mujeres de nivel educativo alto tienen una posición intermedia en su apreciación de los alimentos no dietéticos.

### INSE-Prueba de las Fotos

Asimismo, no se observaron diferencias significativas en la elección de las fotos de mujeres delgadas como signo de salud, a partir de las variables sociodemográficas: edad ( $F(4,108)=0,620$ ;  $p=0,649$ ), estado civil ( $F(4,108)=1,562$ ;  $p=0,190$ ), lugar de nacimiento ( $F(4,107)=0,646$ ;  $p=0,631$ ), lugar de residencia ( $t=-0,67$ ;  $p=0,507$ ), nivel de educación de la entrevistada ( $F(2,108)=1,056$ ;  $p=0,352$ ), nivel de educación del PSH ( $F(2,110)=0,160$ ;  $p=0,852$ ). Tampoco se observaron diferencias significativas en las variables socioeconómicas: tipo de ocupación propia ( $F(2,89)=1,018$ ;  $p=0,366$ ) y del PSH ( $F(2,105)=1,297$ ;  $p=0,278$ ), nivel de consumo ( $F(2,110)=1,241$ ;  $p=0,293$ ), y tipo de prestación en salud ( $F(2,110)=0,548$ ;  $p=0,580$ ). Además se analizó la autopercepción de

clase social ( $t=-0,89$ ;  $p=0,375$ ) y si la entrevistada era o no el principal sostén del hogar ( $t=0,128$ ;  $p=0,898$ ), así como el NSE ( $F(2,108)=0,131$ ;  $p=0,878$ ), sin encontrarse correlaciones significativas. Esto es coherente con el hecho de que el 75 % de las participantes consideraron más saludables a las fotos de mujeres delgadas –entre 6 y 8 fotos.

### INSE-Sesgos cognitivos delgadez/salud

Al comparar las medias en los reactivos de los sesgos cognitivos de clase baja y media, según el INSE, se han encontrado diferencias significativas ( $F(2,117)=14,369$ ;  $p=0,000$  y  $F(2,117)=7,943$ ;  $p=0,001$ ; respectivamente). Al realizar un posterior análisis de comparaciones múltiples se encontró que los grupos que diferían eran el de nivel básico con los niveles medio y alto. A continuación se dan los detalles de la comparación entre los grupos:

Variables	INSE					
	bajo		medio		alto	
	<i>M</i>	<i>D</i>	<i>M</i>	<i>D</i>	<i>M</i>	<i>D</i>
Sesgo cognitivo de clase baja	2,98	0,92	2,21	0,63	2,35	0,43
Sesgo cognitivo de clase media	3,94	0,81	3,38	0,76	3,37	0,59

**Cuadro 18.** Comparación de medias de los sesgos de clase baja y media/alta, según el INSE.

Como puede observarse en el cuadro 18, los niveles socioeconómicos medio y alto se agrupan, frente al nivel bajo, en relación con los sesgos de clase media/alta y baja, presentando diferencias significativas. Según el análisis de comparaciones múltiples

(Tuckey) las diferencias más significativas en sesgo de clase baja son entre el NSE bajo y medio ( $p=0,000$  vs  $p=0,022$  para el nivel alto). Lo mismo ocurre con el sesgo de clase media ( $p=0,001$  para el nivel medio, vs  $p=0,048$  para el nivel alto). Todas las mujeres valoran más los reactivos de clase media, pero son los sectores socioeconómicos bajos los que más valoran los reactivos de ambos sesgos.

Los niveles de educación, consumo, autopercepción de clase social y NSE son los más discriminantes en relación con la elección de los alimentos no dietéticos como saludables. En todos los casos, el nivel bajo es el que más aprecia los alimentos que engordan. El nivel medio, por su parte, muestra una tendencia más ligada al discurso médico, que valora los alimentos pobres en hidratos de carbono y grasas (Martín Criado y Moreno Pestaña, 2005) y por lo tanto desacredita a los alimentos no dietéticos. El nivel alto, en cambio, tal vez por manejar mayor información o por criterios de distinción, no sobreestima a unos ni a otros. En relación con los sesgos cognitivos, todas las mujeres valoran más los reactivos de clase media (cuerpos delgados, comida light), pero son los sectores socioeconómicos bajos los que más valoran los reactivos de ambos sesgos frente a las mujeres de clase media y alta; aceptando los valores vigentes, no renuncian a sus gustos de clase, según Aguirre (2005).

## **INSE-IMC**

Al analizar si el índice de masa corporal –según la OMS- varía a partir del NSE de las entrevistadas –nivel bajo, medio y medio/alto- , se encontraron relaciones significativas ( $F(2,117) = 7,466$ ;  $p=0,001$ ). Al realizar un posterior análisis de comparaciones múltiples se encontró que los grupos que diferían eran las mujeres de clase baja –quienes alcanzan los

IMC más altos, con un promedio cercano al sobrepeso- y las mujeres de clase media/alta – quienes en promedio se acercan al peso normal- y media –quienes oscilan entre el peso normal y el sobrepeso. A mayor nivel socioeconómico, menor IMC.

**2.2.4** Las dietas hipocalóricas y la delgadez como indicadores de salud, y su asociación con el índice de masa corporal (IMC)

Para evaluar si las creencias de que las dietas hipocalóricas son más saludables y la percepción de la delgadez como indicador de salud varían según el índice de masa corporal, se tomó como parámetro el IMC de la Organización Mundial de la Salud: bajo peso – menos de 18,5-, peso normal –entre 18,5 y 24,99- sobrepeso –entre 25 y 29,99- y obesidad –mayor e igual a 30kgs/m<sup>2</sup>. Además, se evaluó si hay correlación entre el IMC, y la distorsión e insatisfacción corporales; estas últimas a través del Test de Siluetas.

No se observaron diferencias significativas en la elección de alimentos dietéticos (F (3,117) =0,408; p=0,748) y no dietéticos (F (3,117) =1,149; p=0,333) como saludables y el IMC. Tampoco hubo diferencias significativas en la elección de fotos de mujeres delgadas como saludables (F (3,108) =0,159; p=0,923). En cambio sí hay diferencias significativas – a partir de la prueba ‘Sesgos cognitivos’- en el sesgo cognitivo de clase media (F (3,117) =7,672; p=0,000). No hay diferencias significativas en el sesgo de clase baja (F (3,117) =1,865; p=0,139). Las diferencias significativas en el sesgo de clase media se encontraron entre las mujeres de IMC de peso bajo y el resto de la muestra; y entre las de peso normal y las de sobrepeso. Hay que destacar que las mujeres que componen el grupo de IMC bajo son sólo cuatro, lo que quita solidez al resultado. Se debería aumentar el tamaño de este grupo para verificar si se conserva la tendencia.

Variables	IMC							
	Peso bajo		Peso normal		Sobrepeso		Obesidad	
Sesgo cognitivo de clase baja	<i>M</i>	<i>D</i>	<i>M</i>	<i>D</i>				
		3,38	1,01	2,46	0,78	2,68	0,79	2,63
Sesgo cognitivo de clase media/alta	<i>M</i>	<i>D</i>	<i>M</i>	<i>D</i>	<i>M</i>	<i>D</i>	<i>M</i>	<i>D</i>
	2,39	0,24	3,45	0,71	3,93	0,87	3,91	0,75

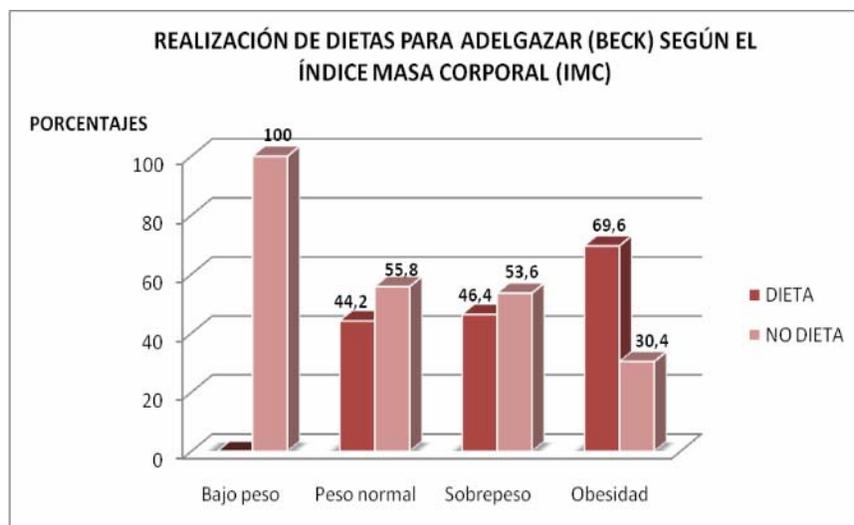
**Cuadro 19.** Comparación de medias de los sesgos de clase baja y media/alta, según el Índice de masa corporal.

Al comparar las medias en la prueba de Sesgos cognitivos, se observa que las mujeres de peso bajo son las que más valoran los reactivos de clase baja (cuerpos robustos y alimentos rindidores) y menos los de clase media/alta (cuerpos delgados y comida light). Las mujeres con sobrepeso y obesidad son las que adhieren más fuertemente al sesgo de clase media.

### **IMC-realiza dieta (Beck)**

Para analizar la asociación entre el IMC y la realización o no de dietas, se usó el Inventario Beck, a través de la pregunta directa que incluye el instrumento.

**Gráfico 38.** Realización de dietas para adelgazar (Beck) según el índice masa corporal (IMC).



Fuente: elaboración propia

Como puede verse en el gráfico 38, las mujeres entrevistadas de bajo IMC no realizan dieta, pero sí la hacen poco menos de la mitad de las mujeres de peso normal. La tendencia se acentúa suavemente entre las mujeres con sobrepeso y se acrecienta aún más entre las que padecen obesidad: casi el 70% está a dieta. La relación entre el IMC y la dieta es significativa ( $Tau=0,223$ ;  $p=0,013$ ), como era esperable las mujeres de bajo peso no hacen dieta, pero sí las mujeres obesas. Las mujeres de peso normal y sobrepeso tienen un comportamiento equivalente. En los extremos, las mujeres buscan alcanzar el peso normal.

### **IMC- Distorsión (Test de Siluetas)**

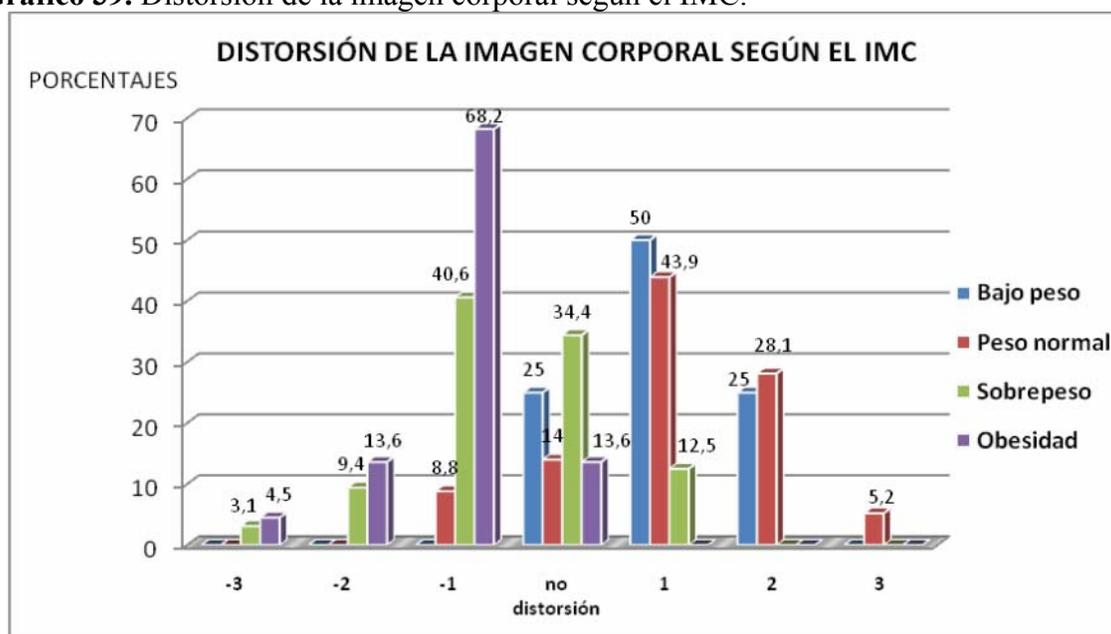
El Test de siluetas fue usado tanto para evaluar la distorsión como la insatisfacción con el propio cuerpo. Se analizó la distorsión de la imagen corporal y su asociación con el IMC. Éstas variables correlacionan significativamente ( $Rho= -0,718$ ;  $p=0,000$ ).

Todas las mujeres con bajo peso, se concentraron entre la no distorsión y la sobrevaloración de su figura. Las mujeres de peso normal mayoritariamente sobrevaloraron su figura -45 sujetos. La tendencia se invierte en las mujeres con sobrepeso y obesidad.

Casi todas las mujeres obesas –menos tres que no distorsionaron- y más de la mitad de las que presentaban sobrepeso subvaloraron su peso real. Cabe aclarar que por las características del instrumento no se puede saber si las mujeres obesas sobrevalúan su peso, ya que hay una única figura que representa obesidad (mayor e igual a 30 de IMC).

Las mujeres tienden a compensar imaginariamente su imagen, las más delgadas creen pesar más y las más gordas creen pesar menos. Sólo las de peso normal no usan estrategias compensatorias, sino que creen pesar más de lo que realmente pesan.

**Gráfico 39.** Distorsión de la imagen corporal según el IMC.



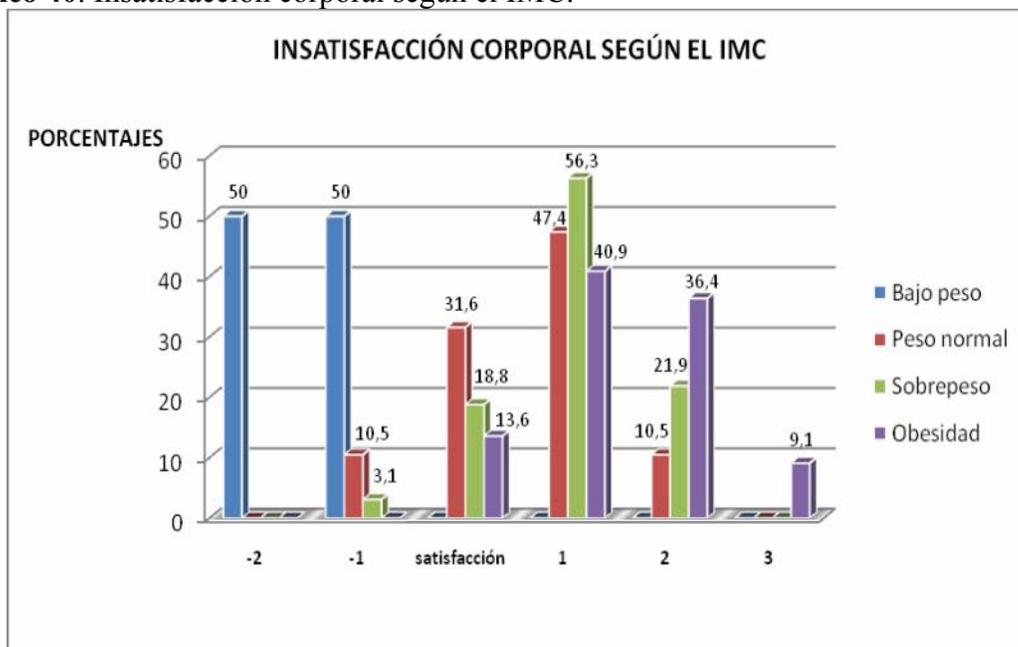
Fuente: elaboración personal.

En los extremos, entonces, las mujeres tienden a compensar su imagen para acercarse a un IMC normal. Estos resultados son coherentes con el bajo nivel de Insatisfacción que muestra la prueba ICA. Las mujeres con sobrepeso se concentraron en subvalorar su peso en una figura, mientras que las de peso normal se reparten, fundamentalmente, entre quienes sobrevalúan su peso en una o dos figuras.

### IMC- Insatisfacción (Test de Siluetas)

La insatisfacción con la imagen corporal y el IMC son dos variables que correlacionan significativamente ( $Rho= 0,430$ ;  $p=0,000$ ). Todas las mujeres de bajo peso, desearon pesar más. Las mujeres de peso normal mayoritariamente se concentraron entre la satisfacción - 18 sujetos- y el deseo de tener una figura menos -27-, respondiendo a los cánones de belleza vigentes. La tendencia se mantiene en las mujeres con sobrepeso. Por su parte, sólo tres mujeres obesas, de un total de 22, estuvieron satisfechas con su peso; las demás se repartieron entre el deseo de tener 1, 2 o 3 figuras menos.

**Gráfico 40.** Insatisfacción corporal según el IMC.



Fuente: elaboración propia.

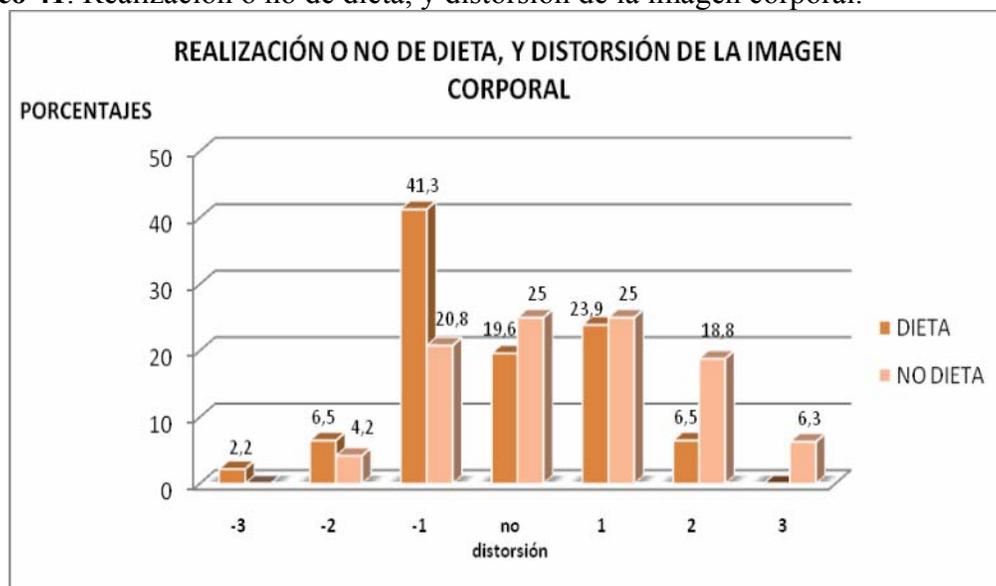
Como puede observarse en el gráfico 40, todas las mujeres de bajo peso querían pesar más. El resto de las entrevistadas tuvieron respuestas similares en el deseo de tener una figura menos, ya que se ubicaron entre el 40% y el 56%, pero en las mujeres de peso normal se

pudo verificar mayor satisfacción –el 32%, frente al 19% y el 17%, respectivamente. Mayoritariamente, las mujeres obesas querían pesar menos y como es esperable, son las que presentaron mayores niveles de insatisfacción.

### **Distorsión (Test de Siluetas)-realiza dieta (Beck)**

Las mujeres que se consideran más delgadas de lo que son, son las más proclives a realizar dieta. En cambio la tendencia se invierte –aunque no de modo progresivo- entre las mujeres que no distorsionan o distorsionan de 1 a 3 figuras sobrevaluando su peso. Hay una correlación positiva ( $Tau=0,258$ ;  $p=0,003$ ) entre la realización de dietas y la distorsión, quienes hacen dieta tienden a subvaluar su peso.

**Gráfico 41.** Realización o no de dieta, y distorsión de la imagen corporal.



Fuente: elaboración propia.

Como puede observarse en el gráfico 41, las mayores diferencias en cuanto a la distorsión y su asociación con la realización o no de dietas están entre quienes creen tener 2 o 3 figuras

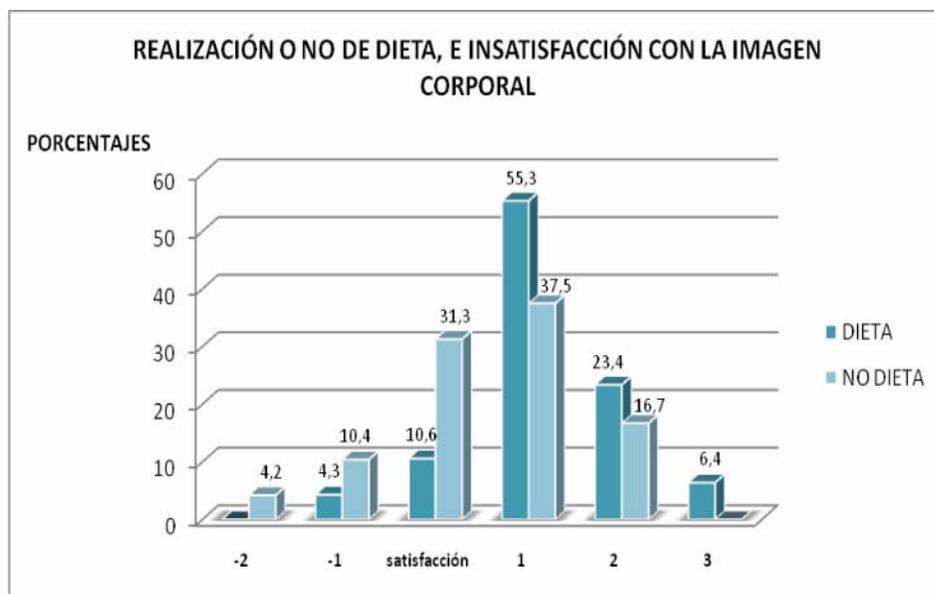
más y una figura menos. En suma, la relación distorsión - dieta se modifica a partir de la consideración de sub o sobrevaloración del peso, y la **dieta** queda fuertemente ligada a la **subvaluación**. Esta aparente paradoja se resuelve si se considera que las mujeres con sobrepeso distorsionaron su imagen subvaluándola y las de bajo peso la sobrevaloraron. En un posterior análisis se evaluará el rol que juega el estar haciendo dieta en el imaginario de las mujeres.

### **Insatisfacción (Test de Siluetas)-realiza dieta (Beck)**

Al relacionar la insatisfacción (a través del Test de siluetas) con el hecho de estar a dieta, pudo observarse que las mujeres que están satisfechas con su imagen corporal, son las menos proclives a hacer dieta.

Aproximadamente el 60% de las mujeres que desean tener entre una y tres figuras menos, tienen conductas dietantes. La dieta también correlaciona con la insatisfacción con la imagen corporal ( $Tau=0,292$ ;  $p=0,001$ ).

**Gráfico 42.** Realización o no de dieta, e insatisfacción con la imagen corporal (Test de siluetas)



Fuente: elaboración propia.

Como se observa en el gráfico 42, la mayor concentración de dieta está en los valores negativos, las mujeres que quieren pesar entre 1 y 3 figuras menos. Las que no hacen dieta alcanzan una mayor satisfacción corporal. Como es esperable, aquellas mujeres que están satisfechas o quieren engordar, son las menos propensas a hacer dieta.

#### **‘Sesgos cognitivos delgadez/salud’, Ica-Insatisfacción, distorsión e insatisfacción**

Para evaluar los sesgos cognitivos respecto del cuerpo y la comida se tomó como base el trabajo de Aguirre (2005). A partir del análisis factorial se clasificaron los sesgos en dos, de clase baja y media. Al relacionar el sesgo cognitivo de clase media con la insatisfacción medida a través del Ica ( $Rho=0,183$ ;  $p=0,043$ ) y del test de siluetas ( $Rho=0,380$ ;  $p=0,000$ ) y con la distorsión –test de siluetas- ( $Rho=-0,257$ ;  $p=0,006$ ), se observaron correlaciones significativas. En cambio, el sesgo de clase baja no presenta una relación significativa con la insatisfacción medida a través del Ica ( $Rho=-0,177$ ;  $p=0,051$ ) y del test de siluetas ( $Rho=0,028$ ;  $p=0,766$ ), ni con la distorsión –test de siluetas- ( $Rho=0,089$ ;  $p=0,346$ ). Las respuestas de las entrevistadas se orientaron de la satisfacción corporal al deseo de pesar

menos, concentrándose fuertemente en el deseo de tener una figura menos. En cuanto a la adhesión al sesgo de clase media, cuanto menos querían pesar las entrevistadas y cuanto más distorsionaban su imagen corporal, más aceptaban las representaciones de clase media. Las mujeres con mayor insatisfacción son las que más acatan las representaciones de clase media (el cuerpo delgado y la comida light como sinónimos de salud).

A modo de síntesis de lo hasta aquí analizado, se puede decir que si bien casi la mitad de las entrevistadas refirió estar haciendo dieta en el momento de la toma, según el Inventario de Conductas Alimentarias (ICA) en promedio no presentan deseos de adelgazar, ya que los resultados del mismo están por debajo de los valores normales. En el mismo sentido, las mujeres de la muestra consumen y explicitan mayor gusto por los alimentos no dietéticos, aunque los consideren menos saludables. Paradójicamente, las mujeres que están a dieta y tienen mayores deseos de adelgazar según el ICA, consumen tanto alimentos dietéticos como no dietéticos, mientras quienes no hacen dieta consumen más alimentos no dietéticos.

De los resultados obtenidos se puede observar que, en general, las entrevistadas consideran que la delgadez es un indicador de salud: las mujeres delgadas son consideradas más sanas (Prueba de las fotos) y los alimentos dietéticos más saludables (Alimentos preferidos/saludables). Más de la mitad de las entrevistadas piensa que el peso de los individuos y las calorías de los alimentos son elementos fundamentales a la hora de definir la salud. Además, los sesgos de clase media (cuerpos delgados, alimentos light) son los que recibieron la mayor adhesión.

La prueba ‘Sesgos cognitivos delgadez/salud’ merece un comentario aparte. La investigación de Aguirre (2005) distinguía tres sesgos diferentes: representaciones acerca

del cuerpo y la comida de clase baja, media y alta. Sin embargo, la presente investigación detectó sólo dos sesgos, de clase baja y media, que estuvieron equitativamente repartidos en toda la muestra; aunque un número importante de mujeres -el 20%- no pudo decidirse entre uno y otro sesgo. Esto, sumado a la imposibilidad de distinguir entre las clases media y alta, puede deberse al tamaño de la muestra o a problemas con el instrumento; pero también puede estar dando cuenta de que los sesgos cognitivos, y por extrapolación las representaciones sociales, presentan ciertas yuxtaposiciones en la distinción por clase.

Por un lado, los medios de comunicación masiva, llevan información nutricional a todos los hogares (Giddens, 1997; Herman & Polivy, 2002; Toro, 2006). Por otro lado, muchas mujeres del servicio doméstico, terminan adoptando los emblemas de sus 'patrones'; o simplemente las mujeres de sectores más bajos adoptan los emblemas de los sectores más altos por una cuestión de estatus (Martín Criado, 2007; Martín Criado y Moreno Pestaña, 2005). En el extremo opuesto, las personas de clase alta o al menos de educación superior, ya sea por manejar más información, por criterios de distinción, o incluso por intentar no distinguirse, empiezan a abandonar los ideales de clase alta según Aguirre (2005).

En la línea de los hallazgos de Aguirre (2005), sólo las mujeres que se autoperciben como de clase baja, adhieren claramente al ideal del cuerpo femenino redondeado y la comida rendidora, propios de las representaciones de ese segmento social, aunque paradójicamente son quienes más valoran los sesgos de clase media. Las entrevistadas que mostraron una clara valoración de los cuerpos fuertes y la comida rendidora (sesgo de clase baja), gustan, consumen y consideran más saludable fundamentalmente a la comida no dietética. En cambio, quienes adhieren al ideal 'light'; según la presente investigación la clase media/alta; gustan, consumen y consideran más saludables a los alimentos dietéticos.

El perfil psicológico de las entrevistadas no influye en la percepción que tienen del cuerpo y la comida. Si bien los niveles de distorsión e insatisfacción con la imagen corporal son altos, ni las puntuaciones medias en trastornos de la alimentación, ni ninguna de las variables asociadas superó los valores normales, salvo la ansiedad. Las mujeres que presentan los niveles más altos de ansiedad rasgo y que estiman que los otros tienen más posibilidades de contraer enfermedades, evalúan a los alimentos no dietéticos como más saludables. La asociación dieta/salud puede ayudar a comprender por qué las entrevistadas que hacen dieta creen tener más posibilidades de enfermar que las que no la hacen; porque efectivamente ya están enfermas o porque temen enfermar.

La mayoría de las mujeres de la muestra distorsionan su imagen corporal en una figura o no distorsionan. La insatisfacción no sigue parámetros similares ya que, de modo coherente con la bibliografía sobre el tema (Cruz & Maganto, 2003; Vega y Quiroga, 2003, en Casullo 2006) casi el 70% quiere pesar menos y sólo una de cada diez quiere pesar más (Test de Siluetas). Quienes están satisfechas con su imagen corporal o desean pesar más, son las que menos se preocupan por la dieta y el peso. Sin embargo no hay diferencias significativas entre la satisfacción corporal y la preferencia por los alimentos no dietéticos como saludables. En cambio sí la hay entre las mujeres que más valoraron los reactivos de clase media: las mujeres que aceptan el ideal light tienen mayor insatisfacción y distorsionan más su imagen corporal.

Las creencias de que las dietas hipocalóricas son más saludables y la delgadez es un indicador de salud, fueron aceptadas por la mayoría de la muestra, sin importar la edad, el nivel educativo, ocupacional o de consumo, el NSE, ni el índice de masa corporal. Sin embargo, aun partiendo de una base común de aceptación, pudieron observarse algunas diferencias. Las mujeres entre 50 y 65 años, las que poseen un nivel medio en educación y

capacidad de consumo, y las que se autoperciben como de clase media, evalúan de modo negativo a los alimentos que engordan. Asimismo, las mujeres de NSE bajo aprecian mucho más a los alimentos no dietéticos como saludables que las mujeres de clase media.

La muestra presentó una fuerte asociación entre el IMC, y hacer o no dieta. Las entrevistadas de bajo peso no hacen dieta, al contrario que las obesas. Las mujeres de peso normal y sobrepeso tuvieron un comportamiento similar, una mitad estaba a dieta y la otra no. Si se relaciona la dieta con la distorsión, las mujeres que creen ser más delgadas de lo que son, son las más proclives a realizar dieta. Esta aparente paradoja se relaciona con que las mujeres con sobrepeso distorsionaron su imagen subvaluándola. Sin contradicciones, las mujeres que están satisfechas con su imagen corporal o quieren ser más gordas, son las menos proclives a hacer dieta.

Las mujeres de peso normal mayoritariamente sobrevaloraron su figura, la tendencia se invierte en las mujeres con sobrepeso y obesidad. En los extremos, las mujeres tienden a compensar su imagen para acercarse al peso ‘esperable’; las que tienen bajo peso, creen pesar más y las que están obesas, menos. De manera análoga, las mujeres de bajo peso desean pesar más, y casi todas las obesas, menos. Las mujeres de peso normal y sobrepeso, tienen respuestas similares, ya que aproximadamente la mitad quiere tener una figura menos. De modo coherente, quienes están insatisfechas con su cuerpo porque desean pesar menos, es decir, quienes ponen el acento en la delgadez, adhirieron con más fuerza a los sesgos de clase media/alta –cuerpos delgados y comida light.

### **2.3 Diferencias y similitudes en las concepciones y percepciones respecto del propio cuerpo y de la relación delgadez-salud, en un grupo de mujeres occidentales y un grupo de mujeres orientales**

Para explorar las diferencias y similitudes en las concepciones y percepciones respecto del propio cuerpo y de la relación delgadez-salud, se compararon dos submuestras, una de mujeres occidentales –argentinas- y otra de mujeres orientales. Se indagaron algunas diferencias sociodemográficas y socioeconómicas, para luego abordar el problema que nos ocupa.

### **Muestra general: comparación Occidente-Oriente**

Al comparar las submuestras occidental y oriental conviene destacar que dos tercios del total son mujeres occidentales. Esta fue una decisión de la autora de la tesis. La muestra occidental fue dividida en niveles medio, alto y bajo, para cumplir con los objetivos de la investigación, alcanzar la proporción necesaria entre altos y bajos niveles socioeconómicos, para poder realizar comparaciones.

Como las entrevistadas orientales son mayoritariamente japonesas, se usarán indistintamente ambas denominaciones –argentina u occidental; japonesa u oriental.

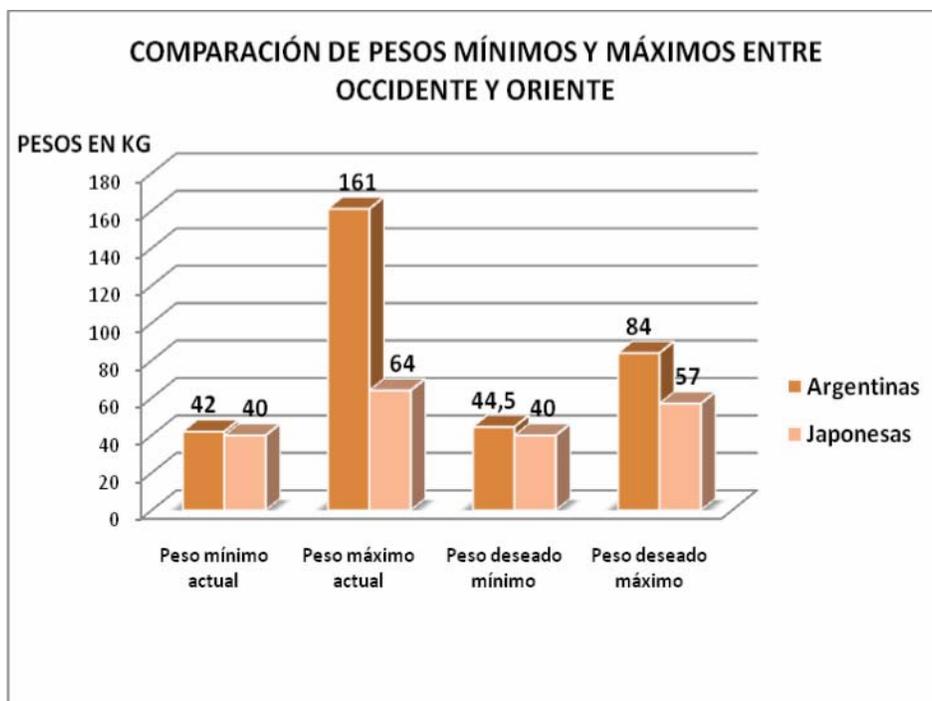
#### **2.3.1 Datos sociodemográficos**

##### Edad y peso

En cuanto a la edad, si bien la media es similar en las dos submuestras, cerca de 40 años, la muestra argentina es más heterogénea (ver gráficos 1 y 20).

Respecto al peso, lo más destacable es la gran dispersión en el peso actual de la submuestra argentina – casi 120kgs.- frente a la submuestra japonesa –apenas 24kgs..

**Gráfico 43.** Comparación de pesos mínimos y máximos en Occidente y Oriente.

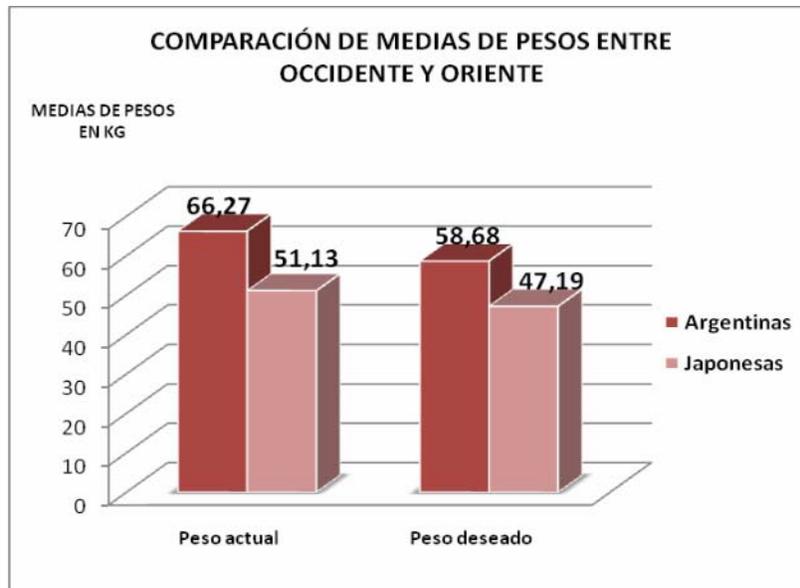


Fuente: elaboración propia.

De modo coherente, también hay mayor dispersión en el peso deseado máximo, donde la submuestra argentina supera en más del 30% a la submuestra japonesa. El resto de los valores son más homogéneos, lo que agrega significación a la dispersión del peso máximo actual, especialmente si se considera que 161 Kgs. (mujeres argentinas) no es un valor tan aislado ya que casi el 50% de las mujeres presentaron sobrepeso y el 20%, obesidad.

Las *Medias* respecto del peso actual y el peso deseado son, como era esperable, mayores en Argentina (ver gráfico 44).

**Gráfico 44.** Comparación de pesos medios en Occidente y Oriente.

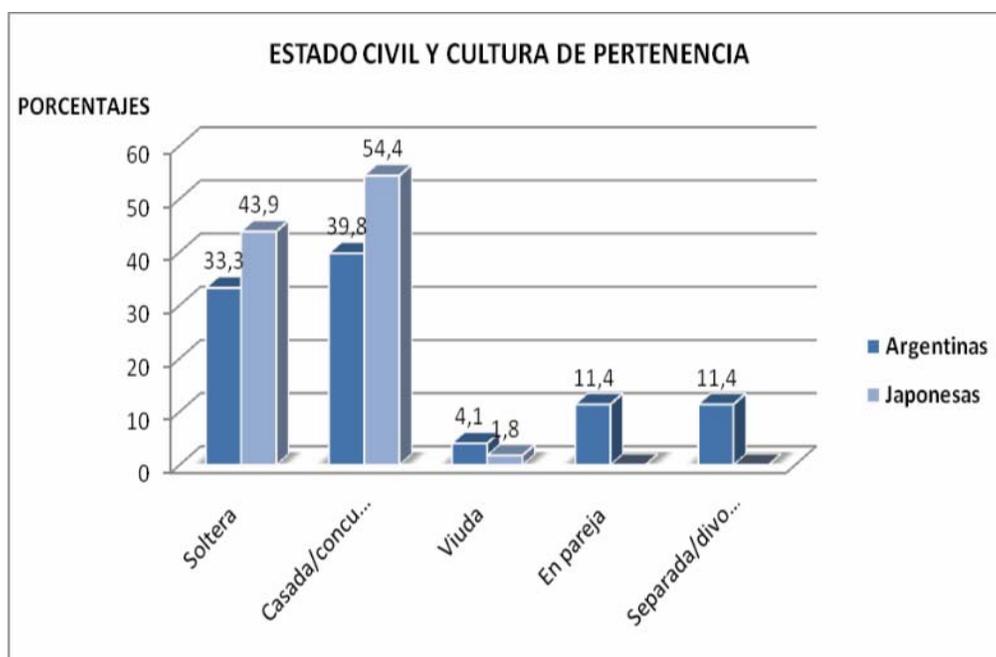


Fuente: elaboración propia.

En relación con la dieta, el 50% de las mujeres argentinas dijo estar a dieta en el momento de la toma. Esto no incluye a aquellas que acababan de terminar una dieta o que pensaban empezarla a la brevedad. Las japonesas, en cambio, se repartieron fundamentalmente entre quienes nunca habían hecho dieta -43,1%- y las que sólo la encaran a veces -39,7%- (ver gráfico 21). Si bien la pregunta que se le hizo a ambas muestras es diferente, en la submuestra argentina se evidencia una mayor tendencia dietante.

### Estado civil

**Gráfico 45.** Estado civil y cultura de pertenencia.



Fuente: elaboración propia

El grupo mayoritario está representado por solteras y casadas, tanto en Argentina como en Japón. Sin embargo, en la submuestra oriental relevada no hay vínculos informales como concubinatos, relaciones en pareja, y separaciones o divorcios, que representan más del 30% de la muestra argentina.

### **2.3.2 Datos socioeconómicos**

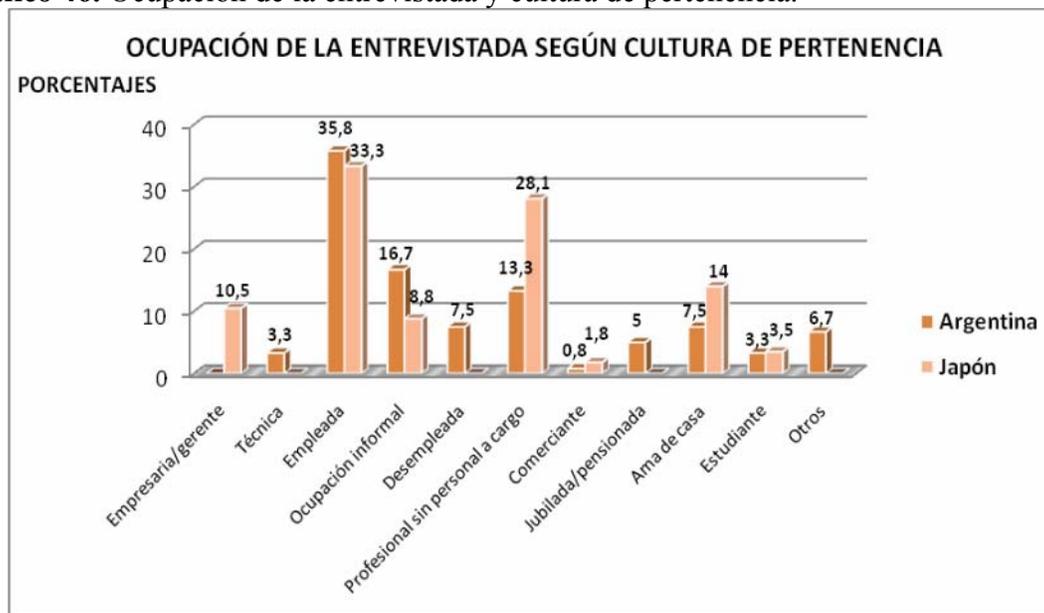
#### Ocupación

##### **- Ocupación de la entrevistada**

En ambas submuestras las empleadas bajo empleador son la categoría más representada, con el 35% cada una, aproximadamente. Pero las profesionales sin personal a cargo de la submuestra japonesa, duplican el porcentaje de sus pares argentinas. Además las empresarias, ausentes en la submuestra argentina, representan el 10% del empleo en la muestra japonesa. En el polo opuesto, en la submuestra japonesa no hay jubiladas/pensionadas –se puede inferir que esto está fuertemente influenciado por la edad de las entrevistadas, que no superaron los 60 años- ni desempleadas, y las mujeres con

ocupación informal representan aproximadamente la mitad que en la submuestra argentina –hablando en términos porcentuales. Las mujeres amas de casa japonesas duplican el porcentaje argentino.

**Gráfico 46.** Ocupación de la entrevistada y cultura de pertenencia.

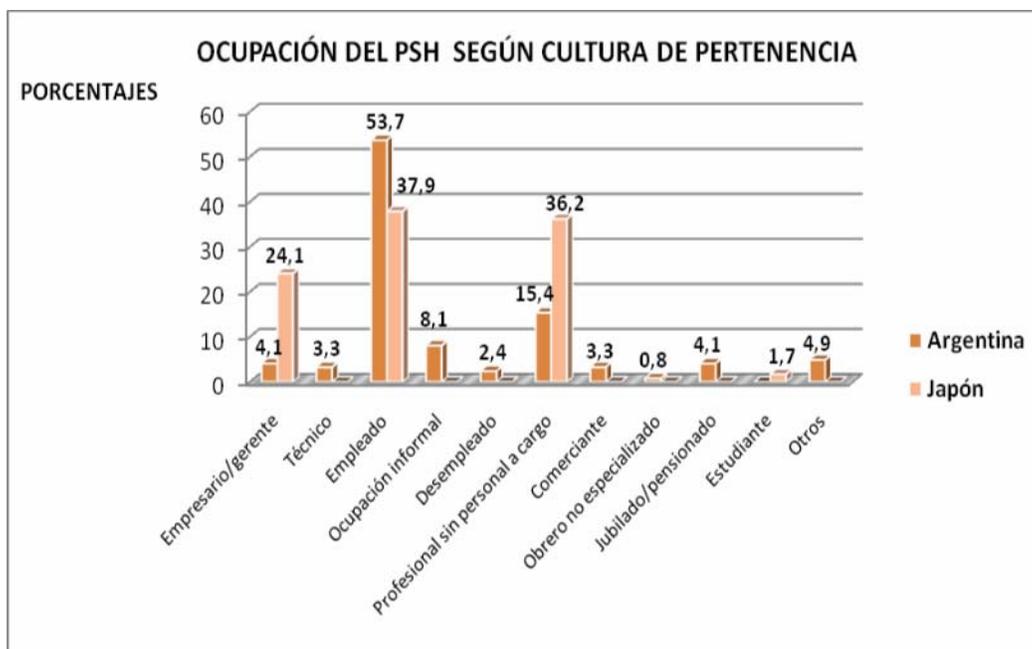


Fuente: elaboración propia

En suma, aunque en ambas submuestras las empleadas bajo empleador son quienes alcanzan mayor representatividad, el nivel de ocupación de las entrevistadas japonesas es más alto que el de sus pares argentinas.

### - Ocupación del PSH

**Gráfico 47.** Ocupación del PSH y cultura de pertenencia.



Fuente: elaboración propia

En la submuestra argentina, el 53,7% de la ocupación del PSH -66 sujetos- está representado por los empleados bajo empleador. Le sigue, con el 15,4% -19 sujetos- los profesionales sin personal a cargo. Las otras ocupaciones están pobremente representadas. En la submuestra japonesa, en cambio, el 75,4% de la ocupación -43 individuos- está equitativamente repartida entre empleados bajo empleador y profesionales sin personal a cargo; le siguen los empresarios o gerentes con el 24,6% -14 individuos.

Nuevamente, el nivel de ocupación del PSH, en el caso de las encuestadas japonesas, es más alto que el de sus pares argentinas.

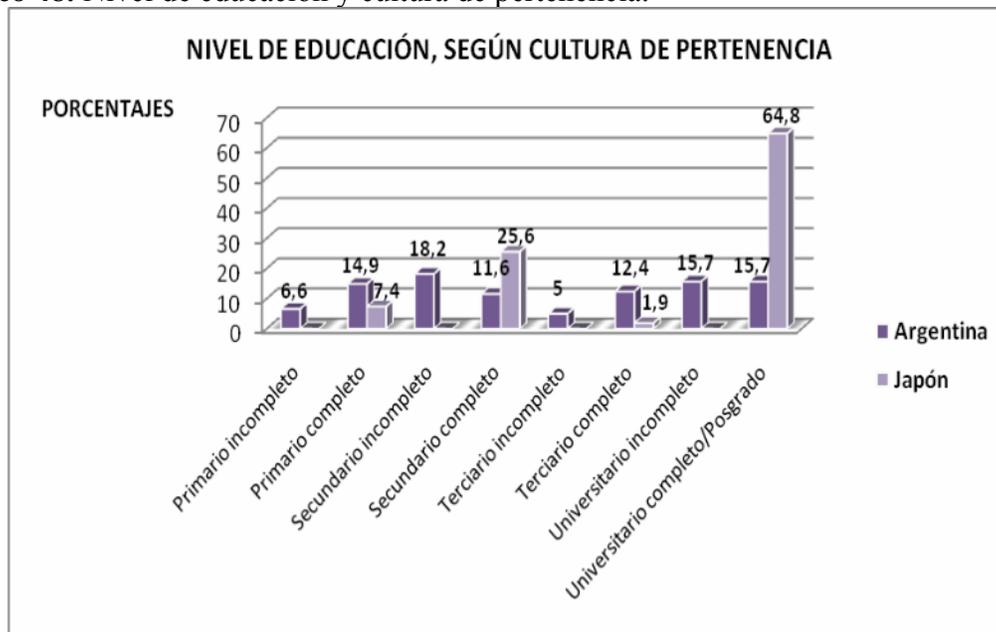
### Principal sostén del hogar

La responsabilidad del hogar está equitativamente repartida entre la entrevistada y otros miembros del núcleo familiar, en la submuestra japonesa. En la submuestra argentina, en

cambio, el sesgo está fuertemente orientado hacia ‘otros’, como responsables del sostén familiar.

## Educación

**Gráfico 48.** Nivel de educación y cultura de pertenencia.



Fuente: elaboración propia

La submuestra argentina es más homogénea, salvo primaria y terciario incompletos. La submuestra japonesa, en cambio, presenta un fuerte sesgo hacia la educación superior. Además, no tiene ciclos incompletos.

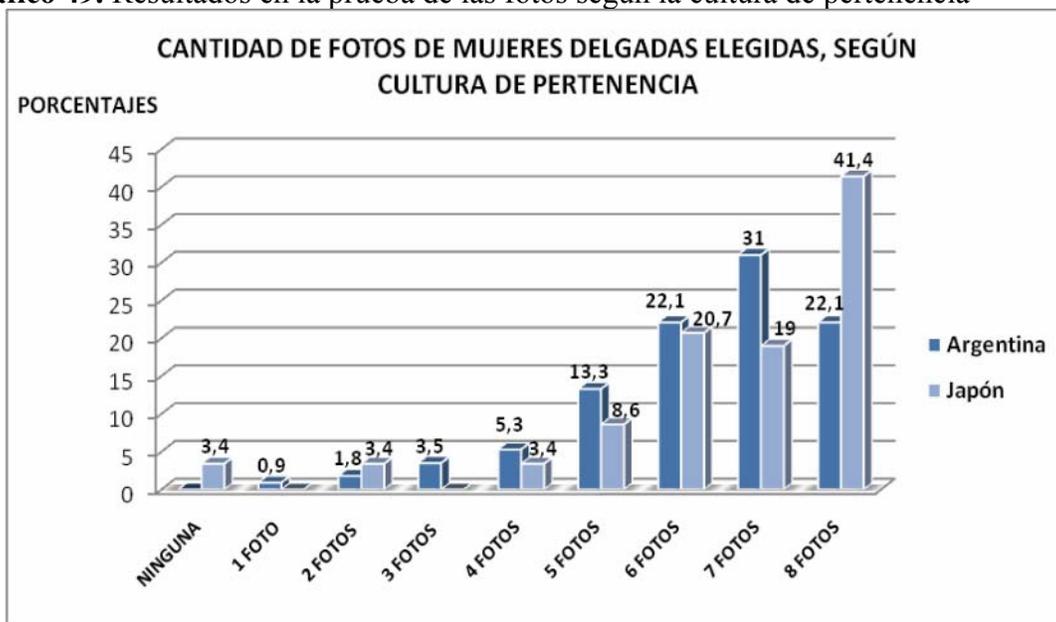
El nivel de ocupación tanto de las entrevistadas japonesas como del PSH, la alta presencia de amas de casa que no buscan completar el salario fuera del hogar, y la ausencia de desempleados y de empleados de ocupación informal (salvo unas pocas mujeres), así

como el fuerte sesgo hacia la educación universitaria dan cuenta de que el NSE de la submuestra japonesa es más alto y homogéneo que en la submuestra argentina.

### 2.3.3 Sesgo delgadez salud

#### Prueba de las fotos

**Gráfico 49.** Resultados en la prueba de las fotos según la cultura de pertenencia



Fuente: elaboración propia

Si se discrimina por cultura, la muestra oriental acentúa levemente la tendencia general hacia la elección de fotos de figuras femeninas delgadas como sinónimo de salud, aunque la diferencia en las puntuaciones medias no es estadísticamente significativa ( $t=0,84$ ;  $p=0,402$ ). Tanto las mujeres argentinas como las orientales eligieron, en promedio, entre 6 y 7 fotos de figuras femeninas delgadas como sinónimo de salud ( $Media=6,5$  fotos;  $DT=0,6$  fotos).

#### **a) Prueba de las fotos-datos sociodemográficos y socioeconómicos**

No se observaron diferencias significativas en la elección de las fotos de mujeres delgadas como signo de salud, a partir de las variables sociodemográficas en la submuestra oriental: edad ( $F(3,54)=0,498$ ;  $p=0,685$ ), estado civil ( $F(2,54)=0,393$ ;  $p=0,614$ ), lugar de nacimiento ( $F(2,55)=0,078$ ;  $p=0,925$ ), lugar de residencia ( $F(2,55)=0,696$ ;  $p=0,503$ ), nivel de educación de la entrevistada ( $F(3,50)=0,637$ ;  $p=0,594$ ), nivel de educación del PSH ( $F(3,51)=0,593$ ;  $p=0,623$ ). Tampoco se observaron diferencias significativas en las variables socioeconómicas: ocupación de la entrevistada ( $F(2,44)=0,586$ ;  $p=0,561$ ) y del PSH ( $t=0,68$ ;  $p=0,500$ ). Además se analizó si la entrevistada es o no el principal sostén del hogar ( $t=-1,04$ ;  $p=0,301$ ), donde tampoco se observaron diferencias significativas.

Tanto en la submuestra oriental como en la occidental, la edad, el lugar de nacimiento y residencia, el estado civil, la educación de la entrevistada, su ocupación y la del PSH, o el hecho de ser o no PSH, no son variables que discriminen en la elección de fotos de mujeres delgadas como saludables. Esto es coherente con el hecho de que el 75 % de las participantes consideraron más saludables a las fotos de mujeres delgadas –entre 6 y 8 fotos.

#### **b) Prueba de las fotos-insatisfacción corporal**

La elección de fotos de mujeres delgadas como saludables no correlaciona con la insatisfacción corporal medida a través de la diferencia entre el peso actual y el deseado, en la submuestra oriental ( $Rho=0,076$ ;  $p=0,571$ ) ni en la occidental ( $Rho=0,118$ ;  $p=0,224$ ). En ambas culturas, la elección de fotos de mujeres delgadas como saludables tampoco correlaciona con la insatisfacción corporal.

Alimentos preferidos/alimentos saludables

### **a) Alimentos que gustan**

Ambas submuestras presentan un claro sesgo de preferencia en el gusto hacia los alimentos no dietéticos –las argentinas con unas puntuaciones medias de 3,74 vs 3,26; y las japonesas de 3,54 vs 3 (ver gráfico 50). En la submuestra argentina, se ve la preferencia en el gusto tanto por los alimentos dietéticos como no dietéticos que componen la prueba. Pero más allá de las preferencias culinarias, sólo se observan diferencias significativas respecto de los alimentos dietéticos ( $t= 2,54$ ;  $p=0,012$ ); de los cuales las argentinas gustan más. Si bien hay una tendencia de las mujeres occidentales de preferencia por los alimentos no dietéticos ( $t= 1,88$ ;  $p=0,062$ ), no hay diferencias significativas en el gusto entre las dos submuestras.

### **b) Alimentos que consumen**

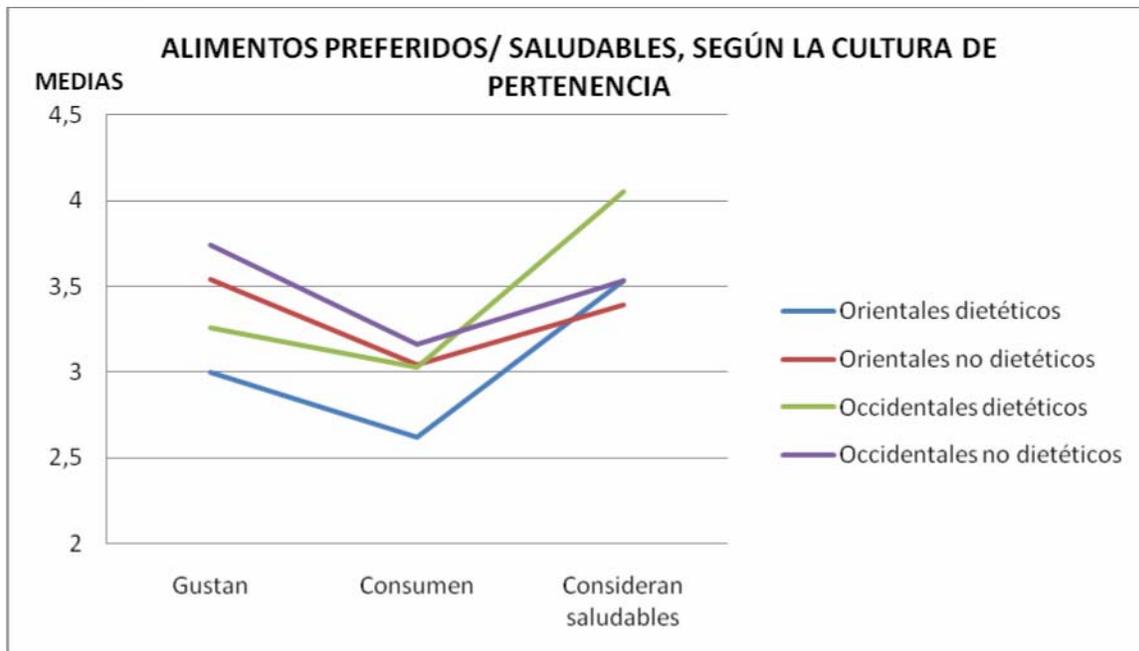
Los alimentos que más se consumen son los no dietéticos (ver gráfico 50). Las argentinas alcanzan unas puntuaciones *Medias* de 3,03 vs 3,15 en alimentos dietéticos y no dietéticos, respectivamente; mientras que las puntuaciones *Medias* de las japonesas son 2,62 vs 3,04. Las diferencias en el consumo dietéticos / no dietéticos son más pronunciadas entre las japonesas. Nuevamente, las argentinas tienen mayor preferencia por los dos tipos de alimentos, pero las diferencias significativas entre ambas submuestras vuelven a presentarse en alimentos dietéticos ( $t=3,78$ ;  $p=0,000$ ), y no con los alimentos no dietéticos ( $t=1,13$ ;  $p=0,259$ ). Las argentinas consumen más alimentos dietéticos.

### **c) Alimentos saludables**

Para ambas submuestras (ver gráfico 50), la balanza se inclina a favor de los alimentos dietéticos como saludables, tanto en las argentinas (Media=4,05 para los alimentos dietéticos, vs 3,53 para los no dietéticos) como en las japonesas (Media=3,53 vs 3,39, respectivamente). Sin embargo, entre las mujeres orientales, las diferencias son imperceptibles. Nuevamente, hay diferencias significativas entre argentinas y japonesas en

la consideración de los alimentos dietéticos como saludables ( $t=5,42$ ;  $p=0,000$ ), pero no en los no dietéticos ( $t=1,36$ ;  $p=0,174$ ). Las argentinas valoran especialmente a los alimentos dietéticos como saludables.

**Gráfico 50.** Alimentos que gustan, consumen y consideran saludables, según la cultura de pertenencia.



Fuente; elaboración propia.

Como puede verse en gráfico 50, argentinas y japonesas muestran una clara preferencia en el gusto y en el consumo por los alimentos no dietéticos. Esta tendencia se invierte en la consideración de los alimentos como saludables, especialmente entre las mujeres argentinas. Igualmente cabe consignar que las mujeres occidentales valoran más a ambos tipos de alimentos en cuanto al gusto, consumo y consideración de saludables. Para alcanzar una mayor comprensión de las preferencias alimentarias de las mujeres japonesas se sugiere seguir profundizando en futuras investigaciones.

**- Alimentos saludables-datos sociodemográficos y socioeconómicos**

En las mujeres orientales, la **edad** no es una variable que discrimine en la elección de alimentos dietéticos ( $F(3,53)=0,367$ ;  $p=0,777$ ) y no dietéticos ( $F(3,52)=1,841$ ;  $p=0,151$ ) como saludables. Las mujeres occidentales, en cambio (ver cuadro 11) presentan diferencias significativas entre las mujeres de 17 a 24 años y las de 50 años o más; las más jóvenes consideran que los alimentos no dietéticos son más saludables. Si bien las japonesas no presentan diferencias significativas, en ellas también aparece esta preferencia en los grupos más jóvenes.

El lugar de nacimiento de las mujeres japonesas no presenta diferencias significativas en relación con los alimentos dietéticos ( $F(2,54)=2,005$ ;  $p=0,145$ ) y no dietéticos ( $F(2,53)=0,309$ ;  $p=0,735$ ); tampoco el lugar de residencia en relación con los alimentos dietéticos ( $F(2,54)=1,888$ ;  $p=0,161$ ) y no dietéticos ( $F(2,53)=0,346$ ;  $p=0,709$ ). Asimismo, en el grupo oriental, la elección de los alimentos dietéticos o no dietéticos como saludables no presenta relaciones significativas con el **estado civil** ( $F(2,53)=0,122$ ;  $p=0,885$ ;  $F(2,52)=0,640$ ;  $p=0,531$ , respectivamente). Tampoco son significativas estas variables en el grupo occidental.

La **educación** de la entrevistada ( $F(3,49)=0,309$ ;  $p=0,080$ ;  $F(3,48)=1,089$ ;  $p=0,363$ , respectivamente), su **ocupación** ( $F(2,44)=1,991$ ;  $p=0,149$ ;  $F(2,44)=0,183$ ;  $p=0,834$ , respectivamente) y la del PSH ( $F(1,54)=0,169$ ;  $p=0,683$ ;  $F(1,53)=0,008$ ;  $p=0,927$ , respectivamente), o el hecho de ser o no **PSH** ( $t=0,31$ ;  $p=0,760$ ;  $t=0,703$ ;  $p=0,485$ , respectivamente), tampoco son variables que discriminen en la elección de los alimentos dietéticos o no dietéticos como saludables para las orientales.

La única variable que presenta diferencias significativas es el nivel de educación del PSH ( $F(2,51)=3,786$ ;  $p=0,029$ ) -que a su vez está fuertemente asociado al nivel alto de ocupación del PSH. Las mujeres orientales cuyos maridos tienen un nivel de educación alto

(universitario/posgrado) consideran que los alimentos dietéticos son más saludables que sus pares cuyos maridos tienen un nivel medio de educación. Cabe destacar, igualmente, que el nivel básico de educación está muy pobremente representado (sólo 4 casos) y el nivel medio presenta menos de la mitad de sujetos (15 vs 35) que el nivel alto (ver apartado 1.2.3, de este capítulo). Igualmente, estos resultados podrían estar mostrando una tendencia de la población oriental de mayor nivel de educación hacia la occidentalización en su apreciación de los alimentos dietéticos como plantean Swami, Caprario, Tove'e, y Furnham (2006).

Probablemente, el hecho de que la muestra japonesa sea más homogénea –ver gráficos 31, 32, 33, 34 y 35- contribuya a diluir las diferencias. Para ver las diferencias que presentan las mujeres argentinas en función de las variables sociodemográficas y socioeconómicas, ver el apartado 2.2.3 de este capítulo.

### **Satisfacción con el peso-cultura**

Para comparar la satisfacción con el peso de mujeres argentinas y japonesas se consignó su peso actual y se lo comparó con el peso deseado (ver gráficos 33 y 24). El 0 indica satisfacción. Las diferencias negativas indican que las mujeres quieren pesar menos y las positivas que quieren pesar más. Poco más del 10% de las mujeres argentinas encuestadas y el 5% de las japonesas están satisfechas con su peso, y alrededor del 9% de las primeras y el 10% de las segundas quieren pesar más. En el extremo opuesto, el 25% de las argentinas quiere pesar entre 10 y 40kgs. menos –sólo una, cuyo IMC es de obesidad clase III, quiere pesar 81kgs. menos. En cambio, las japonesas que están más desconformes con su peso, sólo quieren rebajar entre 5 y 11kgs.. Mientras el 50% de las argentinas quisieran pesar entre 1 y 10kgs. menos, las japonesas están entre 2 y 5kgs..

Las diferencias entre el peso actual y deseado de las entrevistadas argentinas y japonesas que se observan en el gráfico 44, presentan diferencias significativas ( $t=3,86$ ;  $p=0,000$ ). Estos resultados se dieron con la presencia de un caso extremo, que mostró una diferencia de pesos de 81kgs., por lo que se procedió a realizar el mismo análisis excluyendo este caso para ver la incidencia del mismo. Sin este caso también se presentaron diferencias significativas ( $t=3,91$ ;  $p=0,000$ ). Descartando este caso, la *Media* para las occidentales es de 7,05 y el DT es de 9,51.

Son muy pocas las mujeres, argentinas o japonesas, que están satisfechas con su peso o quieren pesar más. Tal como indica la bibliografía sobre el tema (Cruz & Maganto, 2005), mayoritariamente las mujeres quieren pesar menos de lo que indica la balanza. Sin embargo y de modo coherente con el peso de las entrevistadas, las argentinas, quienes presentan mayores fluctuaciones en el peso y un alto porcentaje de sobrepeso –ver gráficos 1 y 38- quieren pesar mucho menos de lo que pesan en comparación con las mujeres japonesas. Estos datos son relevantes para el posterior análisis a pesar de que, según las tablas antropométricas, la altura y la contextura física promedio de las mujeres japonesas, es menor que la de las mujeres argentinas.

### **Satisfacción con el peso-Alimentos saludables**

No se encontró asociación entre la satisfacción con el peso (peso actual menos peso deseado) y la elección de alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables, en ninguna de las dos culturas.

<b>OCCIDENTE</b>		
<b>Variables</b>	<b>Correlación R de Pearson</b>	<b>P valor</b>
<b>Satisfacción</b>	<b>R= 0,068</b>	<b>P= 0,469</b>
<b>Alimentos dietéticos que consideran saludables</b>		
<b>Satisfacción</b>	<b>R= -0,112</b>	<b>P= 0,230</b>
<b>Alimentos no dietéticos que consideran saludables</b>		
<b>ORIENTE</b>		
<b>Variables</b>	<b>Correlación R de Pearson</b>	<b>P valor</b>
<b>Satisfacción</b>	<b>R= -0,060</b>	<b>P= 0,657</b>
<b>Alimentos dietéticos que consideran saludables</b>		
<b>Satisfacción</b>	<b>R= -0,182</b>	<b>P= 0,179</b>
<b>Alimentos no dietéticos que consideran saludables</b>		

Fuente; elaboración propia.

**Cuadro 20.** Correlaciones entre puntuaciones medias en alimentos dietéticos / no dietéticos como saludables y la satisfacción, según cultura de pertenencia.

### **Satisfacción con el peso-Prueba de las fotos**

Al relacionar la satisfacción con el peso y la elección de fotos de mujeres delgadas como saludables, no se encontró asociación significativa en las submuestras occidental ( $R=0,103$ ;  $p=0,287$ ) ni oriental ( $R=0,159$ ;  $p=0,233$ ).

A modo de síntesis de lo aquí analizado en la comparación Argentina-Japón se puede decir en relación con los datos sociodemográficos que la submuestra argentina es más heterogénea en cuanto a la edad, y a diferencia de la submuestra japonesa presenta una gran dispersión en el peso actual. Pero independientemente del peso de la entrevistada, son muy pocas las mujeres argentinas o japonesas que están satisfechas con su peso o quieren pesar más. Sin embargo las argentinas tienen niveles mucho más altos de insatisfacción.

El nivel de ocupación de las entrevistadas japonesas, la alta presencia de amas de casa que no buscan completar el salario fuera del hogar, y la baja presencia de

desempleados y de empleados de ocupación informal, así como el fuerte sesgo hacia la educación universitaria dan cuenta de que el nivel socioeconómico de la submuestra japonesa es más alto y homogéneo que en la submuestra argentina.

En cuanto al tema central de esta tesis que es la creencia de que la delgadez es un indicador de salud, ambas poblaciones adhieren a esta premisa; como pudo verse en la elección masiva de fotos de mujeres delgadas como saludables. Tanto en la muestra oriental como en la occidental, esta tendencia no se vio afectada por la edad, el lugar de nacimiento y residencia, el estado civil, la ocupación de la entrevistada y del PSH, el hecho de ser o no PSH, ni por la satisfacción o insatisfacción corporales.

Cabe destacar que mientras el peso de las entrevistadas japonesas es significativamente menor que el de las argentinas, no se observa en las orientales una marcada tendencia dietante. Ambas submuestras presentan un claro sesgo de preferencia en el gusto hacia los alimentos que engordan. Sin embargo, las argentinas consumen más alimentos dietéticos que sus pares japonesas y los consideran mucho más saludables. Tanto los grupos de mujeres orientales como occidentales consideran que los alimentos dietéticos son más saludables –especialmente en Argentina-, y esta consideración es, en los datos aquí trabajados, independiente de la edad, el lugar de nacimiento o de residencia, el estado civil, la ocupación y la satisfacción con el peso. En la submuestra oriental, la educación de la entrevistada tampoco discrimina.

Las japonesas, que en términos generales son más delgadas que las argentinas y están más satisfechas con su peso, de manera paradójica prefieren los alimentos que engordan y adhieren muy débilmente a la idea de que las dietas hipocalóricas son más saludables.

## CONCLUSIONES

### Las mujeres argentinas, ¿están a dieta?

Jodelet (1984), pionera en el análisis longitudinal de la problemática del cuerpo y su abordaje psicosocial, señala que desde 1960 se han producido cambios significativos en la esfera médica y de la salud, entre otros, que contribuyeron a transformar las representaciones sociales que las personas tienen en la actualidad acerca del cuerpo. Los cambios en las representaciones afectaron, en un proceso dialéctico, el tratamiento que los medios de comunicación masiva hacen del cuerpo, que lo abordan con mayor frecuencia y de formas más variadas. Antes, el lenguaje de los medios era moralista y restringido, y se limitaba u ocultaba información de ciertos aspectos del cuerpo. En la actualidad hay más libertad, menos tabúes e hipocresía; hay mayor franqueza y apertura, especialmente en el terreno de la sexualidad. Para la visión tradicional, la socialización era entendida como dominio del cuerpo, 'lo animal se convierte en humano'. Hoy se considera que la educación y los códigos sociales son un obstáculo a la libertad y la posibilidad de expresión del cuerpo. Para las nuevas generaciones la relación con el propio cuerpo está abierta al mundo, dirigida a la interacción con otros cuerpos y marcada por la sensualidad. El cuerpo está ubicado en un lugar de placer.

En este contexto, el lugar de la mujer está cambiando (Jodelet, 1984; Martín Criado & Moreno Pestaña, 2005; Swami, Caprario, Tove'e & Furnham, 2006). Sin embargo, las contradicciones no faltan. El cuerpo de las mujeres sigue siendo un objeto social, atado a la sociedad de consumo. Jodelet (1984) enfatiza la tendencia homogeneizante de la publicidad, que muestra hombres y mujeres iguales en juventud, belleza y fuerza. Además, denuncia un sistema que bajo el disfraz de la preocupación por el cuerpo, oculta que su

objetivo fundamental es el consumo. La publicidad, así planteada, ofrece una alternativa frustrante: o se aceptan las presiones hacia la homogeneidad, con lo que se gana en capacidad de seducción y seguridad en las relaciones interpersonales, pero que hace perder identidad al cuerpo en el mundo de los objetos; o se rechaza esta presión, respetándose así la naturaleza del cuerpo, con el riesgo de fracasar social y profesionalmente, o de sentirse aislado sexual o emocionalmente.

En el mismo sentido, las mujeres no se han deshecho de representaciones sociales sexistas que las juzgan no por sus talentos o habilidades, sino por la apariencia exterior. Esto no debería sorprender en un marco en el que la psicología social en general y la psicología social del género en particular hablan de las “nuevas formas del prejuicio” y del sexismo, más sutil y benevolente pero no por eso menos dañino (Cuadrado, 2007). Las mujeres deben enfrentar estos estereotipos y prejuicios cada vez que piden trabajo, abren una revista o miran televisión (Croft 2004; Giddens, 1997; Jodelet, 1984). Los hallazgos de este estudio evidencian, como se ha visto en el análisis de los resultados, que las mujeres argentinas de la muestra tienen una preocupación exagerada por realizar dietas hipocalóricas y al mismo tiempo consumen más alimentos no dietéticos que dietéticos -o al menos, en el caso de la mujeres que están a dieta, tanto unos como otros. Estas discrepancias, pueden entenderse como un intento de solucionar lo insoluble, resolver la tensión que plantea Jodelet entre aceptar las presiones hacia la homogeneidad, o rechazar esta presión, respetándose así la naturaleza del cuerpo.

De la bibliografía sobre el tema se deduce que la práctica de la dieta es un fenómeno endémico en las mujeres occidentales (Altabe & Thompson, 1996; Connors, 1996; Cruz & Maganto, 2003; Mora Giral & Raich Escursell, 1994; Ogden, 2005; Perpiñá & Baños, 1990; Peters et al., 1996; Raich et al., 1996; Toro, 2006). Como se acaba de mencionar, los

datos de esta investigación están en consonancia con dicha afirmación: casi la mitad de las mujeres entrevistadas decía estar haciendo dieta en el momento de la encuesta. Sin embargo, cuando se indagó acerca del consumo de alimentos las respuestas fueron diferentes. A partir de la prueba ‘Alimentos preferidos/saludables’ se evidenció que la amplia mayoría de las mujeres entrevistadas prefiere los alimentos no dietéticos frente a los dietéticos. En las respuestas acerca de la dimensión deseos de adelgazar del ICA, tampoco se constata una tendencia hacia las conductas dietantes hipocalóricas en las mujeres argentinas, ya que la mediana obtenida fue inferior a los baremos normales.

Se presenta entonces una paradoja al nivel de la conducta: las mujeres están haciendo dieta y al mismo tiempo consumen alimentos que ‘engordan’. Una explicación posible es que las entrevistadas respondieron lo esperable en términos de deseabilidad social, lo que suponen que los demás -y ellas mismas- quieren escuchar, ajustándose a las expectativas sociales y no a lo que realmente hacen. Los hallazgos de Martín Criado y Moreno Pestaña (2005), con mujeres andaluzas de clases populares, se orientan en la misma dirección. Según los autores, el control del peso es hoy una preocupación central para todas las mujeres, porque la delgadez contribuye a la autovaloración y la autoestima. Pero la preocupación por el peso se enfrenta a los gustos alimentarios que privilegian los alimentos calóricos, es decir con alto contenido de grasas o azúcares.

A pesar que la tendencia general de las mujeres de la muestra es querer adelgazar mientras comen alimentos que engordan, hay una relación directa entre la preocupación por adelgazar -según el ICA- y el consumo de alimentos dietéticos. De modo coherente, las mujeres que no están preocupadas por adelgazar comen más alimentos que engordan. Cuando estas respuestas se contrastan con el hecho de estar o no haciendo dieta aparecen datos interesantes. Las entrevistadas que están haciendo dieta evidencian más deseos de

adelgazar, pero consumen tanto alimentos dietéticos como no dietéticos, mientras que las otras consumen más alimentos no dietéticos. Simplificando, las mujeres que hacen dieta más que restringir el consumo de alimentos que engordan, aumentan el consumo de comida 'light'; con un pase mágico hacen lo que quieren y lo que deben al mismo tiempo. Paralelamente, las mujeres que están a dieta tienen un IMC mayor que las que no están a dieta. Tal vez esto pueda explicarse porque las mujeres obesas son quienes tienen una mayor tendencia dietante, es decir, están gordas y por eso hacen dieta. En el extremo opuesto, las mujeres con IMC más bajo no hacen dietas. Pero también podría reforzar lo que plantean numerosos autores (Fraser, 1998; Ogden, 2005), que las dietas están destinadas al fracaso y por lo tanto aunque hagan dieta no adelgazan.

Las entrevistadas que no se sienten obligadas por una exacerbada preocupación por el peso, en cambio, aumentan el consumo de lo que les gusta en detrimento de lo que no engorda. Estos resultados llevan a preguntarse cuáles son las representaciones sociales que las mujeres tienen respecto del cuerpo, la comida y la salud; qué significa cuidarse en el imaginario femenino y de qué forma las mujeres realizan dieta: reemplazo de alimentos no dietéticos por alimentos dietéticos, supresión-privación alimentaria o simplemente mayor consumo de alimentos dietéticos.

Los resultados obtenidos en esta investigación inducen a repensar los dilemas entre imagen, cuidado y prácticas del cuerpo femenino al nivel de la conducta. Como indican los estudios previos, mientras las mujeres reconocen el ideal estético vigente, de extrema delgadez (Crispo et al., 1996; Cruz & Maganto, 2003; Herman & Polivy, 2002; Pipher, 1999; Rausch Herscovici, 1995; Rodríguez Guarín & Gempeler Rueda, 2006) la elección de los alimentos a consumir las distancia de este ideal: el 'deber ser' del cuerpo femenino se enfrenta a lo que 'quiero hacer' en relación con los hábitos alimentarios. Según Bordo,

este *deber ser* es una imagen de belleza fabulada imposible de alcanzar, ya que la mujer común pasa por alto –aunque sea un secreto a voces- que muchas de las estrellas y modelos que representan el ideal, son producto de la cirugía, el maquillaje o el ‘photoshop’ (en Mancilla Díaz et al., 2006).

En cuanto a los hábitos alimentarios, como señala Fischler (1995), hay una situación contradictoria: la tendencia a consumir aquellos alimentos que ‘nos hacen bien’, junto a una marcada proclividad del hombre a comer más de lo que necesita y contrariamente a las exigencias de su buena salud. En este sentido, la muestra de mujeres aquí analizada se aproxima a la representación que tienen las mujeres de clase media acerca de la comida y el cuerpo según Aguirre (2005): cuerpos lindos (flacos) y comida rica. La antropóloga señala que las mujeres de clase media se enfrentan a un conflicto permanente, desean ser delgadas como las modelos, pero quieren comer como en las grandes bacanales del pasado. Según la presente investigación, esta tendencia se está extendiendo a la clase baja, cuyas mujeres están siendo ganadas por esa contradicción. No ocurre lo mismo con las mujeres japonesas, pero sobre esto se volverá más adelante.

Dichas contradicciones, responden a múltiples causalidades. Por un lado pueden sostenerse en el intento de resolver la tensión entre aceptar y rechazar las presiones hacia la homogeneidad en relación con el cuerpo femenino, que planteara Jodelet (1984). Asimismo, pueden pensarse como un tránsito del deber al placer, como caracteriza Lipovetsky (1994) a la sociedad actual. El deber estaría asociado no sólo al ideal femenino vigente de extrema delgadez- ideal inalcanzable-, sino también, como puede inferirse de los resultados de la investigación, al sesgo cognitivo según el cual la delgadez y las dietas hipocalóricas son más saludables que la gordura y la comida no dietética. Estas afirmaciones fueron contrastadas en la ‘Prueba de las fotos’, la de ‘Alimentos

preferidos/saludables' y en la de 'Sesgos cognitivos delgadez/salud'. El placer, por su parte, se asociaría a comer no lo que es 'bueno' para la salud, sino lo que gusta, y en este sentido la prueba de los alimentos muestra claramente que la mayoría de las mujeres entrevistadas gustan más de los alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono que de los bajos en calorías. Estas observaciones serán retomadas.

### **Sesgo cognitivo delgadez/salud**

Más allá de que las mujeres hagan o no dieta, los datos mostraron una fuerte asociación entre delgadez y salud. Cuando se le pidió a las entrevistadas en la 'Prueba de las fotos', que eligieran frente a una serie de pares de fotos de mujeres cuál de las dos era más saludable, la mitad de la muestra -sin importar sus características sociodemográficas o socioeconómicas, ni su perfil psicológico- eligió a la mujer más delgada en casi todos los casos. Mientras una de cada cinco entrevistadas eligió todas las fotos de mujeres delgadas, ninguna optó por todas las 'gordas'. Si bien la consigna no apuntaba al peso como indicativo de salud, es poco probable que se le pueda atribuir el azar estos resultados. Como señala Ogden (2005), además de la connotación estética, las personas asocian la gordura con la falta de control o la enfermedad psíquica. Como sus apreciaciones están sesgadas por las representaciones sociales que tienen respecto de la salud y la enfermedad, suelen establecer correlaciones allí donde no las hay (Herzlich, 1973), y por lo tanto sancionan tanto la corpulencia femenina como la comida que engorda –comer grasas o dulces es un *pecado*. Estos resultados avalan la idea de que la delgadez es aceptada como sinónimo de salud.

Los datos mencionados no concuerdan con los resultados del 'Test de siluetas'. Aunque no puede identificarse normalidad y salud, es interesante ver que frente a la

pregunta ‘qué siluetas considera *normales*’, una de cada cuatro mujeres eligió como normal a figuras femeninas que, siguiendo a Cruz y Maganto (2003), tienen sobrepeso. En cambio sólo una mujer consideró normal a la figura que oscila entre el peso normal y el bajo peso. En la ‘Prueba de las fotos’, en cambio, figuras que podrían considerarse como de bajo peso (OMS), fueron evaluadas como más saludables por las dos terceras partes de la muestra. Nuevamente, esto puede remitir a que si bien las mujeres ‘saben’ lo que el discurso hegemónico sostiene como correcto o saludable, eso no significa que sus preferencias se orienten en la misma dirección.

Como se señaló anteriormente, las mujeres de la muestra están instaladas en una paradoja entre el ‘deber ser’ del cuerpo femenino y el ‘placer’ de comer lo que quieren. Claro que es más fácil elegir como saludable una mujer vestida y sonriente, que el contorno huesudo de la figura que oscila entre el bajo peso y el peso normal. Sobre todo en el marco de la proliferación de mujeres populares, como las actrices o las ‘top models’, de cuerpos extremadamente delgados o de la demonización de la obesidad e incluso del sobrepeso, que caracteriza a los medios de comunicación masiva (Toro, 2006). Sin duda las figuras del ‘Test de siluetas’, despojadas de todo atributo femenino, no son equivalentes a las fotos de mujeres reales, de carne y hueso, y en ese sentido las siluetas hacen más evidente la escualidez que pasa desapercibida en las mujeres reales.

Delgadez y salud vuelven a estar asociadas en la parte cualitativa de la prueba. Como indican los resultados, más de la mitad de las entrevistadas aludieron al peso, ya sea apuntando a la delgadez como sinónimo de salud, haciendo hincapié en el equilibrio -ni sobrepeso ni bajo peso- o simplemente diciendo que el peso no había regido sus elecciones. Esto muestra que el peso es un elemento fundamental a la hora de definir qué es saludable. Como sostuvo una de las entrevistadas: “Lamentablemente tuve en cuenta la delgadez de la

figura (...). Además cómo me gustaría estar yo en este momento”. Como ya señalan otros estudios, el ‘deber ser’ se mezcla con el ideal, y el ideal es la extrema delgadez; utopía inalcanzable para el común de las mujeres (Altabe y Thompson 1996; Croft 2004; Giddens, 1997; Jodelet, 1996; Toro, 2006).

### **Las representaciones acerca del cuerpo y la comida**

La prueba ‘**Sesgos cognitivos delgadez/salud**’ presenta una serie de frases que, según la investigación de Aguirre (2005), remiten a la forma de ver el cuerpo y la comida según la clase social. Si bien dicha investigación da cuenta de sesgos de clase baja, media y alta, en el presente estudio las frases se agruparon en sólo dos niveles que aluden a las representaciones de clase baja y media/alta. Estos cambios pueden deberse al tamaño y las características de la muestra, de hecho sólo una mujer se autocalificó como de clase alta; por lo que sería interesante analizar, en futuros estudios, qué ocurre con una muestra donde este sector esté más ampliamente representado.

Sin embargo, estas modificaciones también pueden estar dando cuenta de cómo las representaciones propias de la clase alta empiezan a atravesar toda la escala social. Avala esta afirmación que la clase baja ya no sostiene que ‘*Los mejores platos son los guisos y las sopas*’ o que ‘*Comer mucho, mantiene al médico lejos*’. Si bien sigue valorando los alimentos rendidores y los cuerpos redondeados, ya no piensa que comer mucho o comer alimentos con muchas calorías, sea una conducta saludable. De hecho, los reactivos de clase media fueron los más valorados por toda la muestra y más aún por las mujeres de NSE bajo, quienes adoptaron frases que responden al discurso médico que recomienda los alimentos bajos en grasas y calorías. En el mismo sentido, ítems como ‘*Sólo deben*

*consumirse carnes magras*’ o *‘Los flacos enferman menos’* tuvieron que ser eliminados porque ya no permiten hacer distinción de clases.

Una explicación a estos cambios puede ser que muchas de las mujeres de menor NSE, trabajan en el servicio doméstico en casas de familia cuyos estilos de vida se acercan a los de clase media-alta. Es probable que los ideales de clase que sostienen los empleadores sean esgrimidos por las trabajadoras como valores aceptados por identificación o simplemente como una mera ‘adquisición de hábitos’ por el tiempo que pasan compartiendo gustos y consumos. Como la otra cara de la misma moneda, se puede suponer que quienes perteneciendo a la clase baja no se autodefinen como tales, quieren alejarse de los ideales propios de su clase, tal vez con una expectativa de ascenso social. Como sostienen Martín Criado y Moreno Pestaña (2005), cuando el ama de casa evalúa su propio desempeño en relación con la alimentación y el cuidado de la salud familiar, también usa criterios de estatus. No sólo importa mantener el hogar dentro de niveles aceptables para su grupo social, sino incluso diferenciarse para dar cuenta de mayor estatus.

La clase media/alta, por su parte, empieza a desestimar que la delgadez y la comida light sean la panacea. Por eso ya no sostiene que *‘Sólo deben consumirse carnes magras’* o que *‘La dieta es un estilo de vida’*. Este giro puede deberse, simplemente, a que dichos sesgos cognitivos ya no son un claro referente de ‘la diferencia’ (Bourdieu, 1988), porque la información que circula en los medios masivos de comunicación está extendiendo las prácticas en salud que en cierto momento fueron un patrimonio de clase. O tal vez dependa de la información con que cuentan -a mayor capital cultural, mejor conocimiento del discurso médico (Martín Criado, 2007; Martín Criado & Moreno Pestaña, 2005).

En el mismo sentido, habría que seguir indagando qué papel juega la educación, ya que tanto en la elección de alimentos no dietéticos como saludables como en la orientación

hacia los sesgos de clase, las mujeres de nivel más alto de educación se acercaron a la apreciación del cuerpo y la comida propio de las mujeres con menor nivel de educación. Como ya se señaló, un elemento que puede estar jugando es que las mujeres de educación superior sostienen valores más moderados para distanciarse de lo que da en llamarse el ‘nuevo rico’. En estas participantes, el capital social pesa por sobre el económico, reflejando *habitus* o disposiciones en términos de Bourdieu (1988, 1991) más característicos de la clase media.

En relación con los sesgos de clase, puede pensarse que esta investigación incorpora factores y tiene características que hacen salientes cuestiones diferentes a las planteadas por Aguirre (2005). Pero también se puede especular que las representaciones sociales respecto del cuerpo y la comida planteadas por Aguirre (2005) están comenzando a desdibujarse. Las representaciones que en cierto momento fueron polémicas -en términos de Moscovici (1961)-, es decir que enfrentaban la concepción de los ‘alimentos rendidores’ que proveen ‘cuerpos fuertes’ propias de las clases bajas, con la de los ‘alimentos light’ que garantizan ‘cuerpos sanos’, propias de las clases más altas (Aguirre, 2005), ya no permiten establecer una clara distinción. En esta misma línea, una de cada cinco mujeres entrevistadas tuvo una posición mixta, es decir, una apreciación equivalente respecto de los sesgos de clase baja y media/alta.

Sin embargo, todos los grupos sociales consideran que ‘queda mejor’ decir y decirse a sí mismos que están haciendo dieta, aunque no consigan el éxito, en vez de aceptar que comen lo que les gusta, aunque engorde. Engordar no es un bien social, y según los datos aportados por esta investigación lo bueno es ser flaco o al menos estar a dieta: la mitad de la muestra analizada dijo estar haciendo dieta en el momento de la recolección de datos, y

valoró los ideales de clase media/alta planteados por Aguirre (2005), es decir, el discurso hegemónico que aprecia los cuerpos delgados y la comida light.

Numerosos autores consideran que el ideal de belleza actual está ligado a cuestiones sociales y culturales como el nivel socioeconómico o la raza. Aguirre (2005), por ejemplo, desde una mirada antropológica sostiene que para las mujeres argentinas el discurso hegemónico -cuerpos delgados y comida light- es un patrimonio de la clase alta. Otros autores sostienen que la incorporación de la cultura de la delgadez y la preocupación por el incremento de peso están asociadas a las alteraciones de la imagen corporal, la edad, el sexo, el índice de masa corporal y la clase social media-alta, entre otros. Algunos estudios enfatizan que los trastornos de la conducta alimentaria –vinculados con el ideal de belleza actual- son un problema de los países industriales y occidentalizados, haciendo hincapié en aspectos relacionados con la clasificación de los países en términos de ‘desarrollados’ y ‘en vías de desarrollo’; otros apuntan más a una cuestión étnica, es decir que los individuos de raza blanca son más propensos a padecer TCA que los hispanoamericanos, y estos a su vez, más que los asiáticos y africanos; y en todos los casos estos trastornos estarían ligados a la cultura de la delgadez o lipofobia (Aguirre, 2005; Altabe & Thompson, 1996; Brusco, 1980; Connors, 1996; Mora Giral & Raich Escursell, 1994; Perpiñá & Baños, 1990; Raich et al., 1996). De hecho hay autores que sostienen que los TCA representan a una época y que en sus inicios fue una problemática de clase media (Herman & Polivy, 2002; Toro, 2006).

Sin embargo, otros autores (Giddens, 1997; Herman & Polivy, 2002; Toro, 2006; Woodside & Garfinkel, 1989) sostienen que la creciente tendencia hacia la homogeneización, con imágenes mediáticas portadoras de un físico idealmente delgado, ahora involucra a toda la sociedad. Estudios latinoamericanos enfatizan el incremento de

los TCA en relación con la prevalencia de los valores de belleza occidentales promovidos por la globalización y los cambios en los roles sociales esperados (Nunes, 2006; Nunes et al., 2000, Rodríguez Guarín & Gempeler Rueda, 2006). En Brasil, por ejemplo, la proliferación en la prensa de nuevas técnicas y dietas ‘milagrosas’ para adelgazar, así como de gimnasios de todo tipo, acompaña la aceptación del ideal de esbeltez y buena forma ya que para las mujeres brasileñas la apariencia física es una medida importante de su valía personal, sin importar la raza o la clase social. En el mismo sentido, Striegel-Moore y Smolak (1996) observaron que el ideal de delgadez está alcanzando a la subcultura negra. La cultura oriental tampoco es ajena, en la actualidad los japoneses responderían al ideal de extrema delgadez de la cultura dominante (Sakamaki et al., 2005; Swami, Caprario, Tove’e & Furnham, 2006; Takasaki et al., 2003). La presente investigación avala la idea de la globalización del ideal de delgadez, así como su asociación con la salud.

Aunque las mujeres gustan más y prefieren comer cosas que engordan, los resultados obtenidos muestran que los alimentos dietéticos son considerados más saludables que los ricos en calorías e hidratos de carbono. Sin embargo, identificando el modelo saludable, no le dan prioridad por sobre sus preferencias actuales. En este sentido, no se observó ninguna relación en la identificación salud/delgadez –Prueba de las fotos-, y los alimentos que las mujeres consumen o las representaciones que tienen acerca del cuerpo y de los alimentos –Sesgos cognitivos delgadez/salud. Todas las mujeres consideraban que las mujeres más delgadas eran más sanas y los alimentos ‘light’ más saludables, pero eso no las hacía optar por los alimentos bajos en grasas y azúcares a la hora de poner la mesa. En cambio, sí hubo asociación entre la adhesión a representaciones de clase baja o media/alta, y el tipo de alimentos que se consumen.

De manera coherente, las mujeres que privilegian los cuerpos robustos y la comida rindidora, gustan y consumen más alimentos no dietéticos que las otras mujeres, y asocian la calidad energética de los alimentos con la salud; aunque también valoran los alimentos dietéticos como saludables. Las mujeres que aceptan los sesgos de clase media/alta (alimentos light y cuerpos delgados como saludables) valoran más, en todo sentido, a los alimentos dietéticos. Los consideran más ricos, los consumen más y los perciben como más saludables.

### **Perfil psicológico**

Según el DSM IV, los síntomas depresivos, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son frecuentes entre los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, por eso se consideraron estas variables psicológicas en relación con la conducta alimentaria y la asociación delgadez/salud. También se evaluó la ilusión de invulnerabilidad, por su posible asociación con las conductas de riesgo (Sanchez Vallejo et al, 1998). El objetivo de esta investigación fue analizar el comportamiento alimentario y los factores asociados en la población general, para contribuir a la protección y promoción de la salud. Por eso se indagó si el perfil psicológico de la muestra se encontraba dentro de los niveles esperables en población general, tanto en relación con los trastornos de la conducta alimentaria y las patologías asociadas, como en los niveles de autoestima, depresión y percepción de riesgo de contraer enfermedades. Sólo se encontraron aumentados los niveles de ansiedad. La muestra, en general, se encuentra dentro de parámetros aceptables para la población argentina.

La Prueba de las fotos no estuvo influida por el perfil psicológico de la muestra. Mayoritariamente, las mujeres eligieron fotos de mujeres delgadas como saludables. En

cambio la elección de alimentos sí se vio afectada, aunque no por todas las variables psicológicas, ni de igual manera por cada una. Las variables que influyeron en la consideración de los alimentos como saludables fueron la ansiedad y la percepción del riesgo que tienen los otros de contraer enfermedades. Las mujeres de personalidad ansiosa, valoraron como más saludables a todos los alimentos, aunque en mayor medida a los ‘engordantes’. Como indica el sentido común, la comida calma la ansiedad y si es rica en hidratos de carbono y grasas satisface más (Aguirre, 2005; Brusco, 1980). Por lo tanto, las personas más ansiosas preferirían los alimentos no dietéticos porque ‘calman la ansiedad’.

Las personas que creen que los otros tienen más probabilidades de enfermar que ellas, valoraron más a los alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables –podría pensarse que están más pendientes de la comida-, aunque la asociación es más fuerte con los segundos. Esto último cobra sentido a la luz de la teoría de la Ilusión de Invulnerabilidad (Sanchez Vallejo et al., 1998), ya que es esperable que quien considera que los acontecimientos negativos -como enfermar- son un problema de los demás, no necesite protegerse a través de una alimentación pobre en grasas y azúcares. Pero son de hecho, justamente por esa ilusión cognitiva, población de riesgo y por lo tanto más vulnerables.

La otra cara de la moneda es que quienes creen tener mayor riesgo de contraer enfermedades son más proclives a ponerse a dieta. Puede pensarse que esas mujeres efectivamente ya presentan problemas de salud como hipertensión o diabetes y por eso – médico mediante- hacen dieta. Pero también puede ser, siguiendo el planteo anterior, que tengan menor ilusión de invulnerabilidad y por lo tanto se preocupan más por su salud. Unas y otras, influidas por la información que circula en los medios de comunicación (Bender, 1993; Herman & Polivy, 2002; Toro, 2006) que relaciona las grasas y azúcares

con los problemas de salud, van a ser más proclives a hacer dietas hipocalóricas. La amenaza de la propia salud se vincula a los alimentos no dietéticos y a la necesidad de hacer dieta, como forma de cuidado y preservación. Esto podría indicar que esas mujeres piensan que la dieta es una forma de protegerse, alejar o curarse de enfermedades actuales o potenciales. Nuevamente se confirma el sesgo atribucional que asocia la comida dietética y el cuerpo delgado con la salud.

### **Nutrición y salud**

Cabe señalar aquí que, como explica la nutricionista Charles; integrante del equipo de nutricionistas del Hospital Rivadavia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; dado el ritmo de vida actual de gran sedentarismo, es necesario tomar ciertos recaudos y hacer una dieta baja en azúcares y grasas, porque esto contribuye a prevenir enfermedades antes que el problema aparezca. Sin embargo, agrega, no existe una dieta ‘saludable’ común a toda la población, sino que esta debe adecuarse a los requerimientos de cada individuo, en función de la edad, la actividad, el sexo, el clima, las distintas situaciones biológicas -embarazo, lactancia-, etcétera.

La Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas publicó en el año 2000 las Guías Alimentarias para la Población Argentina, a fin de promocionar una alimentación saludable y prevenir enfermedades. Según las Guías Alimentarias, las recomendaciones nutricionales deben superar los requerimientos mínimos necesarios para mantener una buena salud, ya que aún hoy no se pueden predecir todas las necesidades individuales, por eso la dieta debe ser mixta y compuesta por una amplia gama de alimentos.

Comer sano y tener una actividad física adecuada, junto al control del tabaco y el alcohol, son herramientas eficaces para disminuir el riesgo de enfermedades no transmisibles

y disfrutar así de una mejor calidad de vida. Pero comer sano implica incorporar todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita, y esto incluye algunos aminoácidos -componentes de las proteínas-; algunos ácidos grasos; las vitaminas, los minerales y el agua. Tanto la Guía Alimentaria como la mayoría de las dietas hipocalóricas recomiendan que se consuma poca cantidad de azúcares, dulces, grasas y aceites. En cambio, las dietas prohíben alimentos como las harinas, las pastas o las legumbres, que la Guía recomienda incluir diariamente. Por eso los resultados de esta investigación llevan a pensar la asociación dieta hipocalórica/salud como un sesgo atribucional, en lugar de concebirla como un conocimiento nutricional del que la población dispone.

Acompañantes infaltables de toda dieta hipocalórica, los edulcorantes no nutritivos (como la sacarina -derivada del petróleo-, los ciclamatos y la sucralosa, entre otros) merecen un tratamiento aparte. La sacarina, por ejemplo, que tiene un poder endulzante 300 veces mayor que el azúcar común, ante la sospecha de que podía ser cancerígena, y porque atraviesa la placenta durante el embarazo, fue prohibida a partir de 1970 en varios países. En la Argentina hoy está permitida, aunque la ingesta diaria admitida es de 2.5 mg/Kg de peso corporal. Como hay una rentable industria que vende productos de dieta y produce billones a costa de la salud de la población (Croft, 2004), no se fomenta la investigación y por lo tanto poco se sabe de las consecuencias a largo plazo que pueden traer los edulcorantes no nutritivos para el organismo (Charles, integrante del equipo de nutricionistas del Hospital Rivadavia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires<sup>14</sup>). Las mujeres de la muestra, opinaron masivamente que los edulcorantes son más saludables que el azúcar. Nuevamente, atribuyen propiedades saludables a ciertos alimentos por el mero

---

<sup>14</sup> Entrevista realizada por la autora de la tesis a integrantes del Servicio de Nutrición del Hospital Rivadavia, 20 de diciembre de 2007

hecho de ser bajos en calorías. Los especialistas del Rivadavia, en cambio, más que recomendar su uso sugieren evitar el agregado de endulzantes naturales.

Fraser (1998) destaca que la obsesión por las dietas induce estados emocionales caóticos y patrones de alimentación que privan a las personas de su capacidad para regularse naturalmente y en muchos casos genera exactamente lo contrario de lo que busca: sobrealimentación, sobrepeso, obsesión por la comida y vergüenza corporal. Nuevamente, los hallazgos de este estudio –y los datos nacionales (de Girolami et al., 2003)- avalan estas afirmaciones, ya que casi la mitad de las entrevistadas estaban excedidas de peso según el IMC. Y este no es un dato menor ya que es tan alto el crecimiento de la obesidad en América, que en la actualidad es considerada la enfermedad nutricional más importante de la región -en particular el obeso desnutrido- (Ravenna, 2004), lo que abre toda una problemática, que luego será retomada. Resumiendo, la preocupación excesiva por la dieta que arrojan los resultados de la presente investigación puede contribuir a reducir los riesgos de contraer ciertas enfermedades, pero si esto se traduce sólo en aumentar la ingesta de comida dietética; como muestra el consumo de alimentos; la protección se desvanece mientras aumenta el riesgo de no alcanzar una alimentación balanceada.

### **Imagen corporal**

La preocupación exagerada por la silueta, interfiere la vida diaria y genera malestar. Algunos autores sostienen que la insatisfacción y la distorsión corporales, así como la preocupación por adelgazar están presentes en la población general, particularmente entre las mujeres; lo cual es esperable en una cultura como la occidental que glorifica la juventud, la salud y la belleza -como sinónimo de delgadez- (Connors, 1996; Cruz &

Maganto, 2003; Jodelet, 1984; Mora & Raich, 1994; Raich et al., 1996; Striegel-Moore & Smolak, 1996; Toro, 2006).

Según los datos aquí analizados, las mujeres de la muestra local no son ajenas a la preocupación por la imagen corporal, lo que se pone de manifiesto en que sólo una de cada cinco entrevistadas tuvo una correcta apreciación de su figura, y más de la mitad creyó tener una figura más o menos, según el Test de siluetas. Asimismo, mientras una de cada cuatro mujeres se mostró satisfecha con su figura –y estas cifras se agravan cuando se mide la satisfacción a través de la diferencia entre el peso real y el ideal-, la mayoría quiso pesar menos. Estos niveles de insatisfacción son equivalentes a los que presentan Vega y Quiroga en una investigación realizada en 2003 con estudiantes del conurbano bonaerense, de 13 a 23 años (en Casullo, 2006), pero son más preocupantes que los que plantean Cruz y Maganto (2003) entre las adolescentes españolas, para quienes el índice de satisfacción alcanzada es francamente mayor. En el contexto latinoamericano, por su parte, Gómez Peresmitré (2004) trabajando con escolares mexicanos de 6 a 19 años, observó que la amplia mayoría de las estudiantes quieren ser más delgadas –con valores equivalentes a la muestra local. Cabe destacar que los autores mencionados, como la mayoría de los estudios sobre el tema, relacionan la preocupación por el peso con la juventud. Esta investigación en cambio, estudió mujeres entre 17 y 83 años a fin de contribuir a la comprensión de la conducta alimentaria de mujeres que alcanzaron la madurez, ya que es una población poco explorada. Como puede verse, los hallazgos no son alentadores.

Estos resultados se confrontaron con las respuestas a la dimensión Insatisfacción del ICA, donde las entrevistadas mostraron un alto nivel de satisfacción corporal. La comparación podría estar indicando, nuevamente, que es necesario diferenciar entre ‘el deber ser’ y la autopercepción. Las mujeres reconocen el ideal vigente, pero este no parece

regir la percepción que tienen de sí mismas. El ‘Test de siluetas’ en este caso, apuntaría más al deber ser, y a esto puede contribuir que la pregunta que sirve como disparador remite directamente al ideal: ‘Cuál sería tu figura ideal’. Los resultados obtenidos muestran que la figura ideal no necesariamente se corresponde con la autopercepción de satisfacción. Las mujeres saben que lo lindo, lo esperable, es tener un físico delgado, pero no necesariamente buscan alcanzar ese cuerpo para estar satisfechas con su propia imagen.

Estos resultados contradicen lo que plantean otros estudios. Según Raich y colaboradores (1996), al contrastar la propia imagen con las imágenes ‘ideales’ se desencadenan estados de ánimo negativo o angustia respecto de la propia imagen corporal, y la autoestima cae. La insatisfacción corporal conlleva trastornos emocionales que interfieren la vida diaria y genera malestar. En el mismo sentido, Toro (2006) sostiene que la mera exposición a imágenes femeninas con cuerpo ‘ideal’, en las revistas femeninas o los programas televisivos, por ejemplo, genera sentimientos de depresión, vergüenza, culpa, estrés, inseguridad e insatisfacción corporal.

Pero más allá de las consecuencias que tenga la insatisfacción corporal, como señala Rausch Herscovici (1996), seguir un régimen, ayunar, hacer actividad física, estar pendiente de la comida y del peso, son tan comunes en el contexto local, que serían pocas las mujeres excluidas de la patología alimentaria si estos fueran los criterios de inclusión. Por eso hay autores que se muestran cautelosos al hablar de alteraciones de la imagen corporal como rasgo patognomónico de los trastornos alimenticios, dado que existe un gran solapamiento entre la población clínica con trastorno alimentario y las mujeres que no tienen ese diagnóstico. Incluso algunos trabajos parecen confirmar que la distorsión correlaciona con la insatisfacción corporal y la preocupación por adelgazar también en

mujeres sin trastornos de alimentación (Connors, 1996; Cruz & Maganto, 2003; Mora & Raich, 1994; Raich et al., 1996; Striegel-Moore & Smolak, 1996). Los datos de esta investigación confirman estas observaciones. La dimensión cultural en la era de la imagen cobra fuerza, exacerbando la preocupación por el peso y la comida y la importancia que los TCA y la obesidad han adquirido en los últimos tiempos a nivel de la población son una muestra de esto (Pelaez Fernández, Labrador Encinas & Raich Escursell, 2006).

La distorsión y la insatisfacción corporales no influyeron en la evaluación de los alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables. Lo que se condice con que las alteraciones de la imagen corporal sean tan visibles en población general (Rausch Herscovici, 1996). Todas las entrevistadas los consideraron más saludables. La ‘Prueba de las fotos’ tampoco se relacionó con la insatisfacción corporal. Una vez más se podría pensar que la ‘Prueba de las fotos’ apunta más al *deber ser* que a la autopercepción.

Sí se encontró asociación entre la distorsión de la imagen corporal y el índice de masa corporal. En los extremos, las mujeres compensaron mágicamente su imagen para acercarse a un IMC normal; las de bajo peso creyeron pesar más y las que presentaban sobrepeso y obesidad, menos. Estos resultados son afines con el bajo nivel de Insatisfacción que muestra la prueba ICA. Sólo las mujeres de peso normal no usaron estrategias compensatorias, sino que por el contrario, creyeron pesar más de lo que realmente pesaban. Es como si sólo aquellas mujeres que están en carrera para responder al modelo, quedaran atrapadas por ideales tiránicos.

La insatisfacción con la imagen corporal y el índice de masa corporal también se relacionan. Las mujeres de bajo peso querían pesar más. Las de peso normal y sobrepeso, tuvieron respuestas similares, se repartieron entre la satisfacción y el deseo de pesar menos, aunque las mujeres con IMC normal estaban un poco más satisfechas. Como es esperable

dado su sobrepeso, las mujeres obesas son las que querían pesar menos y presentaron mayores niveles de insatisfacción.

Como ya se mencionó, numerosos autores sostienen que cuando hay insatisfacción surgen emociones negativas. La discrepancia entre el ideal y el ser real suele estar acompañada de la ausencia de resultados positivos, y el no logro de esperanzas y deseos; por lo que también permiten anticipar que el estado de ánimo (ansiedad y depresión) y la autoestima de las mujeres que no respondan al ideal se verá afectada (Croft, 2004 ; Herman & Polivy, 2002; Strauman & Higgins, 1987). Si bien los niveles de ansiedad de la muestra concuerdan con estas observaciones, las otras pruebas relevadas se encuentran dentro de parámetros aceptables para la población argentina. Ahora la paradoja se ubica en el plano teórico. Los trastornos de la imagen corporal y la preocupación por la dieta están presentes, pero esto no parece desencadenar consecuencias negativas. Como se anticipó, la explicación puede encontrarse en que estos trastornos son moneda corriente en la población general (Rausch Herscovici, 1995) y como se vio en las contradicciones que presentan las distintas pruebas hasta aquí analizadas, las mujeres encuentran estrategias para ubicarse en una posición más hedonista.

### **Variables sociodemográficas**

Los estudios sobre la imagen corporal coinciden en afirmar que la idealización de la delgadez está fuertemente asociada con el *género* y la *edad* (Casullo 2006; Connors, 1996; Croft, 2004; Cruz & Maganto, 2003; Mora & Raich, 1994; Nunes, 2006; Striegel-More & Smolak, 1996). Por eso este estudio asumió que la imagen corporal es un problema fundamentalmente femenino -aunque, como el patrón cultural masculino está cambiando, hay en la actualidad datos interesantes que ameritarían un estudio sobre esa población

(DSM IV, 1998; de la Serna de Pedro, I., 2001; Quintanilla, 2008). Además, se centró en las actitudes y conductas de las mujeres con un amplio rango de edad, a fin de indagar si la edad es una variable significativa, porque como se puntualizó anteriormente, las mujeres que alcanzaron la madurez son una población poco explorada. En este terreno, la mayoría de los estudios se circunscriben a adolescentes y jóvenes (Casullo, 2006; Cruz & Maganto, 2003; Mora y Raich, 1994-2003; Toro, 2006), pero como señaló Connors en 1996, los jóvenes están sobre representados en las investigaciones sobre el tema.

Al analizar la relación entre comida y salud en las distintas edades, se observó que todas las entrevistadas consideraron a los alimentos dietéticos como más saludables, mientras las diferencias aparecieron en relación con los alimentos no dietéticos, los que son preferidos por las mujeres más jóvenes (de 17 a 24 años) frente a las de 50 años o más. Las preferencias de las más jóvenes podrían estar relacionadas con una mayor permisividad alimentaria y una prevalencia del hedonismo asociado a la comida. Mientras que el grupo cuya edad es de 50 años o más, el cual estaría más pendiente de pautas alimentarias propias de los riesgos y controles médicos característicos del segmento de edad –pasaje a la menopausia-, apuestan a la comida ‘light’.

Otras variables sociodemográficas como el *lugar de nacimiento y de residencia*, y el *estado civil*, no mostraron ser significativas en la elección de alimentos dietéticos y no dietéticos como saludables.

En cuanto al *nivel de educación* vuelve a aparecer la misma tendencia, aceptación masiva de los alimentos dietéticos como saludables, pero no así con los no dietéticos. Las mujeres de menor nivel de educación valoran a los alimentos que engordan como más saludable. Las de nivel de educación medio, en cambio, los descalifican. ¿Cómo entender estas respuestas? Las mujeres cuyo nivel de educación es bajo, respondieron a las

representaciones de clase tradicionales (Aguirre, 2005; Martín Criado & Moreno Pestaña, 2005), al valorar más que los otros grupos los alimentos ‘engordantes’. Aunque sostienen que los alimentos dietéticos son más saludables, también valoran a los alimentos no dietéticos. Del mismo modo, las mujeres de nivel educativo más alto aprecian los alimentos no dietéticos, aunque en menor medida que el grupo anterior. Puede pensarse, que al poseer estas últimas un mayor conocimiento respecto de los beneficios y perjuicios para la salud de los distintos tipos de alimentos, están menos ligadas al estereotipo que afecta especialmente a las entrevistadas de nivel medio de educación. O, como ya se mencionó, es una estrategia para alejarse de los valores de los ‘nuevos ricos’ –que la clase media querría emular. En términos de Bourdieu (1991), habría un mayor peso del capital cultural por sobre el capital económico.

Cómo señalan Martín Criado y Moreno Pestaña (2005), la forma en que cada sector se apropia del discurso médico está fuertemente influida por el nivel educativo. Puede decirse que a mayor capital cultural, mejor conocimiento de este discurso, que por ser científico, es considerado legítimo (Moscovici, 1961). A medida que se asciende en la escala social y en particular en la escolarización, la predisposición a adquirir dichos conocimientos aumenta. Pero la apropiación que el sujeto hace de ese discurso, está tamizada por sus categorías previas –en palabras de Moscovici (1961) es el anclaje. A mayor distancia entre las categorías del grupo de origen y las del discurso científico, mayor flexibilidad en la interpretación (Martín Criado, 2007; Martín Criado & Moreno Pestaña, 2005).

En la presente investigación no se encuentra una relación lineal entre educación y apropiación del discurso nutricional. Más bien, como ya se señaló, las respuestas de los niveles bajo y alto de educación se aproximaron. Pero no hay que olvidar que la

investigación de Martín Criado y Moreno Pestaña (2005) trabajó sólo con sectores populares. Por otra parte los autores destacan que la información nutricional es ambigua e incluso contradictoria.

El *nivel de ocupación* de la entrevistada o que fuera o no el *principal sostén del hogar* tuvo menos peso. Sólo resultó influyente la preferencia por los alimentos dietéticos entre las mujeres que pertenecen a familias donde el Principal Sostén del Hogar tiene una ocupación más cercana a la clase media, respecto de la ocupación informal, desempleo, etcétera. Estos resultados son complementarios con los sesgos que produce el nivel educativo. Si bien no se entrará en detalles, la ocupación está sufriendo fuertes cambios a nivel nacional e internacional (Beck, 2000; Svampa, 2005) por lo que es coherente que no discrimine a la hora de definir el tipo de alimentos considerados saludables.

En cambio vuelven a aparecer diferencias en los alimentos no dietéticos de acuerdo con los distintos *niveles de consumo*. Aquí reaparece la tensión entre capital social y capital económico (Bourdieu, 1991), hay una relación inversa entre la preferencia por los alimentos que engordan y el nivel de consumo. El grupo que no posee restricción en consumos (nivel alto) tiende a desvalorizar a los alimentos no dietéticos. Esta tendencia se acerca al planteo de Aguirre (2005), en el sentido que las clases más altas valoran más a los alimentos dietéticos. Sin embargo es conveniente aclarar que según los resultados de esta investigación, es el nivel medio el que más inclina la balanza a favor de los alimentos dietéticos.

En cuanto a las *prestaciones en salud*, la atención a través de obra social, característicos de un nivel medio, orienta a las mujeres a estimar como más saludables los alimentos dietéticos, que quienes se atienden en forma privada o a través de prepagas. No hay diferencias en la consideración de los alimentos no dietéticos. Nuevamente es el nivel

medio el que más valora los alimentos de dieta. Aquí reaparecen los criterios de distinción (Bourdieu, 1988). Tal vez pueda explicarse desde el juego de la Ilusión de invulnerabilidad: quienes se atienden en forma privada o a través de prepagas ya hicieron todo lo necesario para cuidar su salud porque están protegidos por un sistema diferencial. Otra alternativa es que estas mujeres, más preocupadas por su salud y por lo tanto más informadas, como ya se mencionó, no son seducidas por el discurso mediático que idealiza los alimentos ‘light’.

Finalmente, también se les pidió a las entrevistadas su *autoevaluación de nivel socioeconómico*. Masivamente las mujeres se autoclasificaron dentro de la clase media (una sola de clase alta), por lo que parte de las entrevistadas de clase baja tuvieron que contribuir a la heterogeneidad de este grupo. Esto permite inferir que las respuestas de clase media no son representativas ya que incluyen sujetos tanto de clase baja como de clase media y alta. Como diría Allport (en Doise et al., 1980) en presencia de otros, las personas evitan dar respuestas extremas y se manejan dentro de límites moderados. Sin embargo es interesante ver cómo respondieron quienes se afirman en su pertenencia de clase, ya que son ellas las que percibieron a los alimentos dietéticos y no dietéticos de manera más positiva. Aunque las diferencias son significativas sólo en relación con los alimentos no dietéticos.

Cabe destacar nuevamente que la ocupación está sufriendo fuertes cambios a nivel nacional e internacional (Beck, 2000; Svampa, 2005). Todos los grupos sociales sufrieron profundas modificaciones en su composición socio-ocupacional. Desde mediados de los ‘90, la asimetría y desigualdad sociales fueron creciendo, lo que afectó enormemente las oportunidades de vida y la capacidad de acción de las clases media y baja, desdibujando la clásica división de clases (Svampa, 2005). Por eso no resultó ser una variable que discrimine a la hora de definir las ilusiones cognitivas asociadas a la silueta y la alimentación -aunque hay que recordar que la muestra es intencional no probabilística por

lo que no se pueden hacer generalizaciones. Sí resultaron significativos los niveles de educación y, en menor medida el tipo consumo y de prestación en salud de las entrevistadas.

Por lo antedicho, al integrar las distintas variables en un único INSE no se incluyó a la ocupación. Por eso y para ganar riqueza en el análisis, además, se consignaron los distintos componentes de modo independiente. Finalmente, a partir del INSE se pudo observar que la preferencia tanto por los alimentos dietéticos como no dietéticos –aunque sobre todo los segundos- se registró en los niveles bajos. Éstos parecen debatirse entre el discurso hegemónico –adoptando representaciones sociales que hasta no hace mucho eran propias de los NSE más altos (Aguirre, 2005)- y sus propias preferencias. Los niveles medio y alto tienen a una posición más homogénea y una mayor desestimación de todos los alimentos. Estas diferencias podrían plantearse en términos de representaciones sociales hegemónicas y alternativas en pugna. Como sostiene Moscovici (1984) el pensamiento del grupo nunca está fuertemente consensuado.

### **Índice de masa corporal**

El IMC es un índice simple, que sirve para calcular la relación entre peso y altura. Es muy usado para clasificar el sobrepeso, peso normal o bajo de adultos o niños. Por eso resultó de interés para esta investigación, a fin de averiguar si el IMC influye en la valoración de los alimentos de dieta y de la delgadez como saludables. Pero los datos no mostraron ninguna relación. En cambio, el hecho de estar o no haciendo dieta sí estuvo mediatizado por el IMC.

Ninguna de las mujeres de bajo IMC refirió estar haciendo dieta en el momento de la entrevista, pero sí casi la mitad de las mujeres cuyo peso era normal y las que tenían

sobrepeso. En el otro extremo, la mayoría de las mujeres obesas estaba haciendo dieta – estos datos coinciden con los de Chugh & Puri (2001) en población hindú. Es interesante destacar que las mujeres de peso normal y sobrepeso tuvieron un comportamiento similar. Como señalan Connor-Greene (en Peters et al., 1996), del total de personas que sigue una dieta, la mitad no tienen sobrepeso. En cambio, el comportamiento de las mujeres de bajo peso no coincide con otros estudios. En el mencionado estudio de Vega y Quiroga (en Casullo, 2006), cuanto más flaca era la adolescente, mayor era su deseo de adelgazar. Las mujeres con bajo peso de la muestra son muy pocas -aunque no superan los 24 años de edad- por lo cual convendría tomar estos datos sólo como una tendencia.

El NSE a su vez influye en el IMC. Las mujeres de clase baja son las que alcanzan los IMC más altos y en promedio tienen sobrepeso. Las de clase media oscila entre el peso normal y el sobrepeso; mientras las mujeres de clase media/alta son las que más se acercan al peso normal. A mayor nivel socioeconómico, menor IMC. Estos resultados permiten intuir que el mal de la actualidad, en el contexto local, no es tanto la extrema delgadez acompañada de desnutrición sino el obeso desnutrido (Ravenna, 2004). Como destaca Aguirre (2005) la canasta de los pobres abunda en carbohidratos, pero escasea en nutrientes esenciales.

### **Las concepciones y percepciones respecto del propio cuerpo y de la relación delgadez-salud, en un grupo de mujeres argentinas y otro de mujeres japonesas.**

La cultura es un sistema relativamente organizado de significados y valores compartidos, que son aceptados como verdaderos. Aunque los individuos no son pasivos receptores de las proposiciones transmitidas, responden a esquemas prealmacenados que se corresponden con el conocimiento social. Hay sesgos en la interpretación de la información del mundo

real, que lleva a los individuos a responder en función de sus creencias previas, de valores socialmente aceptados (Páez, Marques & Insúa; 1994).

Cada grupo cultural tiene un ideal compartido respecto de la imagen corporal deseada, al cual se asocia la satisfacción con el propio cuerpo. Por eso, la imagen corporal es particularmente apta para ser enfocada desde la perspectiva cultural ya que está influida por valores sociales (Connors, 1996; Contreras, 1995; Heinberg, Thompso & Stormer, 1995; Swami, Caprario, Tove'e & Furnham, 2006). La alimentación, común a todos los seres vivos, también está determinada por la cultura. Es evidente que hay enormes diferencias cuantitativas y cualitativas entre lo que los seres humanos deberían comer por necesidades biológicas, y lo que realmente comen (Aguirre, 2005; Berger & Luckmann, 1968; Brusco, 1980; Harris, 1989-90; Ogden, 2005). Los factores socio-culturales influyen tanto en la selección de lo que se puede o debe comer, como en el físico deseable.

Pero los datos respecto de la conducta alimentaria, las variaciones en el peso o la imagen corporal ideal y su relación con la cultura, son controversiales. Algunos autores apuntan a las diferencias étnicas, mientras otros destacan los factores socio-económicos: blancos y negros, orientales y latinoamericanos, países en vías de desarrollo y desarrollados, clase alta o baja, etcétera, son algunos de los parámetros usados para contextualizar la conducta alimentaria o la imagen corporal deseable. En este marco, comparar culturas diferentes puede ser de utilidad para detectar similitudes y diferencias, y al mismo tiempo, poner en evidencia factores protectores y predisponentes que contribuyen a moldear la conducta alimentaria y la relación con el propio cuerpo, que, como ya señalara Jodelet (1984) está inserto en un marco geográfico e histórico.

Como se contó con la oportunidad de viajar al Japón, se pudo realizar una comparación parcial entre un grupo de mujeres argentinas y otro de mujeres japonesas. Esto

fue de particular interés porque la mayoría de las investigaciones comparan mujeres con el mismo lugar de residencia (Ahmad et al., 1994; Altabe, 1996; Lake, Staiger & Glowinski, 2000; Stephens et al., 1999; Striegel-Moore & Smolak, 1996). En este caso, en cambio, occidentales y orientales fueron entrevistadas en Argentina y Japón, respectivamente.

Para comenzar se indagaron algunas diferencias sociodemográficas y socioeconómicas, que arrojaron datos interesantes que se analizan a continuación. Luego se abordó el problema que nos ocupa.

### **Datos sociodemográficos**

En ambas submuestras el promedio de *edad* fue de 40 años, aunque la dispersión fue mayor en Argentina que en Japón. El *peso*, en cambio, mostró diferencias que vale la pena subrayar, en particular la gran dispersión en el peso actual de las mujeres argentinas, las que presentaron una dispersión de casi 120 kilogramos, frente a 24 kilogramos de las japonesas. Estos números dan cuenta de que, como sostienen Sakamaki y colaboradores (2005) la obesidad entre la población oriental es casi inexistente.

Según las tablas antropométricas, la altura y la contextura física promedio de los japoneses es menor que la de los argentinos (de Girolami et al., 2003; Centro Cultural e Informativo, Embajada del Japón en la Argentina). Sin embargo, las diferencias de peso no pueden justificarse por las particularidades antropométricas de cada grupo. La dispersión del peso de las mujeres argentinas es preocupante, especialmente si se considera que casi la mitad presentaron sobrepeso, y una de cada cinco era obesa. Y estos datos son incluso inferiores a los que denunció la Sociedad Argentina de Nutrición, a partir del *Programa de Vigilancia Nutricional* de la República Argentina (de Girolami et al., 2003).

De modo coherente con los datos arriba mencionados, hay mayor diferencia en la submuestra argentina entre el peso actual y el deseado; mientras las japonesas quieren bajar 4 kgs., las argentinas duplican la apuesta. Tal como indica la bibliografía sobre el tema (Altabe & Thompson, 1996; Casullo, 2006; Connors, 1996; Cruz & Maganto, 2003; Mancilla Díaz et al., 2006; Mora Giral & Raich Escursell, 1994; Nunes, 2006; Perpiñá & Baños, 1990; Raich et al., 1996; Rausch Herscovici, 1996; Swami, Caprario, Tove'e & Furnham, 2006; Takasaki et al., 2003), son muy pocas las mujeres argentinas o japonesas, que están satisfechas con su peso o quieren pesar más, mayoritariamente quieren pesar menos de lo que indica la balanza.

Un dato cualitativo inesperado interesante para futuras indagaciones; y que por lo tanto no fue relevado sistemáticamente; es que las mujeres japonesas no asociaron el término 'dieta', con las 'dietas hipocalóricas'. Cuando se le preguntó a las mujeres de la muestra argentina si estaban a dieta, todas asumieron que la pregunta remitía a las dietas adelgazantes que sirven para modelar la silueta. Las japonesas, en cambio, preguntaban 'qué tipo de dieta: para la diabetes, por el colesterol, etcétera'; no asociaron unívocamente las dietas, a las dietas hipocalóricas. Esto se refleja en que la mitad de las mujeres argentinas dijo estar a dieta en ese momento, mientras las japonesas mayoritariamente se repartieron entre quienes nunca habían hecho una dieta y las que sólo la hacían de vez en cuando. Sin embargo hay autores orientales que enfatizan la preocupación por la delgadez y las conductas dietantes en sus mujeres, quienes comienzan a acercarse a pautas que hasta hace poco eran privativas de occidente (Sakamaki et al., 2005; Takasaki et al., 2003). Igualmente, la obsesión por las dietas está más presente entre las entrevistadas locales.

Ocupación y educación, dan cuenta de las diferencias económicas que presentan los dos contextos, no en vano Japón es la segunda potencia mundial, después de EEUU. El

nivel de ocupación tanto de las entrevistadas japonesas como del principal sostén del hogar, la alta presencia de amas de casa que no buscan completar el salario fuera del hogar, y la ausencia de desempleados y de empleados de ocupación informal (salvo unas pocas mujeres), así como el fuerte sesgo hacia la educación universitaria dan cuenta de que el nivel socioeconómico de la submuestra japonesa es más alto y homogéneo que en la submuestra argentina.

### **Asociación de la delgadez y la comida dietética, con la salud**

Al analizar la presencia del sesgo cognitivo que asocia la delgadez con la salud a partir de la 'Prueba de las fotos', la muestra oriental acentuó levemente la tendencia general hacia la elección de fotos de figuras femeninas delgadas como sinónimo de salud. En ninguna de las dos culturas, las características sociodemográficas o socioeconómicas marcaron diferencias. El grado de insatisfacción corporal tampoco influyó en la elección de las fotos ni de los alimentos como saludables.

En cuanto al gusto por los alimentos, las mujeres de ambas culturas prefirieron los alimentos no dietéticos. Si bien las proporciones se mantuvieron, las mujeres japonesas gustan menos tanto de los alimentos dietéticos como de los no dietéticos, lo que muestra la necesidad de seguir indagando en sus hábitos alimentarios. Pero más allá de las preferencias culinarias, sólo las argentinas evidenciaron una clara predilección por los alimentos dietéticos. Nuevamente, un dato no relevado sistemáticamente, pero sin embargo interesante, es que cuando se les preguntaba a las entrevistadas japonesas que tanto gustaban de los alimentos dietéticos, como por ejemplo los quesos 'diet', en muchos casos ni siquiera los conocían. En relación con el consumo, se mantuvo una tendencia similar,

pero las diferencias en la preferencia de los alimentos no dietéticos por sobre los dietéticos fueron más pronunciadas entre las japonesas.

En cuanto a la creencia de que los alimentos dietéticos son más saludables, las entrevistadas occidentales mayoritariamente adhirieron a esta afirmación. Si bien para ambas submuestras la balanza se inclina hacia los alimentos dietéticos, sólo las argentinas los valoran francamente. En las mujeres argentinas y japonesas, entonces, se ve una clara preferencia en el gusto y en el consumo por los alimentos no dietéticos. Entre las primeras, esta tendencia se invierte claramente en la consideración de los alimentos como saludables. Las japonesas, en cambio, valoran tanto a los alimentos dietéticos como no dietéticos y estos resultados no se ven influidos por los datos sociodemográficos y socioeconómicos relevados. Para alcanzar una mayor comprensión de las preferencias alimentarias de las mujeres japonesas se sugiere seguir profundizando en futuras investigaciones.

Las dos pruebas que analizan la asociación entre delgadez y salud en Argentina y Japón son la 'Prueba de las fotos' y la de 'Alimentos preferidos / saludables'. La primera muestra que tanto las japonesas como las argentinas están inmersas en el ideal occidental de belleza y salud, ya que consideran que la delgadez es sinónimo de salud. Estos datos concuerdan con lo que plantean Sakamaki y colaboradores (2005) y Takasaki y colaboradores (2003), quienes sostienen que en la actualidad los japoneses responderían al ideal de extrema delgadez de la cultura dominante, que es la occidental, aunque este ideal femenino también puede rastrearse en la misma tradición japonesa que valora, además de la delgadez, otras actitudes y prácticas que favorecen la preferencia por cuerpos delgados. Asimismo, en Japón se incrementó la obesidad, lo que legitima pensar que las japonesas están preocupadas por la búsqueda de la delgadez extrema y el temor a engordar Swami,

Caprario, Tove'e, y Furnham (2006). En ese sentido, la presente investigación mostró que mayoritariamente las mujeres japonesas entrevistadas quieren pesar menos.

En relación con los alimentos se pueden hacer consideraciones que contribuyan, al menos, a entender el comportamiento alimentario de las argentinas. En la submuestra japonesa, todos los alimentos puntuaron menos, por lo que se puede suponer que sus preferencias alimentarias son otras. Pero dejando esto de lado, lo que se observa a partir de los datos de la investigación es que las japonesas no gustan, consumen, ni consideran más saludables a los alimentos dietéticos. Es más, en muchos casos directamente los desconocen. Paradójicamente las japonesas son más delgadas, a pesar de que casi la mitad dijo no haber hecho dieta nunca. A su vez los datos permiten detectar la preocupación de las argentinas por hacer dieta, por responder al ideal estético y de salud. Lo que resulta contradictorio es que junto a esta tendencia dietante generalizada aparece un aumento de peso tanto en la submuestra relevada como en la población general (de Girolami et al., 2003). Apoyándose en Swami, Caprario, Tove'e, y Furnham (2006) desde oriente, y Fraser (1998) desde occidente, se podría inferir que la comparación entre ambas submuestras avala pensar que la preocupación por las dietas más que contribuir a la prevención de las patologías asociadas al sobrepeso genera, por lo menos, exceso de peso. El no hacer dietas hipocalóricas y no privilegiar los alimentos de dieta parecen constituirse en factores protectores.

Fraser (1998) y Croft (2004) sostienen que las dietas están predestinadas al fracaso, entre otras razones, porque cada individuo tiene ciertas determinaciones biológicas que moldean su cuerpo. Además, quienes hacen dietas permanentemente, pierden la capacidad de reconocer el hambre y la saciedad. No comen por hambre sino que lo hacen en horarios preestablecidos y en cantidades determinadas, cuando deben, lo que deben. La solución

sería recobrar el contacto con el propio cuerpo, reconocer el hambre y la saciedad, y aceptar el cuerpo real, en vez de ir tras una figura ideal inalcanzable.

Mucho se habla de que el sobrepeso pone la salud de las personas en riesgo. Sin embargo, hay estudios que muestran que los hombres gordos que realizan ejercicio viven tanto como los flacos. El problema podría ser más la falta de ejercicio que el exceso de peso (Fraser, 1998). Por su parte, en el ámbito local D'Angelo y colaboradores (2005) en un estudio realizado con niños en edad escolar, mostraron que la población estudiada ingiere más calorías de las recomendadas, especialmente las mujeres, y realizan poca actividad física. Como ya se dijo, se produce un paquete explosivo: la necesidad de controlar el peso porque la delgadez contribuye a la autovaloración y la autoestima, al mismo tiempo que se privilegian los alimentos calóricos, es decir con alto contenido de grasas o azúcares. Todo esto en una población cada vez más sedentaria (Fraser, 1998; Nunes, 2006; Ravenna, 2004-2006; Servicio de Nutrición del Hospital Rivadavia<sup>15</sup>).

### **A modo de síntesis**

El objetivo de la presente investigación fue aportar al conocimiento de las representaciones sociales que tienen las mujeres acerca del cuerpo y la comida, en particular los sesgos atribucionales que atraviesan sus prácticas alimentarias, a fin de contribuir a mejorar las pautas de alimentación de la población. La perspectiva adoptada, más que preocuparse por la enfermedad una vez instalada -cómo revertirla y cómo paliar sus consecuencias- se ocupa de la prevención, o más aún, de la promoción de la salud (Bazán & Dominguez, 2005), enfatizando la necesidad de analizar tanto los factores promotores del riesgo, como

---

<sup>15</sup> Entrevista realizada por la autora de la tesis a las integrantes del Servicio de Nutrición del Hospital Rivadavia, 20 de diciembre de 2007

los factores protectores (Kotliarenco, 1986; Masten, 1990; Rutter, 1990). Para eso hay que tener en cuenta una multiplicidad de factores que exceden ampliamente el acceso o el gusto por ciertos alimentos, y en eso la psicología social tiene algo que aportar.

Los resultados de la investigación mostraron que las mujeres argentinas de la muestra analizada están ‘obsesionadas’ por las dietas, en pos de un ideal de belleza imposible de alcanzar. Esto se conjuga con la creencia de que la delgadez y la comida dietética son más saludables. Pero al mismo tiempo, las mujeres gustan y consumen más alimentos no dietéticos, por lo que se enfrentan a una paradoja que entrelaza el deber con el placer. De acuerdo con las estadísticas nacionales, las mujeres no salen airoosas de esta paradoja, ya que la Argentina es por un lado, uno de los países con mayores índices de TCA (Casullo 2006), y por el otro más de la mitad de la población tiene sobrepeso (de Girolami et al., 2003); respecto de la población general.

Uno de los hallazgos más interesantes que surgió del estudio realizado es que las mujeres que hacen dieta, más que disminuir el consumo de alimentos que engordan, aumentan el consumo de alimentos dietéticos. Nuevamente, esto es coherente con los niveles de sobrepeso que presentó la muestra. Aunque las opiniones al respecto no son unívocas, el sobrepeso está asociado a ciertas patologías como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, entre otras. Por eso no es recomendable en ningún grupo social, pero sus consecuencias pueden agravarse en los sectores más pauperizados.

Muchas veces, el sobrepeso va de la mano de la desnutrición. Como enfatiza Aguirre (2005), la canasta de los ‘pobres’ tiene un aporte energético adecuado e incluso excesivo, provocando sobrepeso, pero no tiene los nutrientes necesarios para el normal desarrollo, crecimiento y funcionamiento del organismo. Vitaminas y minerales, presentes en frutas, verduras y lácteos, son los alimentos que los pobres no pueden comprar. El

análisis de las relaciones entre el índice de masa corporal y el NSE de las entrevistadas, si bien no puede avalar la existencia de desnutrición en las clases populares, sí confirma la presencia de sobrepeso. Las mujeres de clase baja, en promedio, tienen sobrepeso.

Si bien las personas tienden a optimizar sus recursos a la hora de decidir qué comer. Esto no quiere decir que sus elecciones sean necesariamente las mejores, pero sí que responden a una racionalidad propia de sus condiciones de vida (Aguirre, 2005). El saber popular está fuertemente imbuido de representaciones y preceptos del discurso médico sobre nutrición, que alcanzó el nivel de legitimidad propio de la ciencia (Martín Criado & Moreno Pestaña, 2005). Esto se refleja en que las mujeres estudiadas valoran como saludables los alimentos dietéticos en desmedro de los que engordan; entienden que la dieta es una forma de prevención y cuidado.

Si se combina la legitimidad del discurso médico que sanciona el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares, con el precio de los alimentos dietéticos -basta dar una vuelta por cualquier supermercado para notar que estos productos son más caros- y a esto se le suma que la asimetría y la desigualdad social se fueron profundizando a partir de los '90 en la Argentina, lo que afectó enormemente el bolsillo y las oportunidades de vida de las clases media y baja (Aguirre, 2005; Svampa, 2005); el resultado es preocupante.

Los 'gustos de clase' de los que habla Aguirre (2005) están cambiando o al menos se están complejizando. De acuerdo con la presente investigación todos los grupos sociales consideran a la gordura como dejadez, mientras la comida 'light' es casi un valor moral. Aunque las consecuencias de los sesgos cognitivos analizados no involucren sólo a los sectores más desprotegidos -como lo demuestra el crecimiento de los trastornos de la conducta alimentaria y del sobrepeso en la población general-, estos son los más afectados. Al adoptar los gustos e ideales de las clases más altas, sin su solvencia económica, se alejan

cada vez más de la posibilidad de optimizar sus recursos, es decir, de optimizar la relación entre los alimentos y la salud, y acceder así a una mejor calidad de vida.

Este estudio presentó algunas limitaciones en relación con la toma de entrevistas a las mujeres argentinas y japonesas. Primero, las preguntas acerca de si hacen o no dieta en ambas culturas fueron diferentes; mientras a las mujeres argentinas sólo se les preguntó si estaban a dieta en ese momento, en las japonesas se indagó: si nunca habían hecho dieta, si la hacían a veces, si la hacían frecuentemente o si estaban siempre a dieta. Por esta razón la comparación de los resultados tiene ciertas restricciones.

Además, durante las entrevistas en Japón surgieron datos cualitativos que resultaron inesperados, y que por lo tanto no fueron relevados sistemáticamente; probablemente por la fuerte asociación que hay en el medio local, incluso para la autora de esta tesis, entre el término ‘dieta’ y las ‘dietas hipocalóricas’. Cuando se les preguntaba a las mujeres japonesas si estaban a dieta, ellas preguntaban qué tipo de dieta. Asimismo, las mujeres orientales no conocían la existencia de muchos alimentos dietéticos –como los quesos dietéticos, por ejemplo. Las mujeres argentinas, por su parte, si bien rápidamente asociaron las ‘dietas’ con las ‘dietas hipocalóricas’ – y no les resultaron ajenos ninguno de los alimentos-, cuando se indagó acerca de sus prácticas alimentarias se observó que quienes estaban a dieta no necesariamente dejaban de comer alimentos engordantes, mas bien comían más alimentos dietéticos. Estos datos merecen ser retomado en futuras investigaciones: qué entienden las mujeres de ambas culturas por dieta y alimentos dietéticos.

Un tema adicional es la limitación de no haber incluido alguna pregunta sobre trastornos alimentarios, como por ejemplo, si las entrevistadas habían padecido TCA

previamente o en el momento de la toma, si tenían problemas de diabetes, enfermedad celíaca, presión arterial o colesterol, entre otros, que pueden influir en la elección de los alimentos consumidos y considerados saludables. Asimismo, debería haberse tenido en cuenta que parte de los datos fueron relevados en mujeres que asisten a comedores comunitarios, por lo que los alimentos consumidos dependen de los alimentos que estos proveen, especialmente en aquellos casos en que esa sea la única comida del día o al menos la comida principal. En esos casos el consumo está sesgado por los alimentos que ofrecen los comedores. No ocurre lo mismo con los ‘alimentos que gustan y consideran saludables’.

A pesar de las limitaciones señaladas, que seguramente no serán las únicas, la presente investigación desarrollo tres pruebas sencillas para estudiar la asociación delgadez/salud, que pueden servir para ver el impacto que este sesgo cognitivo tiene en la salud de la población, en particular en relación con la conducta alimentaria. Como se señaló con anterioridad, la muestra es intencional no probabilística por lo que no se pueden generalizar los resultados a toda la población. Sin embargo, los datos obtenidos pueden servir de base para iniciar una línea de estudios orientados a reforzar o rebatir estos hallazgos. Asimismo, los resultados del presente estudio pueden ser de utilidad desde una perspectiva que enfoque en la prevención, o más aún, en la promoción de la salud, enfatizando tanto los factores promotores del riesgo, como los factores protectores.

La hipótesis que guió el trabajo fue indagar si existe en una muestra de mujeres argentinas de la CABA y el AMBA el deseo permanente de hacer dietas hipocalóricas, hipótesis que fue confirmada. Además se preguntó si este deseo se sostiene, entre otros valores vigentes, en los sesgos asociados a la creencia compartida de la delgadez y los alimentos dietéticos como indicadores de salud. Nuevamente los hallazgos de esta investigación mostraron sesgos atribucionales que asocian la cultura de la delgadez y la

creencia de que ésta, así como los alimentos dietéticos, son garantía o al menos contribuyen significativamente a la buena salud –discurso hegemónico. A la dualidad que plantea Jodelet (1984) en relación con el cuerpo, en cuanto a aceptar o no las presiones existentes hacia la homogeneidad, con lo que se gana y se pierde en las relaciones interpersonales, se agrega la creencia de que ese cuerpo delgado además, es más saludable.

Como se señaló en apartados anteriores, la aceptación del discurso hegemónico va acompañado de una tasa elevada de trastornos de la conducta alimentaria y -aún más significativo por el grado de incidencia- de sobrepeso en aproximadamente la mitad de la población muestral y general, lo que demuestra su ineficacia. La preocupación exagerada por el peso tal vez tenga como consecuencia justamente lo contrario de lo que busca. Este discurso, además, es sostenido por mujeres amas de casa que tienen a su cargo el cuidado de la alimentación y la salud de la familia (Martín Criado y Moreno Pestaña, 2005), lo que habla de su capacidad de amplificación y repercusión.

En futuras investigaciones sería de interés indagar si los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, nutricionistas), responsables de la transmisión de un discurso aceptado como legítimo por la población en general, están atravesados por estos mismos sesgos cognitivos. Asimismo, seguir avanzando en el estudio de las prácticas y discursos sobre el cuerpo y la alimentación en las mujeres porteñas; con una metodología cualitativa en grupos de discusión; puede ser útil para profundizar en la comprensión de las discrepancias entre las prácticas reales y las creencias o representaciones sobre el cuerpo, la alimentación y la salud; y las posibles diferencias entre distintos grupos según edad, estilo de vida, educación, etcétera; y estudiar el papel que juega el ejercicio físico. Además, sería conveniente examinar en los medios de comunicación masiva locales la transmisión del

modelo que asocia la delgadez y la comida dietética con la salud, por el carácter casi invasivo que tienen los medios.

También resultaría de interés profundizar en la comprensión de las preferencias alimentarias de las mujeres japonesas. Ellas no gustan, consumen, ni consideran más saludables a los alimentos dietéticos y sin embargo son más delgadas, por lo que conocer sus conductas alimentarias puede contribuir a desarrollar factores protectores de la salud para las mujeres argentinas.

Por último, este trabajo espera haber contribuido al conocimiento de las representaciones sociales que tienen las mujeres acerca del cuerpo y la comida, de modo que sirvan para esclarecer los valores subyacentes a los sesgos atribucionales que atraviesan sus prácticas alimentarias. En cuanto a la aplicabilidad de los resultados, se espera que los datos obtenidos sirvan de base para diseñar estrategias de intervención más eficaces que ayuden a mejorar los patrones de alimentación de la población.

La profundización en esta temática permitirá fomentar prácticas saludables, de modo que la población optimice los recursos de que dispone y así contribuir a mejorar su calidad de vida. El propósito a futuro es desarrollar propuestas de educación en materia nutricional, sin que la apropiación de esos conocimientos se vea obstaculizada por sesgos cognitivos ineficaces, en particular aquellos que asocian unívocamente la delgadez y la comida dietética con la salud. La perspectiva adoptada, se centra en la promoción de la salud (Bazán & Dominguez, 2005), enfatizando la necesidad de ocuparse tanto de los factores promotores del riesgo, como de los factores protectores (Kotliarenco, 1986; Masten, 1990; Rutter, 1990).

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aguirre, P. (2005). *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*. Argentina: Ciepp Miño y Dávila.
- Aguirre Calvo, M. L. et al. (2006). Estado actual de los trastornos del comportamiento alimentario en Chile, cap. 4. *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*, comp. por Mancilla Díaz & Gómez Pérez-Mitré. México: El Manual Moderno.
- Ahmad, S., Waller, G., & Verduyn, C. (1994). Eating attitudes among Asian school girls: The role of perceived parental control. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 91-97.
- Albornoz, P. & Matos, L. (2001). Perfil clínico-epidemiológico de la anorexia nerviosa. Pacientes atendidos en el instituto nacional de salud mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" entre 1982 y 1998. *Revista de Neuro-Psiquiatría del Perú* - Tomo LXIV, Junio, N° 2. [http://64.233.169.104/search?q=cache:rwxoX6Ki6o8J:sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Neuro\\_psiquiatria/v64\\_n2/perfil.htm+Patricia+Albornoz+y+Luis+Matos&hl=es&ct=clnk&cd=1](http://64.233.169.104/search?q=cache:rwxoX6Ki6o8J:sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Neuro_psiquiatria/v64_n2/perfil.htm+Patricia+Albornoz+y+Luis+Matos&hl=es&ct=clnk&cd=1) (consultado el 28/1/2008)
- Altabe, M. (1996). Ethnicity and body image: Quantitative and qualitative analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 153-159. [www.btinternet.com/~Negativecharisma/bodies/altabe.pdf](http://www.btinternet.com/~Negativecharisma/bodies/altabe.pdf) (consultado el 13/02/2006).
- Altabe, M. & Thompson, J. K. (1996). Body Image: A Cognitive Self-Schema Construct? *Cognitive Therapy and Research*, vol. 20, n°2, p. 171-193.

- Asia Pacific Cohort Studies Collaboration (2004). Body mass index and cardiovascular disease in the Asia-Pacific Region: an overview of 33 cohorts involving 310 000 participants. *International Journal of Epidemiology* [version electrónica] 33(4):751-758; doi:10.1093/ije/dyh163.
- Banco Mundial (2004). Indicadores de desarrollo [http://www.socialwatch.org/es/indicadoresDesarrollo/flash\\_content/index.html?lan=es&ind=A4](http://www.socialwatch.org/es/indicadoresDesarrollo/flash_content/index.html?lan=es&ind=A4) (consulta:22/1/05).
- Bazán, C. I.& Bóveda, F. (2005). La comunicación vía internet. Dioses o demonios. *Subjetividad y procesos cognitivos 7- Psicología Social*. Revista de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, USES, p. 72-89.
- Bazán, C. I. & Dominguez, C. H. (2005). Encontrando utopías. Algunas reflexiones y propuestas en torno al concepto de resiliencia. *Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial* (comp. por Pellizzari, P. C. & Rodríguez, R. J.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Universidad del Salvador.
- Beck, A. T.; Steer, R. A.; Brown, G. K, (2006). BDI-II, Inventario de depresión de Beck, 2ª edición Manual, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Beck, U. (2000). *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Bs. As., Argentina: Paidós.
- Behar R. A, et al. (2007). Depressive disorder, social anxiety and its prevalence in eating disorders. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45 (3), p.211-220
- Bender, A. E., (1993). Dietas “mágicas” y otros errores, en Grande Covián, F.; Varela, G.; Conning, D. (comp.), *Reflexiones sobre nutrición humana*. Bilbao, España: Fundación BBV.

- Berger, P. & Luckmann, T. (1968). *La Construcción Social de la Realidad*. Madrid, España: Amorrortu.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Brusco O.J. (1980). *Compendio de Nutrición Normal*. Buenos Aires, Argentina: Libreros López.
- Burr, V. (1995). *An introduction to social constructionism*. Londres: Routledge.
- Castorina, J. A. & Kaplan, C. V. (2003). Las representaciones sociales: Problemas teóricos y desafíos educativos, capítulo 1, p. 9-28, en Castorina, J. A. (comp.). *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona, España: Gedisa.
- Casullo, M. M. (2006). Comportamientos alimentarios en adolescentes y jóvenes argentinos: factores de riesgo, cap. 1. *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*, comp. por Mancilla Díaz & Gómez Pérez-Mitré. México: El Manual Moderno.
- Chugh, R. & Puri, S. (2001). Affluent adolescent girls of Delhi: eating and weight Concerns [versión electrónica], *British Journal of Nutrition*; 86(4): 535-42 (consultado el 22/01/2008).
- Connors, M. E. (1996). Developmental Vulnerabilities for Eating Disorders, cap. 12, Linda Smolak, Michael P. Levine, Ruth Striegel-Moore (comp.), *The developmental psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention and treatment*. New Jersey, EEUU: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coulston, A. M. (1998). Obesity as an epidemic: facing the challenge; *Journal of the American Dietetic Association*, 98 (10) pS6(3).

[http://web3.infotrac.galegroup.com/itw/infomark/918/645/92528145w3/purl=rc1\\_IT\\_OF\\_0\\_A21230655&dyn=3!xrn\\_1\\_0\\_A21230655?sw\\_aep=up\\_web2](http://web3.infotrac.galegroup.com/itw/infomark/918/645/92528145w3/purl=rc1_IT_OF_0_A21230655&dyn=3!xrn_1_0_A21230655?sw_aep=up_web2)

- Crawford, M. A. (1993). Los ácidos grasos esenciales y el desarrollo precoz, en Grande Covián, F.; Varela, G.; Conning, D. (comp.), *Reflexiones sobre nutrición humana*. Bilbao, España: Fundación BBV.
- Crispo, R.; Figueroa, E.; Guelar, D. (1998). *Anorexia y Bulimia. Lo que hay que saber*. Barcelona, España: Gedisa.
- Croft, H. (2004). Mujeres en primera línea: Imágenes alterada [versión electrónica] Socialist Review.
- Cruz, S. & Maganto, C. (2003). El test de siluetas: un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, año 8, nº 1, p. 79-99.
- Cuadrado, I. (2007). Psicología Social y Género. En Cuadrado, I. y Fernández, I. (Coords.), *Psicología Social* (pp. 261-288). Madrid: Sanz y Torres.
- D'Angelo, C. P., et al. (2005). Evaluación morfofuncional, psicosocial y de hábitos alimentarios de los alumnos de las escuelas públicas de la Ciudad de Buenos Aires [versión electrónica]. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 118(1), p. 9-22.
- de Garine, I. (1995). Los aspectos socioculturales de la nutrición. En Contreras, J. (comp.). *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- De Girolami, D. H. et al. (2003). Descripción y análisis del Índice de Masa Corporal y categoría pondoestatural por edades, en un registro de 10.338 individuos de la

República Argentina [versión electrónica]. *Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición*, 2 (4).

- De la Serna de Pedro, I. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria *en el* varón: etiología y rasgos clínicos. *Psiquis*, 22 (4): 177-182.
- Duveen, G. & Lloyd, B. (2003). Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social, capítulo 2, p. 29-40, en Castorina, J. A., compilador. *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona, España: Gedisa.
- Echebarría, Agustín (1994). Sesgos Atribucionales, sección IX, p. 254-268, en Morales, J. F., y col. (comp.), *Psicología Social*, Madrid: Mc Graw Hill.
- Farr, R. M. (1982) Escuela europea de psicología social: la investigación de representaciones sociales en Francia. *Revista Mexicana de Sociología, del Instituto de Investigaciones Sociales*, Univ. Nacional Autónoma de México. México, p. 641-658.
- Farr, R. M. (2003) De las representaciones colectivas a las representaciones sociales: ida y vuelta, capítulo 7, p. 153-176, en Castorina, J. A. (comp.), *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*, Barcelona, España: Gedisa.
- Feliu, J. (1993). Una crítica al concepto y al discurso de la teoría de las representaciones sociales. *Boletín de Psicología*, nº 39, p. 21-34.
- Fernández, A. M. (1993). Madres en más, mujeres en menos: los mitos sociales de la maternidad. En Giberti, E. y Fernández, A. M. (comp.) *La mujer de la ilusión*. Bs. As., Argentina: Paidós.

- Fernández, I.; Ubillos, S.; Zubieta, E.; Páez, D. (2000). Cuestiones especiales en Psicología Social. Ficha técnica, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, San Sebastián.
- Fischler, C. (1995). Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea. En Contreras, J. (comp.), *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Foucault, M. (1991) (1ra edición, 1984). *La inquietud de sí*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Catálogos.
- Fraser, L (1998). La trampa de la Dieta. *Revista Perspectivas Sistémicas*, año 10, n. 49, 1998, p. 5-7 [versión electrónica]. Publicado originalmente en 1997, en "The family therapy neworker".
- Gardner, R. M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, p. 327-337.
- Goldbloom, D. S.; Kennedy, S. H.; Kaplan, A. S. & Woodside, D. B. (1989). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Canadian Medical Association Journal* [version electrónica] 140(10), p. 1149–1154.
- Góngora, V (2008). La autoestima, cap. 4. *Prácticas en Psicología Positiva*. Comp. por Casullo, M. M.. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial
- Gonzalez, 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*, vol. XI, nº 1.

<http://csociales.uchile.cl/psicologia/publica/volxiN1/Gonzalez.pdf>

- GUIAS ALIMENTARIAS PARA LA POBLACION ARGENTINA (2000).  
Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas.  
[http://www.mecon.gov.ar/secdef/basehome/alimentacion\\_saludable.pdf](http://www.mecon.gov.ar/secdef/basehome/alimentacion_saludable.pdf) (consultado el 2/1/2008)
- Harris, M. (1989-90). *Bueno para comer*. Madrid, España: Alianza Editorial. 1ª edición, 1985.
- Heinberg, L. J.; Thompson, J. K.; Stormer, S. (1995). Development and validation of the Sociocultural Attitudes towards Appearance Questionnaire. *Int. J. of Eating Disorders*, 17, 81-89.  
[http://web3.infotrac.galegroup.com/itw/infomark/918/645/92528145w3/purl=rc1\\_IT\\_OF\\_0\\_A16644402&dyn=12!xrn\\_1\\_0\\_A16644402?sw\\_aep=up\\_web2](http://web3.infotrac.galegroup.com/itw/infomark/918/645/92528145w3/purl=rc1_IT_OF_0_A16644402&dyn=12!xrn_1_0_A16644402?sw_aep=up_web2) (consultado el 3/1/2008).
- Herzlich, C (1975). La representación social. En S. Moscovici (ed.), *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona, España: Planeta.
- Heshka, S. & Allison, D. B. (2001). Is obesity a disease? *International Journal of Obesity*. 25 (19), p. 1401-1404.
- Hewstone, M. (1992). *La atribución causal. Del proceso cognitivo a las creencias colectivas*. Barcelona, España: Piados Ibérica.
- Hofstede, G. (1999). *Cultura y Organizaciones. El software mental*. Madrid: Alianza.
- Ibáñez, T. (1992). La tensión esencial de la Psicología Social. En Páez, D.; Valencia, J.; Morales, J.; B. Sarabia; N. Ursua (ed.), *Teoría y método en Psicología Social*. Barcelona: Anthropos.

- Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) [http://www.novartis.es/ic3\\_v2\\_output/files/46.pdf?iFilePlacementId=51](http://www.novartis.es/ic3_v2_output/files/46.pdf?iFilePlacementId=51) (consultado el 18/12/07).
- Ishizaka, K. (1990). *La educación escolar en Japón*. Tokio, Japón: Internacional societyfor educational information, inc..
- Jaspars, J y Hewstone, M (1988). La teoría de la atribución. En S. Moscovici (ed.), *Psicología Social*, Tomo II. Buenos Aires: Paidós.
- Jodelet, D. (1984). The representation of the body and its transformations. En Farr, R.M., Moscovici, S. (eds). *Social Representation*. (pp. 211-237). Cambridge: Cambridge University Press.  
[http://www.europhd.psi.uniroma1.it/html/\\_onda02/07/PDF/7th%20Lab%20Meeting%20Scientific%20Material/9.%20Jodelet%20\(1984\)%20The%20Representation%20of%20the%20body%20\\_%20Social%20Representations.pdf](http://www.europhd.psi.uniroma1.it/html/_onda02/07/PDF/7th%20Lab%20Meeting%20Scientific%20Material/9.%20Jodelet%20(1984)%20The%20Representation%20of%20the%20body%20_%20Social%20Representations.pdf) (consultado 18/6/07).
- Kotliarenco, M. A. (1986). La pobreza desde la mirada de la resiliencia. En Kotliarenco, M. A.; Cáceres, I.; Alvarez, C. (eds.), *Resiliencia: construyendo en adversidad*. Stgo. De Chile, Chile: CEANIM.
- Lake, A. J.; Staiger, P. K.; and Glowinski, H. (2000). Effect of Western Culture on Women's Attitudes to Eating and Perceptions of Body Shape [versión electrónica]. *Int. J. of Eating Disorders*. 27, p 83-89.  
<http://www.btinternet.com/~Negativecharisma/bodies/lake.pdf>.
- Leibovich de Figueroa, N. B. (1988). Las escalas de Ansiedad. Concepciones teóricas y psicométricas. Ficha de cátedra, Técnicas Psicométricas, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

- Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad, algunas concepciones teóricas y su evaluación. En Casullo, M. M.; Leibovich de Figueroa, N. B.; Aszkenazi, M. (comp.) *Teorías y técnicas de Evaluación Psicológica* (p. 121-151). Buenos Aires: Psicoteca.
- Lipovetsky, G. (1994). *El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos*. Barcelona, España: Anagrama. 1ª edición, Gallimard: París, Francia, 1992.
- Mancilla Díaz, J. M. & col. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México, cap. 6. *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*, comp. por Mancilla Díaz & Gómez Pérez-Mitré. México: El Manual Moderno.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV (1998) (1ª edición publicada por la American Psychiatric Association en 1994). Baelona, España: Masson S. A..
- Mauss, M. (1934). Les techniques du corps. Artículo originalmente publicado en *Journal de Psychologie*, XXXII, ne, 3-4, 15 mars - 15 avril 1936. Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934. [http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss\\_marcel/socio\\_et\\_anthropo/6\\_Techniques\\_corps/chap\\_1](http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Techniques_corps/chap_1) (consultado 18/6/07).
- Martín Criado, E. (2007). El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 81, nº 5, p. 519-528. [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/vol81/vol81\\_5/RS815C\\_519.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol81/vol81_5/RS815C_519.pdf) (consultado el 4/2/2008).

- Martín Criado, E. & Moreno Pestaña, J. L. (2005). Conflictos sobre lo sano, Un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía. Sevilla, España: Conserjería de Salud.
- Masten, A.S.; Morison, P.; Pellegrini, D.; Tellegen, A. (1990) Competence under stress: Risk and protective factors, p. 236-256. En Rolf, J.; Masten, A.; Cicchetti, D.; Neuchterlein, K.; Weintraub, S. (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mauss, M. (1934). Les techniques du corps. Artículo originalmente publicado en *Journal de Psychologie*, XXXII, ne, 3-4, 15 mars - 15 avril 1936. Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934. [http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss\\_marcel/socio\\_et\\_anthropo/6\\_Techniques\\_corps/chap\\_1](http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Techniques_corps/chap_1) (consultado 18/6/07)
- Mead, G. (1972). Primera edición 1934. *Espíritu, Persona y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Medín, R. & Medín, S. (2003). *Alimentos. Introducción, Técnica y Seguridad*. Buenos Aires: Turísticas de Mario Banchik.
- Messer, E. (1995). Perspectivas antropológicas sobre la dieta. En Contreras, J. (compilador). *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Mora Giral, M. & Raich Escursell, R. M. (1994). Naturaleza continua versus naturaleza categorial de la bulimia nerviosa. *Psiquis*, 15 (3); 123, p. 39-48.
- Morales, J. F. (1994). Procesos de atribución, sección VI, p. 239-252, en Morales, J. F., y col. (comp.). *Psicología Social*, Madrid: Mc Graw Hill.

- Morales, J. F. et al. (1994). Teorías de la consistencia y de la disonancia, capítulo 21, sección X, p. 567-590, en Morales, J. F., y col. (comp.). *Psicología Social*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Moscovici, S (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, París, Francia: Presses universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984). The Fenomenon of social representation, en Farr, R. M, & Moscovici, S. (eds.). *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscovici, S. & Marková, I. (2003). La presentación de las representaciones sociales: diálogo con Serge Moscovici, capítulo 6, p. 111-152, en Castorina, J. A. (comp.). *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*, Barcelona, España: Gedisa.
- Nash, M. (1996). Conference on adolescent nutritional disorders: prevention and treatment (Conferences, Symposia, and Reports). *Nutrition Today*, v31 n2 p68(3).  
[http://web3.infotrac.galegroup.com/itw/infomark/918/645/92528145w3/purl=rc1\\_IT\\_OF\\_0\\_A18269328&dyn=15!xrn\\_1\\_0\\_A18269328?sw\\_aep=up\\_web2](http://web3.infotrac.galegroup.com/itw/infomark/918/645/92528145w3/purl=rc1_IT_OF_0_A18269328&dyn=15!xrn_1_0_A18269328?sw_aep=up_web2)
- Nunes, M. A. (2006). Trastornos alimentarios en Brasil: un país de contrastes, cap. 2. En Mancilla Díaz & Gómez Pérez-Mitré (comp.), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: El Manual Moderno.
- *Nutrition et sécurité alimentaire. Body Mass Index (BMI) OMS*.  
[http://64.233.169.104/search?q=cache:DmcjAhvZevIJ:www.euro.who.int/nutrition/20030507\\_1%3Flanguage%3DFrench+body+mass+index,+oms&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=ar&client=firefox-a](http://64.233.169.104/search?q=cache:DmcjAhvZevIJ:www.euro.who.int/nutrition/20030507_1%3Flanguage%3DFrench+body+mass+index,+oms&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=ar&client=firefox-a) (consultado el 18/12/07)

- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid : Morata
- Organización mundial de la salud. Obesidad. <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Páez, D; Fernández, I; Ubillos, S.; Zubieta, E. (2000). Manual de Prácticas de Psicología Social y Salud. Ficha Técnica, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco.
- Paez, D.; Marques,J.; Insúa, P.; (1994). Cognición Social, sección V, p. 123-235, en Morales, J. F. et al. (comp.). *Psicología Social*, Madrid: Mc Graw Hill.
- Pelaez Fernández, M. A.; Labrador Encinas, F. J.; Raich Escursell, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2005 Jul;5(2):135-148.  
[http://www.ijpsy.com/ver\\_archivo.php?volumen=5&numero=2&articulo=116&lang=ES](http://www.ijpsy.com/ver_archivo.php?volumen=5&numero=2&articulo=116&lang=ES)
- Pelaez Fernández, M. A.; Labrador Encinas, F. J.; Raich Escursell, R. M. (2006). Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España, cap. 5. En Mancilla Díaz & Gómez Pérez-Mitré (comp.), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: El Manual Moderno.
- Pérez Rubio, A. M. (2001). La psicología social cognitiva: la cognición social y la teoría de las representaciones sociales. *Psicologiacientífica.com*, <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-99-1-la-psicologia-social-cognitiva-la-cognicion-social-y-la-teor.html>
- Peters, P. K.; Amos, R. J.; Hoerr, S. L.; Koszewski, W.; Huang, Y.; Betts, N. (1996). Questionable dieting behaviors are used by young adults regardless of sex or student status. *Journal of the American Dietetic Association*, v96 n7 p709(3).

[http://web3.infotracc.galegroup.com/itw/infomark/918/645/92528145w3/purl=rc1\\_IT\\_OF\\_0\\_A18584150&dyn=25!xrn\\_2\\_0\\_A18584150?sw\\_aep=up\\_web2](http://web3.infotracc.galegroup.com/itw/infomark/918/645/92528145w3/purl=rc1_IT_OF_0_A18584150&dyn=25!xrn_2_0_A18584150?sw_aep=up_web2).

- Pipher, M. (1999). *Hambre a la moda. El infierno de los trastornos de la alimentación*. Barcelona: Grijalbo.
- Polivy J. & Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders [versión electrónica], *Annual Review of Psychology*, 53: 187-213.
- Quintanilla, M. A.; Viñuales, E.; Barrera, A.; Edurne García, M. G.; García, P.; Jimenez, I.; Latorre, J. I. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria en varones. *Personalidad, Impulsos y Hábitos. Psiquiatria.com*. Vol. 12, núm. 2..
- Raich, R. M.; Mora, M.; Soler, A.; Ávila, C.; Clos, I.; Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, vol 7, nº 1, p. 53-66.
- Rausch Herscovici, C. & Bay, L. (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Rausch Herscovici, C. (1996). *La Esclavitud de las Dietas*. Buenos Aires: Paidós.
- Ravenna, M. (2004). *Una delgada línea...entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Ravenna, M. (2006). *La telaraña adictiva. ¿quién come a quién?* Buenos Aires: Ediciones B.
- Rodríguez Guarín, M., & Gempeler Rueda, J. (2006). Los trastornos del comportamiento alimentario en Colombia, cap. 3. En Mancilla Díaz & Gómez Pérez-Mitré (comp.), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*, México: El Manual Moderno.

- Rozin, P. (1995). Perspectivas psicobiológicas sobre las preferencias y aversiones alimentarias. En Contreras, J. (comp.), *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En: J. Rolf; A.S. Masten; D. Cicchetti; K. Nuechterlein y S. Weintraub (Eds.) *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*. New York: Cambridge University Press.
- Rutzstein, G. (1997). El aspecto central de la anorexia nerviosa, *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, año 2, nº 1 ps. 103-128.
- Sabioncello, S. (2001); Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona, tesis doctoral dirigida por Raich Escursell.
- Sakamaki, R; Amamoto, R; Mochida, Y; Shinfuku, N & Toyama, K. (2005). A comparative study of food habits and body shape perception of university students in Japan and Korea. *Nutrition Journal*, 4:31doi:10.1186/1475-2891-4-31.
- <http://www.nutritionj.com/content/4/1/31#> (consultado el 24/1/2010)
- Sanchez-Vallejo, F.; Rubio, J.; Páez, D.; Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo, *Boletín de Psicología*, nº 58, p. 7 a 17.
- Shack, D. N. (1995), El gusto del catador: determinantes sociales y culturales de las preferencias alimentarias. En Contreras, J. (comp.). *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Schwartz, S. (2001). ¿Existen aspectos universales en la estructura de los valores humanos? en Ros, M y Gouveia, V.; *Psicología Social de los Valores Humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Serrano, J. (1996). La psicología cultural como psicología crítico-interpretativa, en Gordo-López, J. A. y Linaza, J.L. (eds.), *Psicologías, discursos y poder*. Madrid: Visor
- Shack, D.N. (1995). El gusto del catador: determinantes sociales y culturales de las preferencias alimentarias. J. Contreras (comp.) *Alimentación y Cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Universitat de Barcelona, pp. 111 - 125.
- Stephens, N. M.; Schumaker. J. F.; Sibiya, T. E. (1999). Eating disorders and dieting behavior among Australian and Swazi university students, *The Journal of Social Psychology*, v139 i2 p153(6).  
[http://web4.infotrac.galegroup.com/itw/infomark/479/942/67070871w4/purl=rc1\\_ITOF\\_0\\_A54576561&dyn=7!xrn\\_1\\_0\\_A54576561?sw\\_aep=up\\_web2](http://web4.infotrac.galegroup.com/itw/infomark/479/942/67070871w4/purl=rc1_ITOF_0_A54576561&dyn=7!xrn_1_0_A54576561?sw_aep=up_web2)
- Strauman, T. J., & Higgins, E. T. (1987). Automatic Activation of Self-Discrepancies and Emotional Syndromes: When Cognitive Structures Influence Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 53, nº 6, p. 1004-1014.
- Striegel-Moore & Smolak (1996). The Role of the Race in the Development of Eating Disorders, cap. 11. En Smolak, L.; Levine, M. P.; Striegel-Moore R. (eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention and treatment*. New Jersey, EEUU: Lawrence Erlbaum Associates.
- Svampa, M. (2005). La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Bs. As., Argentina: Taurus.

- Swami, V.; Caprario, C; Tove'e, M. J. & Furnham, A. (2006). Female Physical Attractiveness in Britain and Japan: A Cross-Cultural Study [version electrónica]. *European Journal of Personality*, 20 (1), p. 69-81.
- Takasaki, Y.; Fukuda, T.; Watanabe, Y.; Kurosawa, T. & Shigekawa, K. (2003). Ideal Body Shape in Young Japanese Women and Assessment of Excessive Leanness Based on Allometry. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*. Vol. 22; 105-110.  
[http://www.jstage.jst.go.jp/article/jpa/22/2/105/\\_pdf](http://www.jstage.jst.go.jp/article/jpa/22/2/105/_pdf). (consultado el 24/1/2010).
- Toro, J. (2006). Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario, cap. 8. En Mancilla Díaz & Gómez Pérez-Mitré (comp.), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: El Manual Moderno.
- Torregrosa, J. R. & Crespo, E. (1988). *Estudios básicos de la psicología social*. Barcelona: Hora.
- Varela, G. (1993). La dieta mediterránea, en Grande Covián, F.; Varela, G.; Conning, D. (comp.), *Reflexiones sobre nutrición humana*. Bilbao, España: Fundación BBV.
- Vivas, E, & Luigli, Z. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en Venezuela: panorama actual, cap. 7. En Mancilla Díaz & Gómez Pérez-Mitré (comp.), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: El Manual Moderno.
- Wardle, J & Griffith, J. (2001). Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, v55 i3 p185.  
[http://web3.infotrac.galegroup.com/itw/infomark/918/645/92528145w3/purl=rc1\\_IT\\_OF\\_0\\_A77195456&dyn=18!xrn\\_1\\_0\\_A77195456?sw\\_aep=up\\_web2](http://web3.infotrac.galegroup.com/itw/infomark/918/645/92528145w3/purl=rc1_IT_OF_0_A77195456&dyn=18!xrn_1_0_A77195456?sw_aep=up_web2) (Infotrac).

- Woodside D.B., & Garfinkel, P.E. (1989). An overview of the eating disorders anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Nutrition Today*, v24 n3 p27(3).  
[http://web7.infotrac.galegroup.com/itw/infomark/137/156/63038985w7/purl=rc1\\_IT\\_OF\\_0\\_A7770867&dyn=15!xrn\\_47\\_0\\_A7770867?sw\\_aep=up\\_web2](http://web7.infotrac.galegroup.com/itw/infomark/137/156/63038985w7/purl=rc1_IT_OF_0_A7770867&dyn=15!xrn_47_0_A7770867?sw_aep=up_web2) (Infotrac).
- Zubieta, E. (1997). La psicología social y el estudio de las representaciones sociales, *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, año 2, n° 2 p. 119-136.
- Zubieta, E.; Fernández, I.; Vergara, A. I.; Martínez, M. D.; Candla, L. (1999). Cultura y emoción en América Latina, *Boletín de Psicología*, 61, 65-89.

## APÉNDICE I

### Programa Médico Obligatorio

En cumplimiento del Decreto 492/95, el Ministerio de Salud y Acción Social aprobó a través de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria el programa de prestaciones médico-asistenciales bajo la denominación de *Programa Médico Obligatorio –PMO-* como un listado de las prestaciones que obligatoriamente deben brindar las obras sociales nacionales. En ese contexto se creó una Comisión técnica del PMO con el objetivo de formular dicho programa y dictar las normas reglamentarias necesarias para su ejecución<sup>16</sup>.

El 13/08/2008, como parte del PMO, el Congreso aprobó la ‘Ley de obesidad’ o mejor dicho *Ley Trastornos alimentarios, n° 26.396*<sup>17</sup>, declarándose de interés nacional la prevención y control de trastornos alimentarios, entre los que se incluye a la obesidad. La ley, sancionada por unanimidad en el Senado obliga a las empresas de medicina prepaga y a las obras sociales a costear el tratamiento del sobrepeso, la bulimia y la anorexia.

El Senado y Cámara de Diputados, sancionaron con fuerza de Ley:

ARTICULO 1°.- Declárase de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación.

ARTICULO 2°.- Entiéndase por trastornos alimentarios, a los efectos de esta ley, a la obesidad, a la bulimia y a la anorexia nerviosa, y a las demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia.

ARTICULO 3°.- Créase el Programa Nacional de Prevención y Control de los trastornos alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud, que tendrá por objeto:

- a) Instrumentar campañas informativas relativas a los trastornos alimentarios, en particular:
  1. sobre las características de los mismos y de sus consecuencias;
  2. sobre sus aspectos clínicos, nutricionales, psicológicos y sociales y de las formas apropiadas e inapropiadas de su tratamiento
  3. sobre el derecho y promoción de la salud, y sobre los derechos del consumidor.
- b) Disminuir la morbimortalidad asociada con estas enfermedades.
- c) Formular normas para la evaluación y control contra los trastornos alimentarios.
- d) Propender al desarrollo de actividades de investigación.
- e) Promover, especialmente ente los niños y adolescentes, conductas nutricionales saludables.
- f) Promover en la comunidad espacios de reflexión y educación para contención de quienes padecen estas enfermedades.

---

<sup>16</sup> Dirección de Información Parlamentaria del Congreso de la Nación. <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/documentos/RL.109.05.00-1.pdf>, consultado el 23/12/08

<sup>17</sup> <http://www.cormillot.com/LEY%20TRASTORNOS%20ALIMENTARIOS%20agosto%202008.pdf>

- g) Proponer acciones tendientes a eliminar la discriminación y la estigmatización en el ámbito laboral, educacional y/o social, frente al padecimiento de los trastornos alimentarios.
- h) Promover la participación de organizaciones no gubernamentales (ONG's) en las acciones previstas por el presente programa.
- i) Promover y coordinar, con las autoridades provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la implementación de programas similares a nivel local.
- j) Desarrollar actividades de difusión, televisivas, radiales y gráficas, dirigidas a la población en general y a grupos de riesgo en particular, a fin de concientizar sobre los riesgos en la salud que ocasionan las dietas sin control médico y de instruir a la población sobre hábitos alimentarios saludables y adecuados a cada etapa de crecimiento.

ARTICULO 4°.- El Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación de la presente ley, coordinará acciones en el ámbito del Consejo Federal de Salud con las demás jurisdicciones, a los fines de asegurar la implementación de la presente ley. La autoridad de aplicación dispondrá las medidas necesarias para que en cada una de las jurisdicciones funcione al menos un centro especializado en trastornos alimentarios.

ARTICULO 5°.- Inclúyanse a los trastornos alimentarios en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica -SINAVE-, o en el que, en el futuro, corresponda.

ARTICULO 6°.- El Ministerio de Salud coordinará con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo Social:

- a) La incorporación de la Educación Alimentaria Nutricional (EAN) en el sistema educativo en todos sus niveles, como así también de medidas que fomenten la actividad física y eviten el sedentarismo, y la promoción de un ambiente escolar saludable.
- b) La capacitación de educadores, trabajadores sociales, trabajadores de la salud y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:
  - 1- Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos sobre la problemática alimentaria.
  - 2- Detectar adecuadamente las situaciones de vulnerabilidad y promover acciones y estrategias para abordarlas a través de una adecuada orientación y/o derivación.
- c) La realización de talleres y reuniones para dar a conocer a los padres cuestiones relativas a la prevención de los trastornos alimentarios, y los peligros de los estilos de vida no saludables.

ARTICULO 7°.- El Ministerio de Salud auspiciará actos, seminarios, talleres, conferencias, certámenes y/o programas de difusión, que contribuyan al conocimiento de los problemas que traen aparejado los diferentes trastornos alimentarios, y las formas de prevención.

ARTICULO 8°.- El Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social, desarrollará estándares alimentarios para garantizar que los comedores escolares y los planes alimentarios nacionales velen por los aspectos nutricionales de la población atendida, poniendo especial énfasis en la corrección de las deficiencias o excesos de nutrientes, atendiendo las particularidades de la cultura alimentaria local.

ARTICULO 9°.- Los quioscos y demás medios de expendio de alimentos en los establecimientos escolares, deberán ofrecer productos que integren una alimentación saludable y variada, debiendo estar los mismos debidamente exhibidos.

ARTICULO 10.- La autoridad de aplicación deberá tomar medidas a fin de que los anuncios publicitarios, y que los diseñadores de moda, no utilicen la extrema delgadez como símbolo de salud y/o belleza, y ofrezcan una imagen más plural de los jóvenes, en particular de las mujeres.

ARTICULO 11.- La publicidad y/o promoción, a través de cualquier medio de difusión, de alimentos con elevado contenido calórico y pobres en nutrientes esenciales, deberá contener la leyenda "El consumo excesivo es perjudicial para la salud".

ARTICULO 12.- Queda prohibida la publicación o difusión en medios de comunicación de dietas o métodos para adelgazar que no conlleven el aval de un médico y/o licenciado en nutrición.

ARTICULO 13.- El Ministerio de Salud podrá requerir al responsable del producto alimentario publicitado o promocionado, la comprobación técnica de las aseveraciones que realice en el mismo, sobre la calidad, origen, pureza, conservación, propiedades nutritivas y beneficio de empleo de los productos publicitados.

ARTICULO 14.- Los anuncios publicitarios en medios masivos de comunicación de productos para bajar de peso y/o alimentos bajos en calorías, deberán dirigirse exclusivamente a mayores de veintiún (21) años de edad, debiendo ser protagonizados también por personas mayores de edad.

ARTICULO 15.- Quedan incorporadas en el Programa Médico Obligatorio, la cobertura del tratamiento integral de los trastornos alimentarios según las especificaciones que a tal efecto dicte la autoridad de aplicación.

ARTICULO 16.- La cobertura que deberán brindar todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley 23.660, beneficiarias del fondo de redistribución de la ley 23.661, las demás obras sociales y organismos que hagan sus veces creadas o regidas por leyes nacionales, y las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, conforme a lo establecido en la ley 24.754, incluirá los tratamientos médicos necesarios, incluyendo los nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos, farmacológicos y todas las prácticas médicas necesarias para una atención multidisciplinaria e integral de las enfermedades.

ARTICULO 17.- Los proveedores de bienes o servicios con destino al público en general, no podrán negarse, ante el requerimiento de una persona obesa, a proporcionar el bien o servicio solicitado, en las condiciones que al respecto establezca el Poder Ejecutivo. Tal negativa será considerada acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTICULO 18.- El Poder Ejecutivo, dispondrá las medidas necesarias a fin de que los establecimientos educacionales y sanitarios de su jurisdicción, cuenten con las

comodidades y el equipamiento adecuado para el uso y asistencia de las personas que padecen obesidad. Asimismo gestionará ante los gobiernos provinciales y el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la adopción de normas de similar naturaleza.

ARTICULO 19.- Todas las instituciones de atención médica, públicas y privadas, deberán llevar un registro estadístico de pacientes con trastornos alimentarios y de las enfermedades crónicas relacionadas. A tal efecto la autoridad de aplicación confeccionará los formularios de recolección y registro. La autoridad de aplicación elaborará periódicamente un mapa sanitario epidemiológico y un informe sobre las acciones llevadas a cabo a nivel nacional y en conjunto con las autoridades provinciales. También se informará de los adelantos e investigaciones que sobre las enfermedades se estuvieren llevando a cabo a nivel oficial o con becas oficiales.

ARTICULO 20.- El Poder Ejecutivo dispondrá las medidas necesarias a fin de que los envases en que se comercialicen productos comestibles destinados al consumo humano que tengan entre sus insumos grasas “trans” lleven en letra y lugar suficientemente visibles la leyenda: “El consumo de grasa ‘trans’ es perjudicial para la salud”.

ARTICULO 21.- Facúltase al Poder Ejecutivo a dictar las disposiciones de carácter sancionatorio ante el incumplimiento de la presente ley, teniendo en cuenta la gravedad de la falta y la reiteración de la misma. Dichas sanciones se aplicarán sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

ARTICULO 22.- Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a dictar normas de igual naturaleza a las previstas en la presente, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

ARTICULO 23.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.”

## APÉNDICE II

Quisiéramos pedir su colaboración en un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca de las conductas alimentarias de la población femenina de Buenos Aires. Para ello, tendrá que contestar unas preguntas, lo que no llevará mucho tiempo. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas. Las personas seleccionadas para el estudio se eligieron al azar, no por su nombre. Sus respuestas serán sumadas e incluidas en la tesis profesional, pero nunca se comunicarán datos individuales.

Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Lea las instrucciones cuidadosamente, ya que hay distintas modalidades de preguntas y respuestas. Muchas gracias por su colaboración.

**Edad.....Lugar de nacimiento.....**

**Lugar de residencia.....**

**Estado Civil:** - soltero - concubino  
- casado - en pareja  
- viudo - otros

**Ocupación:** - empresarios/gerentes - profesional sin personal a cargo  
- técnico - comerciante  
- empleado - obrero no especializado  
- ocupación informal - jubilado  
- desempleado - otros

Ocupación del principal sostén del hogar (PSH), si no es usted:

- empresarios/gerentes - profesional sin personal a cargo  
- técnico - comerciante  
- empleado - obrero no especializado  
- ocupación informal - jubilado  
- desempleado - otros

Cuántas personas contribuyen al sostén familiar:

**Educación:** - primaria incompleta - primaria completa  
- secundaria incompleta - secundaria completa  
- terciario incompleto - terciario completo  
- universitario incompleto - universitario completo/posgrado

Educación del PSH: - primaria incompleta - primaria completa  
(si no es usted) - secundaria incompleta - secundaria completa  
- terciario incompleto - terciario completo  
- universitario incompleto - universitario completo

**Tiene en su hogar:** - computadora - internet  
- tarjeta de crédito

**Atención médica:** - hospital - obra social  
- privada - prepaga

**A qué clase social pertenece o se siente más próxima:** - baja  
- media  
- alta

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y haga una X junto al número que indique cómo se siente **AHORA mismo, o sea, en este momento**. No hay contestaciones buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	<b>Frases</b>	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1	Me siento calmado	1	2	3	4
2	Me siento seguro	1	2	3	4
3	Estoy tenso	1	2	3	4
4	Estoy contrariado	1	2	3	4
5	Estoy a gusto	1	2	3	4
6	Me siento alterado	1	2	3	4
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8	Me siento descansado	1	2	3	4
9	Me siento ansioso	1	2	3	4
10	Me siento cómodo	1	2	3	4
11	Me siento con confianza en mi mismo	1	2	3	4
12	Me siento nervioso	1	2	3	4
13	Me siento agitado	1	2	3	4
14	Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15	Me siento tranquilo	1	2	3	4
16	Me siento satisfecho	1	2	3	4
17	Estoy preocupado	1	2	3	4
18	Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19	Me siento alegre	1	2	3	4
20	Me siento bien	1	2	3	4

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y haga una X junto al número que indique cómo se siente **GENERALMENTE**. No hay contestaciones buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

	<b>Frases</b>	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1	Me siento bien	1	2	3	4
2	Me canso rápidamente	1	2	3	4
3	Siento ganas de llorar	1	2	3	4
4	Quisiera ser tan feliz como otros parecieran serlo	1	2	3	4
5	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
6	Me siento descansado	1	2	3	4
7	Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
8	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
10	Soy feliz	1	2	3	4
11	Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4

	<b>Frases</b>	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
--	---------------	-------------	-------------	-----------------	--------------

12	Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
13	Me siento seguro	1	2	3	4
14	No me enfrento a las crisis y dificultades	1	2	3	4
15	Me siento melancólico	1	2	3	4
16	Me siento satisfecho	1	2	3	4
17	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
18	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
19	Soy una persona estable	1	2	3	4
20	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

A continuación leerá 91 ítems que hacen referencia a sus sentimientos, actitudes y comportamientos. Para cada uno de ellos indicará con una X en el cuadro correspondiente de acuerdo con la frecuencia con que para usted sucede lo que dice. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sea sincero al responder y hágalo de acuerdo a lo que piense o sienta.		(Casi) Siempre	Generalmente	Algunas veces	(Casi) Nunca
1	Como dulces e hidratos de carbono (pastas, pan, etc.) sin hacerme problemas				
2	Pienso que mi abdomen (panza) es demasiado grande				
3	Me gustaría sentirme segura como cuando era chica				
4	Cuando estoy nerviosa me pongo a comer				
5	Me lleno excesivamente de comida				
6	Me gustaría ser más joven				
7	Pienso acerca de hacer dieta				
8	Me asusto cuando siento emociones muy fuertes				
9	Creo que mis muslos son demasiado grandes				
10	Siento que no sirvo para nada				
11	Me siento muy culpable cuando como demasiado				
12	Creo que mi abdomen (panza) es de tamaño normal				
13	Para mi familia lo más importante es ser primero en todo				
14	La infancia es la etapa más feliz de la vida				
15	Soy muy abierta con mis sentimientos				
16	Me aterroriza subir de peso				
17	Confío en los demás				
18	Me siento muy sola				
19	Estoy conforme con el cuerpo que tengo				
20	En general puedo manejar lo que pasa en mi vida				
21	Me resulta difícil entender mis sentimientos				
22	Me gusta más ser una adulta que una niña				
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás				
24	Desearía ser otra persona				
25	Exagero la importancia del peso de mi cuerpo				
26	Puedo darme cuenta claramente de lo que siento (miedo, alegría, rabia, etc.)				
27	Siento que no hago nada bien				
28	He llegado a comer y comer sin poder parar				
		cs	g	av	cn
29	De niña me esforcé por no desilusionar a mis padres y maestros				

30 Tengo buenos vínculos afectivos				
31 Me gusta la forma de mis nalgas (cola)				
32 Quiero estar más delgada				
33 No sé qué pasa dentro mío				
34 Me resulta difícil expresar mis sentimientos a los demás				
35 Es muy difícil ser adulta				
36 Detesto cuando no soy la mejor en algo				
37 Me siento segura de mi misma				
38 Pienso mucho en comer				
39 Me alegra no ser más una chica				
40 Me confundo cuando intento saber si estoy hambrienta o no				
41 Tengo una baja opinión de mi misma				
42 Creo que puedo lograr las metas que me propongo				
43 Mis padres esperan de mi un alto nivel de rendimiento				
44 Me preocupa no poder controlar mis sentimientos				
45 Creo que mis caderas son demasiado grandes				
46 Como moderadamente cuando estoy con otras personas y excesivamente si estoy sola				
47 Me siento llena después de una comida pequeña				
48 Creo que la niñez es la época más feliz de la vida				
49 Si aumento de peso, me preocupa seguir aumentando				
50 Siento que soy una persona valiosa				
51 Cuando me siento nerviosa, no sé si estoy triste, enojada o atemorizada				
52 Creo que tengo que hacer todo a la perfección o no hacer nada				
53 Pienso que si trato de vomitar podré bajar de peso				
54 Necesito tener a la gente a cierta distancia (me incomoda si alguien trata de acercarse demasiado a mi)				
55 Creo que el tamaño de mis muslos es normal				
56 Me siento emocionalmente vacía				
57 Puedo hablar sobre problema o sentimientos personales				
58 La mejor época de la vida es cuando se llega a ser adulto				
59 Creo que mi cola (nalgas) es demasiado grande				
60 Tengo sentimientos que no puedo explicar				
61 Como o bebo a escondidas				
62 Creo que mis caderas son del tamaño normal				
63 Me propongo metas sumamente elevadas				
64 Cuando estoy nerviosa, me preocupa que voy a empezar a comer				
65 Las personas que más me agradan terminan desilusionándome				
66 Me avergüenza ser una persona débil				
67 Algunas personas piensan que soy emocionalmente inestable				
68 Me gustaría poder dominar las tentaciones de mi cuerpo				
69 Me siento cómoda en la mayoría de las situaciones grupales				
70 Digo cosas impulsivamente de las que después me arrepiento				
71 Me esfuerzo mucho por hacer cosas que me den placer				
	cs	g	av	cn
72 Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir drogas				
73 Soy comunicativa con la mayoría de la gente				
74 Tengo vínculos que me hacen sentir atrapada				

75	Me siento fortalecida espiritualmente cuando me privo de ciertas cosas				
76	Los demás son capaces de entender mis problemas				
77	Me es imposible sacar de mi cabeza ciertos pensamientos extraños				
78	Comer por placer es un signo de debilidad				
79	Suelo tener ataques de rabia				
80	Creo que la gente me da el reconocimiento que merezco				
81	Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir alcohol				
82	Creo que pasarla bien es una pérdida de tiempo				
83	Algunas personas piensan que me enojo fácilmente				
84	Siento que todo me sale mal				
85	Cambio fácilmente de estado de ánimo				
86	Me avergüenzo de las tentaciones de mi cuerpo				
87	Me gusta más estar sola que en compañía de otras personas				
88	El sufrimiento nos convierte en mejores personas				
89	Sé que la gente me quiere				
90	Siento la necesidad de causarme daño a mi misma o a otros				
91	Creo que me conozco bien a mi misma				

Lea los siguientes hechos y responda el grado en que a usted o a una persona media pueden pasarles en el futuro (1 es "nada probable" y 7 es "muy probable"). Coloque una X del lado derecho del nº que corresponda:

	<b>Hechos</b>	<b>usted</b>							<b>los otros</b>						
1	Ataque al corazón	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2	Problemas sexuales	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3	Problemas con la bebida	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4	Problemas con las drogas	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5	Artrosis	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6	Flebitis	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7	Hipertensión	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	Sobrepeso	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
9	Diabetes	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
10	Bulimia	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
11	Anorexia	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
12	Depresión, ansiedad	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
13	Fumar 20 cigarrillos diarios	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**. Coloque una X junto a la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección

- 1- 0 -No me siento triste.  
1 -Me siento triste.  
2 -Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
3 -Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.
  
- 2- 0 -No me siento especialmente desanimada de cara al futuro.  
1 -Me siento desanimada de cara al futuro.  
2 -Siento que no hay nada por qué luchar.  
3 -El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
  
- 3- 0 -No me siento como una fracasada.  
1 -He fracasado más que la mayoría de las personas.  
2 -Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.  
3 -Soy un fracaso total como persona.
  
- 4- 0 -Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
1 -No disfruto de las cosas tanto como antes.  
2 - Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.  
3 -Estoy insatisfecha o aburrida con respecto a todo.
  
- 5- 0 -No me siento especialmente culpable.  
1 -Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
2 -Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
3 -Me siento culpable constantemente.
  
- 6- 0 -No creo que esté siendo castigada.  
1 -Siento que quizás esté siendo castigada .  
2 -Espero ser castigada.  
3 -Siento que estoy siendo castigada.
  
- 7- 0 -No estoy descontenta de mí misma.  
1 -Estoy descontenta de mí misma.  
2 -Estoy a disgusto conmigo misma.  
3 -Me detesto.
  
- 8- 0 -No me considero peor que cualquier otro.  
1 -Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores  
2 -Continuamente me culpo por mis faltas.  
3 -Me culpo por todo lo malo que sucede.
  
- 9- 0 -No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
1 -A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.  
2 -Desearía poner fin a mi vida.  
3 -Me suicidaría si tuviese oportunidad.

- 10- 0 -No lloro más de lo normal  
1 -Ahora lloro más que antes.  
2. -Lloro continuamente.  
3 -No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11- 0 -No estoy especialmente irritada.  
1 -Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
2 -Me siento irritada continuamente.  
3 -Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12- 0 -No he perdido el interés por los demás.  
1 -Estoy menos interesada en los demás que antes.  
2 -He perdido gran parte del interés por los demás.  
3 -He perdido todo interés por los demás.
13. 0 -Tomo mis propias decisiones igual que antes.  
1 -Evito tomar decisiones más que antes.  
2 -Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
3 -Me es imposible tomar decisiones.
14. 0 -No creo tener peor aspecto que antes.  
1 -Estoy preocupada porque parezco envejecida y poco atractiva.  
2 -Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractiva.  
3 -Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15- 0 -Trabajo igual que antes.  
1 -Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.  
2 -Tengo que obligarme a mí misma para hacer algo.  
3 -Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16- 0 -Duermo tan bien como siempre.  
1 -No duermo tan bien como antes.  
2 -Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.  
3 -Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17- 0 -No me siento más cansada de lo normal.  
1 -Me canso más que antes.  
2 -Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
3 -Estoy demasiado cansada para hacer nada.
- 18- 0 -Mi apetito no ha disminuido.  
1 -No tengo tan buen apetito como antes.  
2 -Ahora tengo mucho menos apetito.  
3 -He perdido completamente el apetito.
- 19- 0 -No he perdido peso últimamente.  
1 -He perdido más de 2 kilos.  
2 -He perdido más de 4 kilos  
3 -He perdido más de 7 kilos  
Estoy tratando intencionadamente de perder peso comiendo menos. Sí .... No....

- 20- 0 -No estoy preocupada por mi salud.  
 1 -Me preocupan los problemas físicos como dolores, el malestar de estómago o los catarros.  
 2 -Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.  
 3 -Estoy tan preocupada por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
21. 0 -No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.  
 1 -La relación sexual me atrae menos que antes.  
 2 -Estoy mucho menos interesada por el sexo que antes.  
 3 -He perdido totalmente el interés sexual.

A partir de las figuras que se presentan en la página siguiente, deberás contestar a las preguntas que se encuentran en la siguiente tabla. Deberás contestar utilizando el número de las figuras que aparece encima de cada una de ellas. Las figuras están en la página 11 del otro archivo adjunto.

	<b>Figuras nº</b>
1. ¿Qué figuras son, a tu juicio, normales?	Hombre: Mujer:
2.¿Cuál/es te parece/n delgadas?	Hombre: Mujer:
3.¿Cuál/es te parece/n gordas?	Hombre: Mujer:
4.¿Qué figura representa tu peso actual?	
5.¿Cuál sería tu figura ideal?	Hombre: Mujer:
6.¿Qué figura tendrías con 5 kg. más?	
7.¿Qué figura tendrías con 5 kg. menos?	
8.¿Qué figura elegirías como pareja?	
9.¿Qué figura crees que elegiría una persona del sexo contrario como pareja?	
10. A tu madre, ¿qué figura le gustaría que tengas?	
11. A tu padre, ¿qué figura le gustaría que tengas?	

A continuación encontrará una serie de alimentos y bebidas que se utilizan corrientemente. Lea cada uno y señale el rango en que cada uno le gusta, consume y es saludable, donde 1 es "nada" y 5 es "mucho". Coloque una X del lado derecho del n° que corresponda. No hay respuestas buenas ni malas.

<b>Alimento</b>	<b>me gusta</b>	<b>consumo</b>	<b>es saludable</b>
Leche entera	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Leche descremada	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Yogur entero	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Yogur descremado	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Queso entero	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Queso descremado	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Azúcar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Edulcorante	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mermelada	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mermelada dietética	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Chocolate	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Chocolate dietético	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Postres	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Postres dietéticos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Carne de cerdo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pescado	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pollo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Carne de vaca	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Embutidos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Salchichas dietéticas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Batata	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Zanahoria	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Papa	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Lechuga	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Banana	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Manzana	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Uva	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pomelo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pastas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pastas dietéticas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Gaseosa	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Gaseosa dietética	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Cerveza	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Cerveza sin alcohol	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

En qué medida está usted en acuerdo o en desacuerdo con las siguientes proposiciones (1 es "muy en desacuerdo" y 5 es "muy de acuerdo")	1	2	3	4	5
Un cuerpo lindo y sano es un cuerpo fuerte.					
Los mejores alimentos son los rendidores.					
La dieta es un estilo de vida.					
Evito el pan porque engorda.					
Los mejores platos son los guisos y las sopas.					
Sólo deben consumirse carnes magras.					
La gordura es sinónimo de dejadez.					
Todo lo rico (dulces, pastas, fritos) engorda.					
Un cuerpo lindo y sano es un cuerpo esbelto y delgado.					
En la mesa familiar no pueden faltar las gaseosas.					
Prefiero las carnes rojas porque satisfacen.					
Lo que importa de la comida es la calidad y no la cantidad.					
El pan es un acompañamiento infaltable.					
Los flacos enferman menos.					
Mantener un cuerpo sano es un trabajo más que implica ir al gimnasio, comer comida light, etc..					
Si hacés gimnasia podés comer lo que quieras.					
Las formas redondeadas son un signo de salud.					
Las carnes rojas y las frituras son habituales en mi mesa.					
Hay que tomar agua mineral y evitar las gaseosas.					
Siempre pienso qué suerte tienen los que comen mucho y no engordan.					
Siempre me digo: "El lunes empiezo la dieta".					
Hay que reemplazar las carnes rojas por pescados y mariscos.					
La carne roja, el pan y los fideos no deberían faltar en la mesa.					
La dieta debe adecuarse a la edad y actividad de cada miembro de la familia.					
La comida tiene que ser barata y dar fuerza.					
Si no fuera malo comería "hasta reventar".					
Comer bien (sin grasas ni azúcares) previene enfermedades.					
La comida tiene que ser rica y abundante.					
Los alimentos light son más sanos.					
Comer mucho mantiene al médico lejos.					
Una buena mesa evita grasas y azúcares, y abunda en frutas y verduras.					

Mire los pares de fotos que se le presentan a continuación. Anote de cada pareja de fotos cuál le parece más saludable (Las fotos están en las páginas 1 a 10 del otro archivo adjunto). Coloque una X del lado derecho del n° y letra que corresponda:

1A	1B	6A	6B
2A	2B	7A	7B
3A	3B	8A	8B
4A	4B	9A	9B
5A	5B	10A	10B

¿Qué elementos tuvo en cuenta para decidir cuál de las dos personas de cada pareja era la más sana?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Peso actual..... altura.....

Peso máximo alcanzado..... peso mínimo alcanzado.....

Peso habitual..... peso deseado.....

Compruebe si ha contestado a todas las preguntas.  
Gracias

En Japón, se les pidió a las mujeres encuestadas una serie de datos sociodemográficos y además se les solicitó que respondieran una serie de preguntas acerca de si hacen o no dieta y respecto del peso; que les fueron presentadas en inglés y japonés. En las páginas que sigue figuran las pruebas como les fueron presentadas.

Estoy trabajando en mi tesis doctoral en la Universidad de Palermo, en Buenos Aires, Argentina. Estoy interesada en realizar una comparación entre las mujeres argentinas y japonesas en relación con la conducta alimentaria.

Por favor, complete los siguientes ítems:

Edad

Trabajo

Trabajo del principal sostén del hogar

Nacionalidad

Dónde vive

Dónde nació

Usted es        - soltera  
                  - casada  
                  - viuda  
                  - otros

Nivel educativo:	- primaria incompleta	completa
	- secundaria incompleta	completa
	- universitaria incompleta	completa

Elija una de las siguientes opciones.

- 1- Nunca hice dieta
- 2- A veces hago dieta
- 3- Hago dieta frecuentemente
- 4- Siempre estoy a dieta

Complete:

- Mi peso es.....
- Mi peso deseado es.....

Además se tomó la 'Prueba de las fotos' y la de 'Alimentos preferidos / saludables'. Todas las pruebas fueron traducidas al japonés. Las respuestas a la 'Prueba de las fotos' fueron consignadas en una grilla aparte. Para la 'Prueba de las fotos', se añadió a este cuestionario una frase en la que se le preguntaba a las mujeres, de cada par de fotos que se les mostraría a continuación, cuál a su juicio era la más saludable. Se adjuntan las traducciones.

Ver: 'pruebajapón-1'

'pruebajapón-2'

Para ver las traducciones al japonés del instrumento

Para ver las figuras del Test de Siluetas y los pares de fotos de la Prueba de las fortos, abrir el archivo "MUJERES".

## APÉNDICE III

### CLAVES DE CORRECCIÓN Y ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

#### 1. CLAVES DE CORRECCIÓN

##### 1.1 Prueba de las Fotos

A las fotos de cada par se le asignó un valor numérico (1A=1, 1B=2; 2A=1, 2B=2, etc.), y se registró cuál es seleccionada como más saludable. Si bien se tomó la prueba con 10 pares de fotos, el análisis factorial llevó a la eliminación de los pares de fotos 2 y 3, con pesos factoriales inadecuados ( $< 0.40$ ). El análisis, entonces, se realizó sobre 8 pares de fotos.

a) Las fotos de mujeres más delgadas son:

1A, 4B, 5B, 6B, 7B, 8A, 9B, 10A.

b) Las fotos de mujeres menos delgadas son:

1B, 4A, 5A, 6A, 7A, 8B, 9A, 10B.

Los puntajes asignados a las fotos 4, 5, 6, 7 y 9 deben ser invertidos (1=2; 2=1). Luego de transformados los puntajes de tal modo que las más delgadas recibieran el puntaje '1' y las menos delgadas el puntaje '2', se analizaron los promedios para determinar si las entrevistadas consideran más saludables o no a las mujeres más delgadas. La pregunta cualitativa -que sólo se administró a la submuestra occidental- se analizó elaborando categorías a partir de las respuestas dadas por las entrevistadas. Las categorías, determinadas por frecuencia son: la actitud o la postura; la vitalidad, que estuvieran haciendo deporte; la apariencia general; la relación altura-peso; la expresión -especialmente facial-; que reflejaran felicidad; el color de la piel; la juventud; la forma de vestir; el aspecto saludable; la apariencia de las distintas partes del cuerpo -la panza o las

caderas-; y la armonía física. Cada participante podía esgrimir más de una razón para explicar el motivo de su elección.

### **1.2 Sesgo cognitivo delgadez/salud**

Se elaboró un listado de 31 frases que se aplicó a la muestra. Una vez realizado el análisis de validez y confiabilidad, la prueba se redujo a 15 reactivos y dos grupos sociales. Los sujetos responden a cada reactivo valorándolo con una puntuación que va de 1 a 5, donde '1' es 'muy en desacuerdo' y '5', 'muy de acuerdo'. Los reactivos responden a la representación que tienen las mujeres de clase baja (8 frases, con un puntaje máximo de 40 y un puntaje mínimo de 8) y media (7 frases, con un puntaje máximo de 35 y un puntaje mínimo de 7) acerca de su propio cuerpo y de los alimentos.

#### Clase baja (CB)

reactivos: 2-3-5-6-9-10-11-13

#### Clase media (CM)

reactivos: 1-4-7-8-12-14-15

Se agruparon los reactivos por clase y se realizó la suma directa. Se sacaron los promedios de cada grupo de reactivos por clase y se compararon para ver si las entrevistadas responden al sesgo de clase (se analizaron las diferencias significativas). Se correlacionaron los resultados con el Nivel Socio Económico de cada sujeto para ver si se evidencia en las encuestadas el sesgo de nivel socio-económico.

### **1.3 Alimentos preferidos/saludables**

Los 34 alimentos elegidos están apareados por sus propiedades calóricas –alimentos enteros y descremados, no dietéticos y dietéticos. Además se incluyeron frutas, verduras y carnes de distinto valor calórico y nutricional. A partir del análisis factorial, los ítems 11, 12, 15, 20, 31, 32, 33 y 34 fueron eliminados.

Se consideran como no dietéticos los siguientes alimentos:

reactivos: 1-3-5-7-9-13-18-19-21-23-25-27-29

como dietéticos los siguientes alimentos:

reactivos: 2-4-6-8-10-14-16-17-22-24-26-28-30

**a)** Se sacaron los promedios por cada tipo de preferencia:

- qué alimentos se consumen más
- cuáles gustan más
- qué alimentos son considerados más saludables.

**b)** Se sumaron los valores asignados a los alimentos dietéticos (D) y no dietéticos (ND) por separado y se compararon los resultados en bruto para analizar:

- 1) preferencias de consumo (c): no diet-diet= Si el resultado (R) es positivo, la preferencia es por los alimentos no dietéticos; si es negativo, la preferencia es por los dietéticos. El 0 indica que no hay preferencias.

$$NDc-Dc=Rc$$

- 2) preferencias en el gusto (g): no diet-diet= (idem anterior).

$$NDg-Dg=Rg$$

- 3) qué alimentos se consideran más saludables (s): no diet-diet= (idem anterior).

$$NDs-Ds=Rs$$

c) Luego se correlacionaron los resultados para ver si las entrevistadas comen lo que les gusta o lo que consideran saludable, y si les gusta lo que consideran saludable: Consumo-gusto

Consumo-saludable

Gusto-saludable

d) Asimismo, se compararon los resultados obtenido a partir de la muestra con el promedio de la opinión de expertos (nutricionistas del Hospital Rivadavia) respecto de las propiedades nutritivas (saludables/no saludables) y calóricas (dietéticos/no dietéticos) de los alimentos.

Expertos(s) - Grupo experimental(s) = esto dió cuenta de los conocimientos que maneja la población encuestada respecto de los alimentos.

e) Por último, se compararon los datos obtenidos en la muestra argentina, con los de la muestra japonesa.

#### 1.4 Test de siluetas

Evalúa distorsión e insatisfacción. La pregunta 4 –Qué figura representa tu peso actual- se usa para evaluar el ajuste entre el Índice de Masa Corporal (IMC) de cada sujeto y el peso percibido, según la respuesta dada a esta pregunta -distorsión.

Figura que representa el peso actual (respuesta a la pregunta 4) - figura que representa su IMC= el 0 indica ajuste entre el peso real y el percibido (no hay *distorsión*), los resultados positivos indican una inadecuada estimación de la imagen corporal o *distorsión*, por sobrevaloración del propio peso (los sujetos se imaginan más gordos de lo que son), y los resultados negativos indican una inadecuada estimación de la imagen corporal, por subvaluación (se imaginan más delgados de lo que son) (Cruz & Maganto, 2005).

En la pregunta 5 –Cuál sería tu figura ideal- el puntaje asignado a las mujeres se usa para valorar la diferencia entre el peso percibido (pregunta 4) y el peso ideal (pregunta 5) -insatisfacción.

Figura que representa el peso actual (respuesta a la pregunta 4) - figura que representa el peso ideal (respuesta a la pregunta 5 mujer)= el 0 indica ajuste el peso percibido y el ideal (no hay *insatisfacción*, o hay *satisfacción*), los resultados positivos indican *insatisfacción* con el peso corporal, por deseos de pesar menos (se consideran gordas), y los resultados negativos indican *insatisfacción* con el peso corporal, por deseos de pesar más (se consideran demasiado delgadas) (Cruz & Maganto, 2005).

Para valorar la distorsión se otorgó a cada silueta un intervalo de valores de IMC que esa figura representa, siguiendo los criterios de Cruz y Maganto (2005).

IMC que representa cada figura:

- figura 1 =  $IMC < e = 16$
- figura 2 = IMC entre 16 y 17.99
- figura 3 = IMC entre 18 y 19.99
- figura 4 = IMC entre 20 y 22.49
- figura 5 = IMC entre 22.50 y 24.99
- figura 6 = IMC entre 25 y 27.49
- figura 7 = IMC entre 27.50 y 29.99
- figura 8 =  $IMC > e = 30$

Se analizó el porcentaje de sujetos que no distorsiona y los que hacen una distorsión positiva y negativa. Asimismo se analizó el porcentaje de sujetos con satisfacción corporal y los que tienen insatisfacción positiva y negativa.

## 1.5 Inventario de Comportamientos Alimentarios ICA

### Corrección manual de las respuestas: uso de la Hoja de Respuestas.

Para la corrección manual de esta prueba se utilizó la correspondiente hoja de evaluación. En ella hay once columnas cuyo título corresponde a las dimensiones que evalúa la técnica. Estas columnas, están a su vez divididas en otras dos: la primera, titulada 'It', ya está completa con los números de los ítems, que, en algunos casos se encuentran enmarcados en un fondo oscuro (ítem 1, 12, 19, etcétera).

Para completar la segunda columna de cada dimensión, llamada 'puntaje', se utilizan alguna de las dos tablas siguientes, dependiendo de si el ítem que se está puntuando tiene o no el fondo oscuro:

Si el fondo del número de ítem es claro		Si el fondo del número de ítem es oscuro	
<i>Si contestó.....</i>	<i>El puntaje es</i>	<i>Si contestó.....</i>	<i>el puntaje es.....</i>
<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>3</b>	<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>0</b>
<b>Generalmente</b>	<b>2</b>	<b>Generalmente</b>	<b>1</b>
<b>Algunas veces</b>	<b>1</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>2</b>
<b>Nunca o casi nunca</b>	<b>0</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>	<b>3</b>

Si no optó, no completar la casilla

El puntaje bruto de cada dimensión se obtendrá como la suma de los valores de la columna 'Puntaje' correspondiente y se anotará en la casilla 'Pb'.

### Transformación de los puntajes brutos en percentiles. Interpretación de los mismos

Para completar la casilla del percentil correspondiente a esa escala, se utiliza la tabla ‘Conversión de puntajes brutos a percentiles’. Los datos normativos que en estas tablas se encuentran fueron obtenidos de población general de Buenos Aires, Argentina, y se han dividido por sexo. Para obtener el percentil se ingresa por la columna que dice ‘PB’ con el valor del puntaje bruto obtenido en cada escala, y se ubica horizontalmente la casilla correspondiente a la columna con el nombre de la escala buscada. Con el percentil obtenido para cada escala se traza el perfil.

La lectura de los valores se realiza utilizando como guía los baremos normales que figuran a continuación, teniendo en cuenta que a mayor valor percentilar le corresponde mayor presencia de la dimensión descripta.

Si quedó algún ítem sin contestar, el valor asignado mecánicamente en la corrección es cero. Por ello, deberá tenerse en cuenta para la evaluación que las dimensiones a las que pertenecen dichos ítems pueden encontrarse disminuidas en su valor percentilar.

<u>Dimensiones</u>	<u>Baremos normales</u>
<u>Deseos de adelgazar</u> ítems claros: 7-11-16-25-32-49 <b>Item oscuro: 1</b>	10
<u>Bulimia</u> Ítems claros: 4-5-28-38-46-53-61	3
<u>Insatisfacción corporal</u> Ítems claros: 2-9-45-59 <b>Ítems oscuros: 12-19-31-55-62</b>	12
<u>Ineficacia</u> Ítems claros: 10-18-24-27-41-56 <b>Ítems oscuros: 20-37-42-50</b>	8

<u>Perfeccionismo</u> Items claros: 13-29-36-43-52-63	6
<u>Desconfianza</u> Items claros: 34-54 <b>Items oscuros: 15-17-23-30-57</b>	7
<u>Alexitimia</u> Items claros: 8-21-33-40-44-47-51-60-64 <b>Items oscuros: 26</b>	8
<u>Miedo a Crecer</u> Items claros: 3-6-14-35-48 <b>Items oscuros: 22-39-58</b>	10
<u>Asceticismo</u> Items claros: 66-68-75-78-82-86-88 <b>Item oscuro: 71</b>	6
<u>Impulsividad</u> Items claros: 65-67-70-72-74-77-79-81-83-85-90	8
<u>Inseguridad Social</u> Items claros: 84-87 <b>Items oscuros: 69-73-76-80-89-91</b>	9

## 1.6 Índice de Masa Corporal

### Pesos mínimo y máximo, peso habitual y peso deseado

El IMC está definido como: peso en kilogramos, dividido altura al cuadrado en metros

(kg/m<sup>2</sup>) Este valor ya fue obtenido y figura como IMC

Además se consignó el peso mínimo y máximo alcanzado para conocer las fluctuaciones en el peso a través del tiempo y compararlo con el peso habitual. Por último se consignó el

peso deseado, para acceder al grado de conformidad y consecuente satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo.

Peso máximo – peso mínimo = fluctuaciones en el peso

Peso actual/habitual – peso deseado = satisfacción

Estos datos fueron correlacionados con los resultados del Test de siluetas y se usaron para la comparación intercultural.

### **1.7 Inventario estado-rasgo de ansiedad (STAI)**

Los sujetos responden a cada reactivo valorándolo con una puntuación que va de 1 a 4. Mientras que en algunos reactivos una puntuación de 4 indica un alto nivel de ansiedad, otros están formulados de tal manera, que su puntaje debe ser invertido, ya que una puntuación de 4 indica baja ansiedad (por ejemplo, “Me siento seguro”). Los reactivos que deben ser invertidos son los siguientes:

- Escala Estado: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20
- Escala Rasgo: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19

Luego se realiza la suma de los ítems directos (D) por un lado, y de los invertidos (I) por otro. Se resta:

$$D - I = C \text{ (coeficiente)}$$

A esto se le agrega la constante apropiada, que es cinco veces el número de ítems invertidos. 50, para la escala de Estado y 35 para la de Rasgo.

- Escala Estado:  $C+50$ = valor bruto de ansiedad estado
- Escala Rasgo:  $C+35$ = valor bruto de ansiedad rasgo

La ansiedad es directamente proporcional a los valores obtenidos. A mayor puntuación, mayor ansiedad; a menor puntuación, menor ansiedad. Los rangos percentilares para las escalas estado y rasgo en universitarias de primer año tienen medias de 37 y 39 respectivamente, y en universitarias no graduadas, 33 y 37 respectivamente.

### **1.8 Inventario de Depresión de Beck –BDI– (1961)**

Hay varias versiones de la prueba, en esta investigación se usó una versión formada por 21 apartados que se convierten en 4 manifestaciones autoevaluativas graduadas cuantitativamente (depresión ausente o mínima, leve, moderada y grave). Cada apartado mide una dimensión diferente de 0 a 3 (Criterio: 0= Nada, 1= Suave, 2=moderada y 3= severa depresión):

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. Estado de ánimo         | 2. Pesimismo               |
| 3. Sentimientos de fracaso | 4. Insatisfacción          |
| 5. Sentimientos de culpa   | 6. Sentimientos de castigo |
| 7. Odio a si mismo         | 8. Autoacusación           |
| 9. Impulsos suicidas       | 10. Períodos de llanto     |
| 11. Irritabilidad          | 12. Aislamiento social     |
| 13. Indecisión             | 14. Imagen corporal        |
| 15. Capacidad laboral      | 16. Trastornos del sueño   |
| 17. Cansancio              | 18. Pérdida de apetito     |
| 19. Pérdida de peso        | 20. Hipocondría            |
| 21. Libido                 |                            |

Para evaluar el grado de depresión se hace la suma directa de los puntajes de cada apartado y se compara con los siguientes valores:

- Depresión ausente o mínima                      de 0 a 13 puntos
- Ligera disforia                                      de 14 a 19 puntos
- Disforia moderada                                de 20 a 28 puntos
- Depresión profunda                              de 29 a 63 puntos.

**1.9 Percepción de riesgo de padecer sintomatología física:** Son 13 reactivos que evalúa la percepción de riesgo de enfermedades respecto de uno mismo y de la población en general. Los sujetos responden a cada reactivo valorándolo según un continuo de respuestas que va de 0 (nunca) a 7 (altamente probable). Se compara el promedio de los valores obtenidos por cada sujeto respecto de sí mismo (PSM) y de la población en general (PPG) para observar si hay ilusión de invulnerabilidad y optimismo ilusorio:

$PSM - PPG = R$  (resultado). Si el resultado es negativo hay ilusión de invulnerabilidad y optimismo ilusorio. Además, a mayor puntuación en cada subescala, mayor es la percepción de riesgo propio y ajeno, de contraer enfermedades.

#### **1.10 Datos de filiación:**

##### Nivel socio-económico

La presente investigación retomó el INSE propuesto por la Asociación Argentina de Marketing (AAM) y la Cámara de Control y Medición de Audiencia (CCMA). Sin embargo, la ocupación no resultó ser una variable que discrimine; pero sí los niveles de educación y consumo, y en menor medida el tipo de prestación en salud de las

entrevistadas. Es por eso que además de considerarse al nivel socioeconómico como variable, se analizaron sus distintos componentes de modo independiente.

### Ocupación

*Nivel alto:* empresario/gerente, profesional sin personal a cargo y comerciante

*Nivel medio:* empleado y técnico especializado

*Nivel bajo:* ocupación informal, desempleado, jubilado y obrero no especializado

Además, amas de casa y estudiantes. En cuanto al INSE, se calculó de siguiente manera: **INSE= 1/3 (IE + IC + IP).**

### Educación del PSH

*Nivel alto:* universitario completo, posgrado

*Nivel medio:* secundario completo, terciario incompleto y completo y universitario incompleto

*Nivel bajo:* primario incompleto y completo, secundario incompleto

### Bienes

*Nivel alto:* Internet, computadora y tarjeta de Crédito

*Nivel medio:* uno o dos de los bienes consignados

*Nivel bajo:* ninguno de los bienes consignados.

### Atención Médica

*Nivel alto:* prepaga y atención privada

*Nivel medio:* Obra Social

*Nivel bajo:* hospital

Se reemplazó la tarjeta de débito por la de crédito, entre los bienes elegidos para estimar el nivel socioeconómico, ya que actualmente todo empleado en relación de dependencia tiene tarjeta de débito, ya que está instalada como forma de pago. Por lo tanto

no se considera que sea tan buen predictor de nivel socioeconómico como la tarjeta de crédito.

Además, se agregó una pregunta de clasificación subjetiva de clase en la que la entrevistada debe indicar “A qué clase social pertenece o se siente más próxima”.

Para el análisis de los datos se hicieron Frecuencias y Descriptivos para caracterizar la muestra, Confiabilidad de las Escalas, Diferencias de Medias entre los grupos; Análisis de correlación entre Variables. Todos los datos obtenidos fueron correlacionados con el NSE, la edad, el estado civil, la ocupación y el nivel educativo (de la entrevistada y del PSH), el lugar de nacimiento y residencia, la autopercepción de NSE y si la entrevistada es o no el principal sostén del hogar.

## **2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS ESPECIALMENTE DISEÑADOS PARA ESTA INVESTIGACIÓN.**

En relación con los instrumentos especialmente diseñados para esta investigación, se siguió el siguiente plan de trabajo:

- a) Análisis factorial exploratorio, con la finalidad de seleccionar los mejores ítems e identificar la estructura interna de los inventarios.
- b) Análisis de la consistencia interna de los ítems seleccionados.
- c) Redacción de la versión definitiva de la escala.

### **2.1 Estudio 1. Prueba Sesgos Cognitivos delgadez/salud**

#### Análisis Factorial Exploratorio

Luego de administrar el inventario a la muestra de investigación los datos fueron ingresados en una base de datos configurada con el programa SPSS 17. Antes de aplicar el Análisis Factorial Exploratorio se verificó la existencia de valores desaparecidos y casos atípicos uni y multivariados (Tabachnick y Fidell, 2001). Como producto de este análisis no se descartaron casos. La muestra final fue de (N=123).

Posteriormente se descartaron aquéllos ítems con valores de asimetría y/o kurtosis inadecuados ( $> 1.5$  y  $-1.5$ ) que afectaran la distribución normal de las puntuaciones en las variables observadas, uno de los supuestos básicos del análisis factorial (Tabachnick y Fidell, 2001). De este modo 2 ítems de la versión preliminar de la escala (19 y 30) fueron eliminados. Los 29 ítems restantes fueron factoranalizados utilizando el método de extracción de Componentes Principales. El índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) fue de

0.767, sugiriendo que los datos estaban suficientemente interrelacionados y era factible realizar análisis factorial.

Se obtuvieron 9 factores que explicaron un 62,55% de la varianza de respuesta al test utilizando la regla Kaiser-Guttman de autovalores superiores a 1. Se conoce suficientemente que esta regla tiende a extraer demasiados factores y, por consiguiente, se interpretó la gráfica Scree (Cattell, 1966) un procedimiento mucho más confiable. La inspección visual de ese gráfico sugirió la extracción de dos factores. Se volvieron a analizar los datos solicitando la extracción de dos factores, y se eliminaron aquellos items con pesos factoriales inadecuados ( $< 0.40$ ) -items 9, 5, 16, 21, 12, 1 y 24 o por estar correlacionado con ambos factores (ítem 7). De este modo se retuvieron 21 ítems con pesos factoriales entre 0.42 y 0.70, que conformaron una estructura factorial clara, explicando el 34,78% de la varianza de respuestas al test.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,767
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado	1079,416
Bartlett	
gl	465
Sig.	,000

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 21.** KMO y prueba de Bartlett para la Prueba Segasos cognitivos delgadez/salud

**Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>**

	Componente	
	1	2
18-ILUSIÓN COGNITIVA	,714	
11-ILUSIÓN COGNITIVA	,637	
28-ILUSIÓN COGNITIVA	,634	
25-ILUSIÓN COGNITIVA	,631	
13-ILUSIÓN COGNITIVA	,601	
23-ILUSIÓN COGNITIVA	,564	
26-ILUSIÓN COGNITIVA	,532	
14-ILUSIÓN COGNITIVA	,517	
2-ILUSIÓN COGNITIVA	,500	
17-ILUSIÓN COGNITIVA	,496	
10-ILUSIÓN COGNITIVA	,411	
4-ILUSIÓN COGNITIVA		,630

8-ILUSIÓN COGNITIVA	,627
15-ILUSIÓN COGNITIVA	,626
31-ILUSIÓN COGNITIVA	,593
29-ILUSIÓN COGNITIVA	,583
22-ILUSIÓN COGNITIVA	,558
3-ILUSIÓN COGNITIVA	,554
20-ILUSIÓN COGNITIVA	,503
27-ILUSIÓN COGNITIVA	,482
6-ILUSIÓN COGNITIVA	,454
Método de extracción: Análisis de componentes principales.	
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.	
a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones	

**Cuadro 22.** Matriz de componentes principales de los reactivos de la prueba de Sesgos Cognitivos

Por último, se analizó la consistencia interna, que arrojó un valor para el coeficiente alfa de Cronbach de 0,82. Las puntuaciones de la escala evidencian una consistencia interna adecuada para este tipo de tests. Sin embargo se procedió a eliminar aquellos ítems necesarios para que la confiabilidad aumente. Como resultado de este procedimiento se eliminaron los ítems 4, 6 y 3. Dando como resultado una confiabilidad de 0,823 - estadísticos de confiabilidad de la escala completa, para la prueba de Sesgos Cognitivos.

Como resultado se obtuvo una escala de 18 ítems a la cual se le volvió a realizar el análisis factorial seleccionando dos factores. Los 18 ítems fueron factoranalizados utilizando el método de extracción de Componentes Principales. El índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) fue de 0.786, sugiriendo que los datos estaban suficientemente interrelacionados y era factible realizar análisis factorial. Se eliminaron aquéllos ítems con pesos factoriales inadecuados (< 0.50) -ítems 14, 2, 10. De este modo se obtuvo 15 ítems con pesos factoriales entre 0.50 y 0.71, que conformaron una estructura factorial clara, explicando el 36,90% de la varianza de respuestas al test.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		
		,786
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado		
Bartlett	gl	582,661
		171
	Sig.	,000

**Cuadro 23.** KMO y prueba de Bartlett para la Prueba Sesgos cognitivos delgadez/salud

**Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>**

	Componente	
	1	2
18-ILUSIÓN COGNITIVA	,713	
11-ILUSIÓN COGNITIVA	,671	
28-ILUSIÓN COGNITIVA	,610	
13-ILUSIÓN COGNITIVA	,609	
23-ILUSIÓN COGNITIVA	,607	
25-ILUSIÓN COGNITIVA	,586	
26-ILUSIÓN COGNITIVA	,532	
17-ILUSIÓN COGNITIVA	,504	
31-ILUSIÓN COGNITIVA		,653
22-ILUSIÓN COGNITIVA		,644
8-ILUSIÓN COGNITIVA		,635
29-ILUSIÓN COGNITIVA		,626
20-ILUSIÓN COGNITIVA		,569
15-ILUSIÓN COGNITIVA		,569
27-ILUSIÓN COGNITIVA		,562

Método de extracción: Análisis de componentes principales.  
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.  
a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

**Cuadro 24.** Matriz de componentes principales de los reactivos de la prueba de Sesgos Cognitivos

Por último, se analizó la consistencia interna de la escala definitiva, que arrojó un valor para el coeficiente alfa de Cronbach de 0,793. Las puntuaciones de la escala evidencian una consistencia interna adecuada para este tipo de tests. El coeficiente de alfa de Cronbach para los factores de clase baja y media de la prueba de Sesgos Cognitivos fueron de 0,776 y 0,734, respectivamente. Se elaboró finalmente un listado de 15 frases. Los sujetos responden a cada reactivo valorándolo con una puntuación que va de 1 a 5, donde ‘1’ es ‘muy en desacuerdo’ y ‘5’, ‘muy de acuerdo’. Los reactivos responden a la representación que tienen las mujeres de clase baja (8 frases, con un puntaje máximo de 40 y un puntaje mínimo de 8) y media (7 frases, con un puntaje máximo de 35 y un puntaje mínimo de 7), respectivamente; acerca de su propio cuerpo y de los alimentos.

Ítem anterior	Nuevo ítem
8	1
11	2
13	3
15	4
17	5
18	6
20	7
22	8
23	9
25	10
26	11
27	12
28	13
29	14
31	15

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 25.** Prueba Sesgos cognitivos delgadez/salud; ítems seleccionados para la versión definitiva.

Clase baja (CB)

reactivos: 2-3-5-6-9-10-11-13

Clase media (CM)

reactivos: 1-4-7-8-12-14-15

Se agruparon los reactivos por clase y se realizó la suma directa. Se sacaron los promedios de cada grupo de reactivos por clase y se compararon para ver si las entrevistadas responden al sesgo de clase (se analizaron las diferencias significativas). Se correlacionaron los resultados con el NSE de cada sujeto para ver si se evidencia en las encuestadas el sesgo de nivel socio-económico. Si bien a la muestra se le tomó la encuesta original, para el análisis de los datos, se tuvieron en cuenta las modificaciones realizadas a partir del análisis factorial, que llevó a reducir el cuestionario a dos sesgos cognitivos. El sesgo de clase baja incluyó los siguiente ítems: ‘Prefiero las carnes rojas porque satisfacen’, ‘El pan es un acompañamiento infaltable’, ‘Las formas redondeadas son un signo de salud’, ‘Las carnes rojas y las frituras son habituales en mi mesa’, ‘La carne roja, el pan y los fideos no

deberían faltar en la mesa’, ‘La comida tiene que ser barata y dar fuerza’, ‘Si no fuera malo comería “hasta reventar”’ y ‘La comida tiene que ser rica y abundante’. Los ítems de clase media/alta son: ‘Todo lo rico (dulces, pastas, fritos), engorda’, ‘Mantener un cuerpo sano es un trabajo más que implica ir al gimnasio, comer comida light, etc.’, ‘Siempre pienso qué suerte tienen los que comen mucho y no engordan’, ‘Hay que reemplazar las carnes rojas por pescados y mariscos’, ‘Comer bien (sin grasas ni azúcares) previene enfermedades’, ‘Los alimentos light son más sanos’ y ‘Una buena mesa evita grasas y azúcares, y abunda en frutas y verduras.

### 2.1.1 Puntos de corte de la escala sesgo cognitivo.

Se consideraron para la realización de los puntos de corte lo siguiente:

NIVEL	ESCALA SESGO COGNITIVO	
	CLASE BAJA	CLASE MEDIA
1	<12	<17
2	12-14	17-20
3	15	21-22
4	16-17	23-24
5	18	25
6	19-20	26
7	21-22	27-28
8	23-26	29-30
9	27-30	31-32
10	≥ 31	≥ 33

Fuente: elaboración propia

### Cuadro 26. Puntos de corte de la Prueba Sesgos cognitivos delgadez/salud.

Un sujeto cualquiera será considerado como poseedor de un sesgo determinado de acuerdo al sesgo donde presente un mayor nivel. Así, por ejemplo si un sujeto obtiene una puntuación de 21 en el sesgo de clase baja y de 25 en el de clase media; como en el primero tiene nivel 7 y en el segundo nivel 5 se considerará que el sujeto tiene en predominio un sesgo de clase baja.

## **2.2 Estudio 2. Alimentos preferidos/saludables**

### Análisis Factorial Exploratorio

Luego de administrar el inventario a la muestra de investigación los datos fueron ingresados en una base de datos configurada con el programa SPSS 17. Antes de aplicar el Análisis Factorial Exploratorio se verificaron la existencia de valores desaparecidos y casos atípicos uni y multivariados (Tabachnick y Fidell, 2001). Como producto de este análisis no se descartaron casos. La muestra final fue de (N=170), ya que para esta prueba se incluyeron a las mujeres orientales y occidentales.

Posteriormente se descartaron aquellos items con valores de asimetría y/o kurtosis inadecuados ( $> 1.5$  y  $-1.5$ ) que afectaran la distribución normal de las puntuaciones en las variables observadas, uno de los supuestos básicos del análisis factorial (Tabachnick y Fidell, 2001). De este modo 4 items de la versión preliminar de alimentos saludables (11, 12, 15 y 31) fueron eliminados. Los 30 ítems restantes fueron factoranalizados utilizando el método de extracción de Componentes Principales. El índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) fue de 0.788, sugiriendo que los datos estaban suficientemente interrelacionados y era factible realizar análisis factorial.

Se obtuvieron 8 factores que explicaron un 65,17% de la varianza de respuesta al test utilizando la regla Kaiser-Guttman de autovalores superiores a 1. Se conoce suficientemente que esta regla tiende a extraer demasiados factores y, por consiguiente, se interpretó la gráfica Scree (Cattell, 1966) un procedimiento mucho más confiable. La inspección visual de ese gráfico sugirió la extracción de 1 factor. Se volvieron a analizar los datos solicitando la extracción de un factor, y se eliminaron aquéllos ítems (20, 32, 33 y 34) con pesos factoriales inadecuados ( $< 0.25$ ). De este modo se retuvieron 26 ítems con pesos

factoriales entre 0.33 y 0.63, que conformaron una estructura factorial clara, explicando el 21% de la varianza de respuestas al test.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,744
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado	2202,366
Bartlett	435
gl	
Sig.	,000

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 27.** KMO y prueba de Bartlett para la Alimentos preferidos/saludables.

1- ALIMENTOS SALUDABLES	,486
2- ALIMENTOS SALUDABLES	,340
3- ALIMENTOS SALUDABLES	,493
4- ALIMENTOS SALUDABLES	,419
5- ALIMENTOS SALUDABLES	,567
6- ALIMENTOS SALUDABLES	,416
7- ALIMENTOS SALUDABLES	,320
8- ALIMENTOS SALUDABLES	,412
9- ALIMENTOS SALUDABLES	,462
10- ALIMENTOS SALUDABLES	,415
13- ALIMENTOS SALUDABLES	,403
14- ALIMENTOS SALUDABLES	,370
16- ALIMENTOS SALUDABLES	,544
17- ALIMENTOS SALUDABLES	,588
18- ALIMENTOS SALUDABLES	,549
19- ALIMENTOS SALUDABLES	,312
21- ALIMENTOS SALUDABLES	,521
22- ALIMENTOS SALUDABLES	,550
23- ALIMENTOS SALUDABLES	,491
24- ALIMENTOS SALUDABLES	,469
25- ALIMENTOS SALUDABLES	,628
26- ALIMENTOS SALUDABLES	,586
27- ALIMENTOS SALUDABLES	,584
28- ALIMENTOS SALUDABLES	,505
29- ALIMENTOS SALUDABLES	,500
30- ALIMENTOS SALUDABLES	,325

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

a 1 factores extraídos. Requeridas 5 iteraciones.

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 28.** Matriz de componentes principales para los alimentos saludables de la Prueba Alimentos preferidos/saludables.

Se analizó la consistencia interna utilizando el coeficiente alfa de Cronbach de los alimentos saludables, los que gustan y los que consumen, de la Prueba Alimentos preferidos/saludables. El alfa de Cronbach para los alimentos que gustan fue de 0,789 y el Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados fue de 0,794. El alfa de Cronbach para los alimentos que consumen fue de 0,751 y el Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados fue de 0,755. Finalmente, el alfa de Cronbach para los alimentos que consideran saludables fue de 0,858 y el Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados fue de 0,860.

### **2.3 Estudio 3. Prueba de las Fotos**

#### Análisis Factorial Exploratorio

También con esta prueba, luego de administrar el inventario a la muestra de investigación los datos fueron ingresados en una base de datos configurada con el programa SPSS 17. Antes de aplicar el Análisis Factorial Exploratorio se verificaron la existencia de valores desaparecidos y casos atípicos uni y multivariados (Tabachnick y Fidell, 2001). Como producto de este análisis no se descartaron casos. La muestra final fue de (N=170) ya que, como en la prueba Alimentos preferidos/saludables, para esta prueba se incluyeron a las mujeres orientales y occidentales.

Posteriormente se determinó la distribución normal de las puntuaciones en las variables observadas, uno de los supuestos básicos del análisis factorial (Tabachnick y Fidell, 2001), mediante una aproximación a una distribución normal (se usó la función logaritmo) de las puntuaciones originales. Los 10 ítems de la escala fueron factoranalizados utilizando el método de extracción de Componentes Principales. El índice KMO (Kaiser-

Meyer-Olkin) fue de 0.684, sugiriendo que los datos estaban suficientemente interrelacionados y era factible realizar análisis factorial.

Se obtuvieron 3 factores que explicaron un 48,67% de la varianza de respuesta al test utilizando la regla Kaiser-Guttman de autovalores superiores a 1. Como esta regla tiende a extraer demasiados factores, se interpretó la gráfica Scree (Cattell, 1966), un procedimiento mucho más confiable. La inspección visual de ese gráfico sugirió la extracción de 1 factor. Se volvieron a analizar los datos solicitando la extracción de un factor, y se eliminaron los pares de fotos 2 y 3, con pesos factoriales inadecuados ( $< 0.40$ ). De este modo se retuvieron 8 pares de fotos con pesos factoriales entre 0.42 y 0.66, que conformaron una estructura factorial clara, explicando el 25% de la varianza de respuestas al test.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,684
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado		177,765
Bartlett	gl	45
	Sig.	,000

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 29.** KMO y prueba de Bartlett para la Prueba de las fotos.

	Componente
	1
1-FOTO	,491
4-FOTO	,536
5-FOTO	,422
6-FOTO	,580
7-FOTO	,618
8-FOTO	,644
9-FOTO	,415
10-FOTO	,658

Método de extracción: Análisis de componentes principales. a. 1 componentes extraídos

Componente	
1	
1-FOTO	,491
4-FOTO	,536
5-FOTO	,422
6-FOTO	,580
7-FOTO	,618
8-FOTO	,644
9-FOTO	,415
10-FOTO	,658

Método de extracción: Análisis de componentes principales. a. 1 componentes extraídos

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 30.** Matriz de componentes principales para las fotos de la Prueba de Fotos.

Se analizó la consistencia interna de la Prueba de las fotos utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, que fue de 0,635. El Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados fue de 0,669.

### 3. CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

Estudio de regresión logística binaria para determinar los factores asociados al nivel socioeconómico.

Se procedió a la realización de un estudio de regresión binaria para determinar los factores asociados al nivel socioeconómico. Se considero al nivel socioeconómico dividido en dos grupos nivel bajo y nivel medio. Los resultados se detallan a continuación:

Casos no ponderados <sup>a</sup>		N	Porcentaje
Casos seleccionados	Incluidos en el análisis	97	78,9
	Casos perdidos	26	21,1
	Total	123	100,0

a. Si está activada la ponderación, consulte la tabla de clasificación para ver el número total de casos.

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 31.** Resumen del procesamiento de los casos.

Valor original	Valor interno
clase baja	0
clase media	1

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 32.** Codificación de la variable dependiente.

#### Bloque 0: Bloque inicial

Observado		Pronosticado			
		Nivel Socio Económico		Porcentaje correcto	
		clase baja	clase media		
Paso 0	Nivel Socio Económico	clase baja	0	21	,0
		clase media	0	76	100,0
		Porcentaje global			78,4

a. En el modelo se incluye una constante.

b. El valor de corte es ,500

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 33.** Tabla de clasificación<sup>a,b</sup>

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 0 Constante	1,286	,247	27,220	1	,000	3,619

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 34.** Variables en la ecuación.

### Bloque 1: Método = Introducir

		Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	36,041	5	,000
	Bloque	36,041	5	,000
	Modelo	36,041	5	,000

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 35.** Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo.

El modelo es globalmente significativo porque el contraste de significación global de la chi-cuadrado proporciona un valor igual a 36,041 que es superior que el valor en tablas de la distribución con 5 grados de libertad.

Paso	-2 log de verosimilitud	la R cuadrado y Snell	de Cox R cuadrado de Nagelkerke
1	65,312 <sup>a</sup>	,310	,479

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 7 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de ,001.

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 36.** Resumen del modelo.

El pseudo-R<sup>2</sup> vale 31 %.

Observado		Pronosticado		
		Nivel Socio Económico		
		clase baja	clase media	Porcentaje correcto
Paso 1	Nivel Socio Económico clase baja	12	9	57,1
	clase media	8	68	89,5
	Porcentaje global			82,5

a. El valor de corte es ,500

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 37.** Tabla de clasificación<sup>a</sup>

Según la tabla de clasificación, el 82,5 % de los casos están correctamente clasificados.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 <sup>a</sup> OCUPARECO	-,320	,598	,286	1	,593	,726
EDUCARECO	1,961	,780	6,321	1	,012	7,104
PRESTASALUD	1,135	,638	3,161	1	,075	3,111
LUGTOMA2	-,763	,758	1,012	1	,314	,466
NIVECON3	,911	,498	3,354	1	,067	2,487
Constante	-3,358	1,359	6,102	1	,013	,035

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: OCUPARECO, EDUCARECO, PRESTASALUD, LUGTOMA2, NIVECON3.

Fuente: elaboración propia

### Cuadro 38. Variables en la ecuación.

La educación de las entrevistadas tiene una influencia significativa y positiva en la determinación de la probabilidad de que la misma pertenezca a la clase media; las prestaciones en salud y el nivel de consumo parecen tener un efecto positivo aunque solo significativo al 10 por ciento. Los factores que no influyen en la probabilidad de pertenecer a la clase media son el lugar de la toma y la ocupación de las entrevistadas. Si debiera buscarse cuál es la tipología de mujer de clase media, deberían buscarse mujeres de educación media-superior que muy probablemente tengan un nivel de consumo medio-alto y que usaran como prestadores de salud obras sociales o medicinas prepagas, sin importar el lugar donde se tomó la muestra (comedor comunitario, escuela, etc.) o la ocupación que tengan. Siempre considerando la auto-asignación de clase que se dieron a sí mismas.

### 3.1 Creación de un índice para el nivel socio económico:

Se tuvieron en cuenta los siguientes factores: Nivel de educación, Nivel de consumo y Tipo de prestación. El **Nivel de educación** incluye los siguientes valores: 1) Primario incompleto, 2) Primario completo, 3) Secundario incompleto, 4) Secundario completo, 5) Terciario

incompleto, 6) Terciario completo, 7) Universitario incompleto y 8) Universitario completo/ postgrado. En cuanto al **Nivel de consumo**, el 1er nivel está conformado por quienes no poseen ninguno de los siguientes bienes: tarjeta de crédito, computadora o internet. El 2° nivel sólo tiene uno de los tres items anteriores, el 3° tiene dos y el 4°, todos. La **prestación en salud** incluye los siguientes niveles: 1° Hospital público, 2° Obra social, 3° Medicina prepaga o privada.

Para el cálculo del índice global se computaron primero los índices de cada factor siendo el global el promedio de los mismos:

Índice de educación (IE):  $IE = (\text{Valor real} - \text{valor mínimo}) / \text{Valor máximo} - \text{valor mínimo}$

Índice de consumo (IC):  $IC = (\text{Valor real} - \text{valor mínimo}) / \text{Valor máximo} - \text{valor mínimo}$

Índice de prestador (IP):  $IP = (\text{Valor real} - \text{valor mínimo}) / \text{Valor máximo} - \text{valor mínimo}$

Índice de nivel socio económico (INSE).

Se probó dar mayor peso al IE, pero los mejores resultados se obtuvieron con la fórmula que se presenta a continuación: **INSE = 1/3 (IE + IC + IP)**.

Los siguientes son los valores de referencia: de 0 a 0,45 es el índice correspondiente a una persona o grupo de clase baja, de 0,45 a 0,95 es el índice correspondiente a una persona o grupo de clase media y de 0,95 a 1 es el índice correspondiente a una persona o grupo de clase media alta.

## **4. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS USADOS EN ESTA INVESTIGACIÓN.**

### **4.1 Test de Siluetas-Estudios psicométricos**

Para conocer la fiabilidad test-retest se han obtenido las correlaciones (Rho de Spearman) entre las dos aplicaciones de la prueba con una diferencia de 4 meses. Los coeficientes obtenidos muestran, en ambos sexos, altos niveles de correlación en los ítems correspondientes a la elección de figura actual y figura que les gustaría a los progenitores que se tuviera en ambos sexos (coeficientes de correlación de 0,70 a 0,87); en los ítems referidos a la elección de figura como pareja y figura que el otro sexo elegiría las correlaciones test-retest en los chicos son más altas ( $p = 0,000$ ) que en las chicas ( $p = 0,01$ ). Para estudiar la validez del TSA se han obtenido las relaciones de los ítems de la prueba con el IMC y con dos pruebas que evalúan trastornos de la conducta alimentaria, EAT-40 y EDI-2. Se han comprobado las relaciones entre las variables TSA-Distorsión y TSA-Insatisfacción con el IMC, Eating Attitudes Test-40 y Eating Disorders Inventory-2, encontrándose relaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas, con más alto nivel de significación en las mujeres que en los varones para cada uno de los ítems estudiados. Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple a fin de comprobar si la distorsión e insatisfacción son factores de riesgo de los trastornos alimenticios.

### **4.2 Inventario de Beck-Estudios psicométricos**

La segunda edición del Inventario de Depresión de Beck, BDI-II (Beck, Steer & Brown, 2006) adaptado en Argentina tiene una consistencia interna de  $\alpha = 0,88$  para pacientes externos y  $\alpha = 0,86$  para población general. Para analizar la estabilidad test-retest a través

del tiempo se compararon las respuestas de pacientes externos entre dos aplicaciones de la prueba con una diferencia de 7-10 días. Los coeficientes obtenidos muestran una correlación positiva y significativa ( $r=0,90, p < 0,001$ ). En la submuestra de población general también se constató una correlación significativa entre ambas mediciones ( $r = 0,864, p < 0,001$ ).

Para estudiar la validez del BDI-II se analizaron las correlaciones entre las puntuaciones de dicho inventario y las de otras pruebas psicológicas en la muestra de pacientes externos. Estas correlaciones coadyuvan a la validez convergente y discriminante. Con respecto a la validez convergente, los datos indican que el BDI-II está positivamente correlacionado con la Escala de Depresión del MMPI-II (adaptación Casullo, 1999) ( $r=0,58, p < 0,01$ ) y con la Escala de Depresión de la SCL-90-R (adaptación Casullo, 1998) ( $r=0,81, p < 0,001$ ). En cuanto a la validez discriminante, se la comparó con la Escala de Ansiedad de la SCL-90-R ( $r=0,63, p < 0,001$ ). Además se llevó a cabo un estudio en población general. Se encontraron correlaciones significativas entre el BDI-II, y la Escala de Depresión del MMPI-II (adaptación Casullo, 1999) ( $r=0,61, p < 0,01$ ), la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (Kessler, 1994) (K10; adaptación Brenlla, 2005) ( $r=0,81, p < 0,01$ ) y la escala Ansiedad (STAI; adaptación Leibovich de Figueroa, 1991) ( $r=0,58, p < 0,01$ ).

#### **4.3 Inventario de Conductas Alimentarias, Inventario estado/rasgo de ansiedad, STAI y Percepción de riesgo de padecer, LSE- Estudios psicométricos**

Lamentablemente, hasta donde se pudo rastrear, no hay evidencia disponible respecto de la validez y confiabilidad de estos instrumentos.

Figura 2



Figura 3

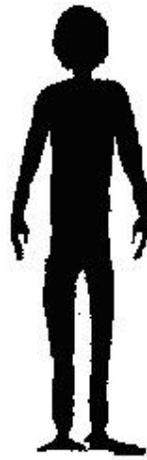


Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 2

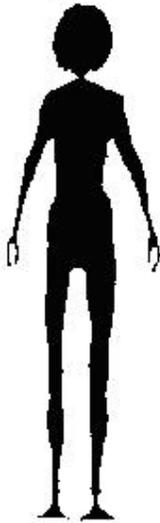


Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

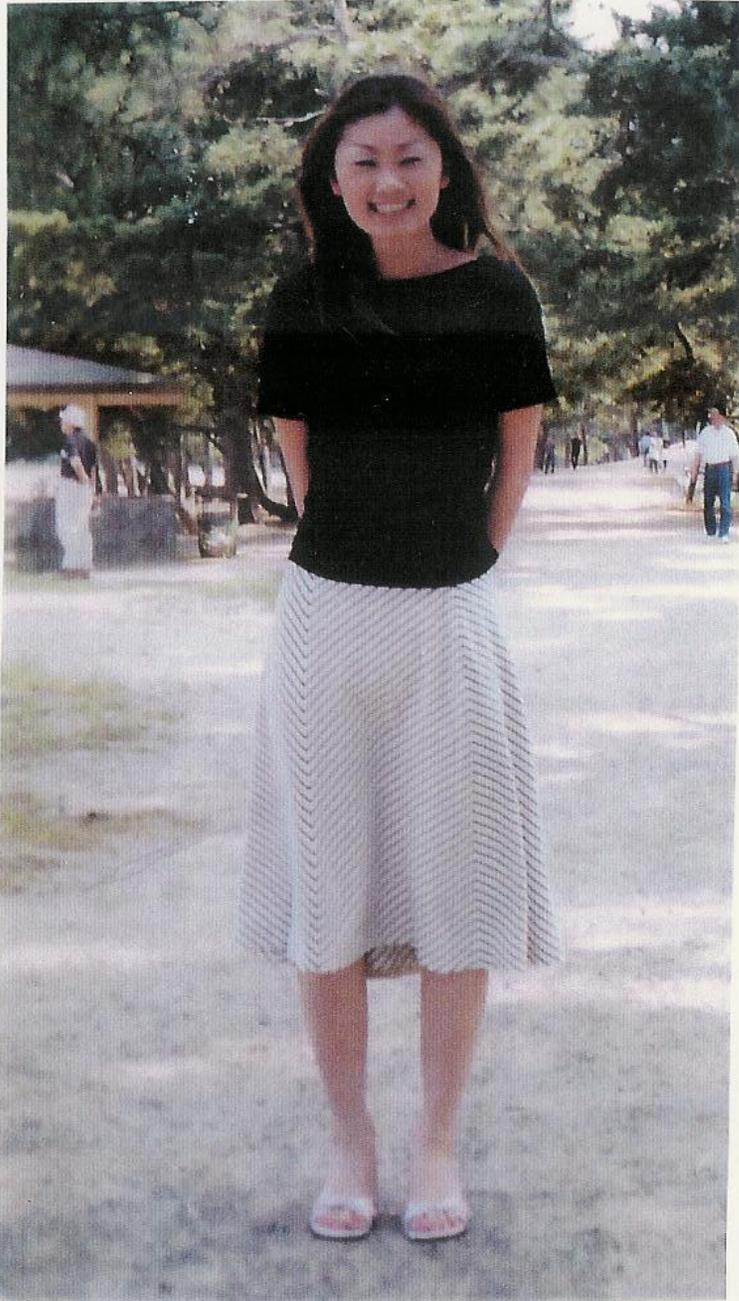


Figura 7



Figura 8





1A



1B



2A



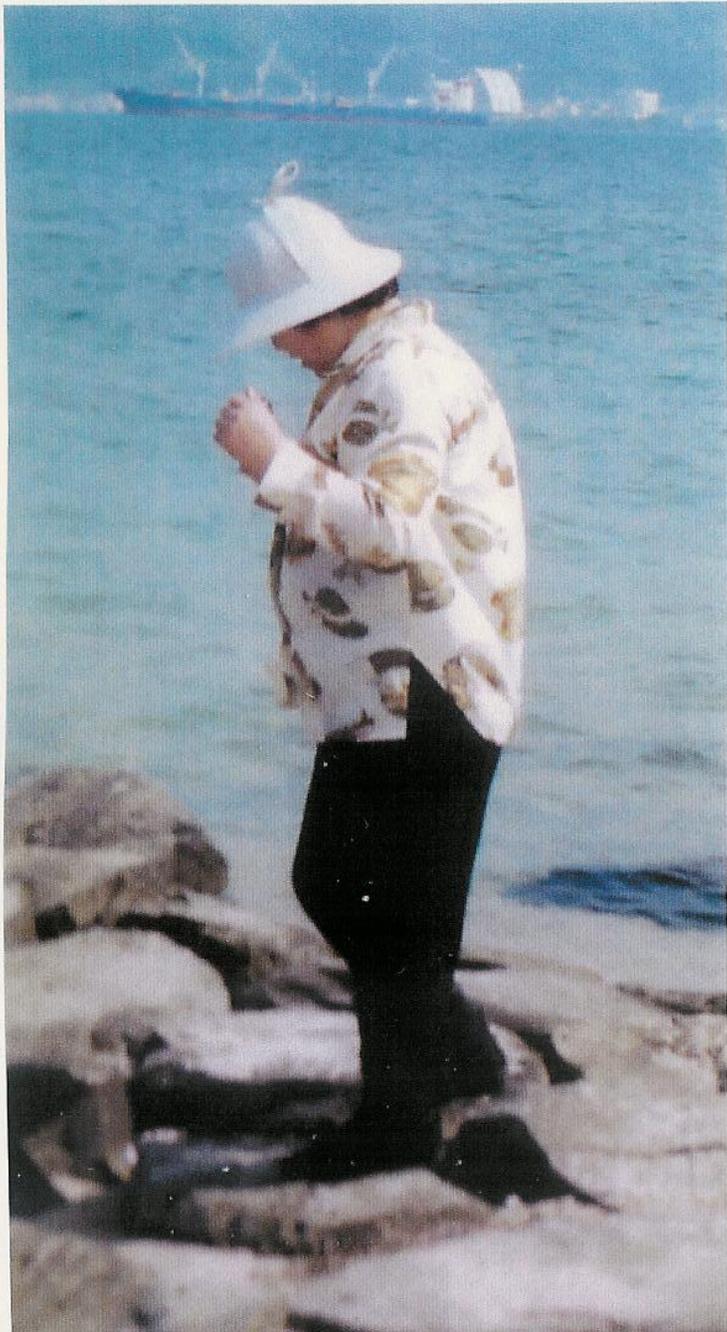
2B



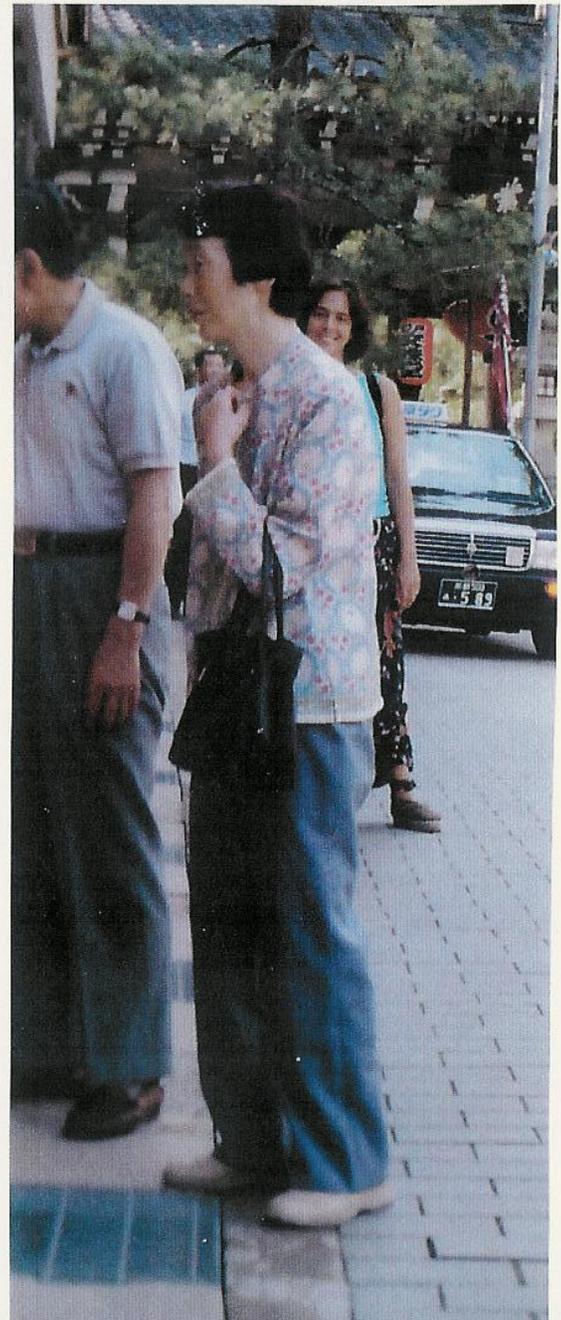
3A



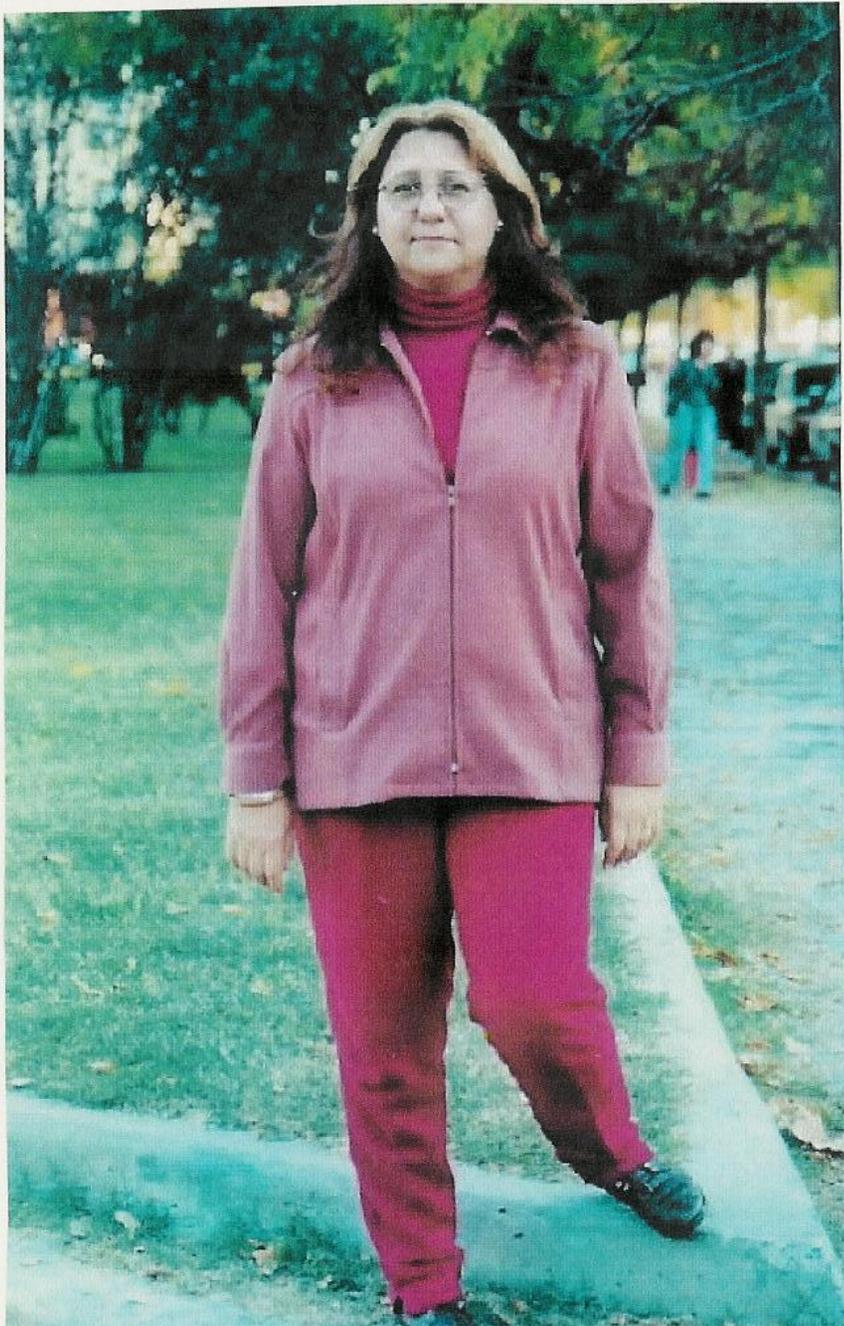
3B



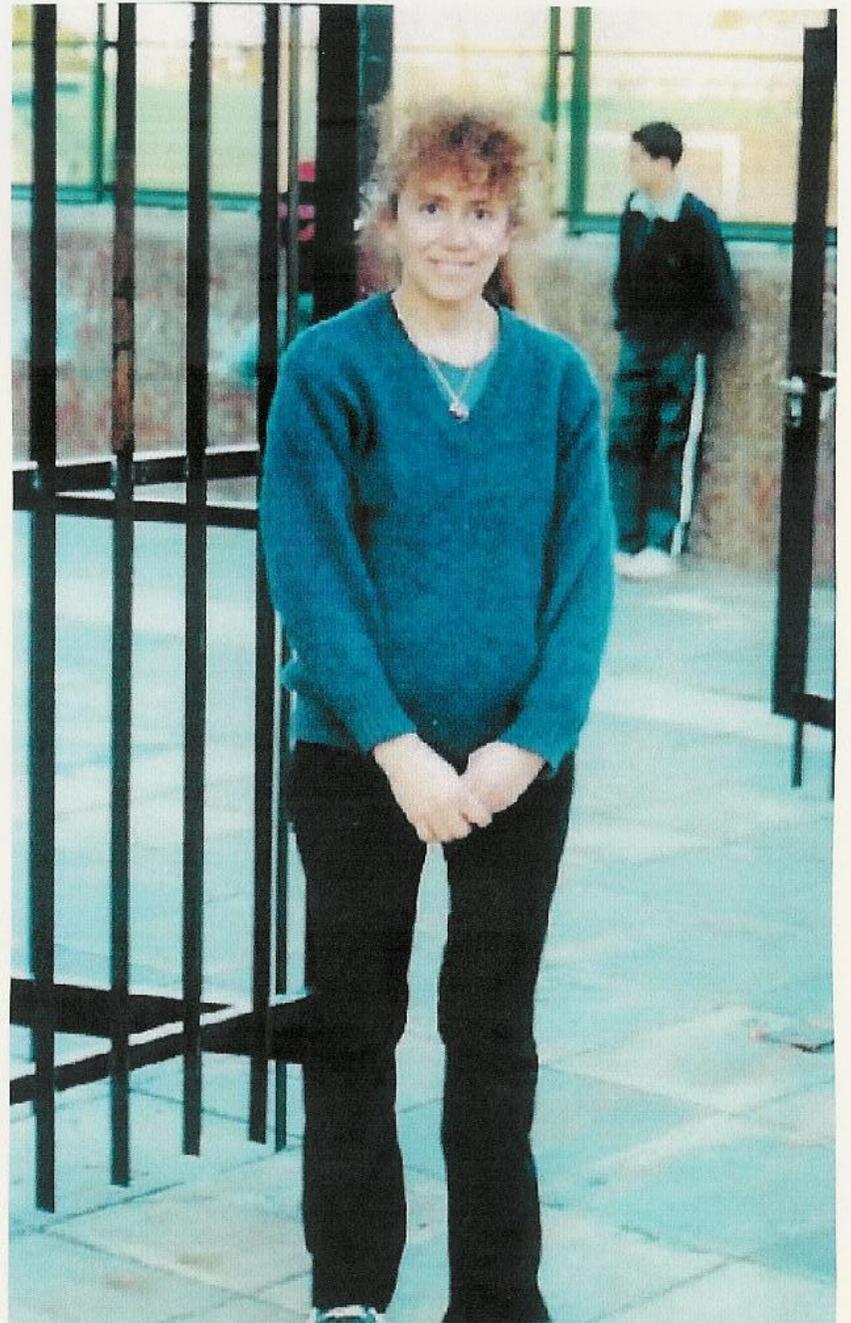
4A



4B



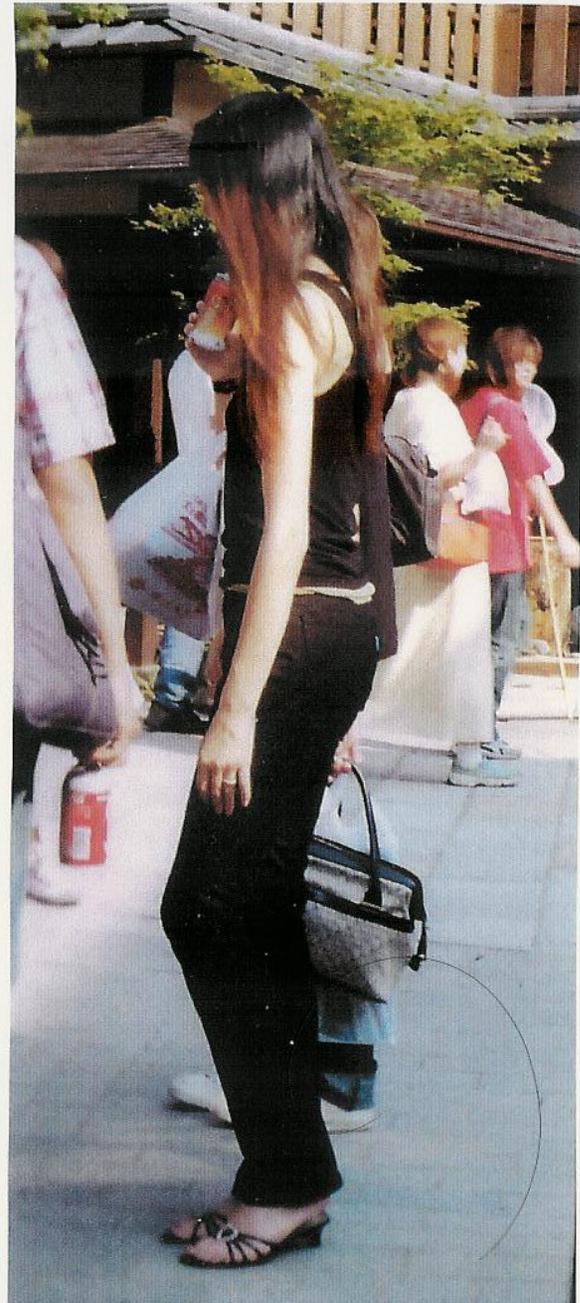
5A



5B



6A



6B



7A



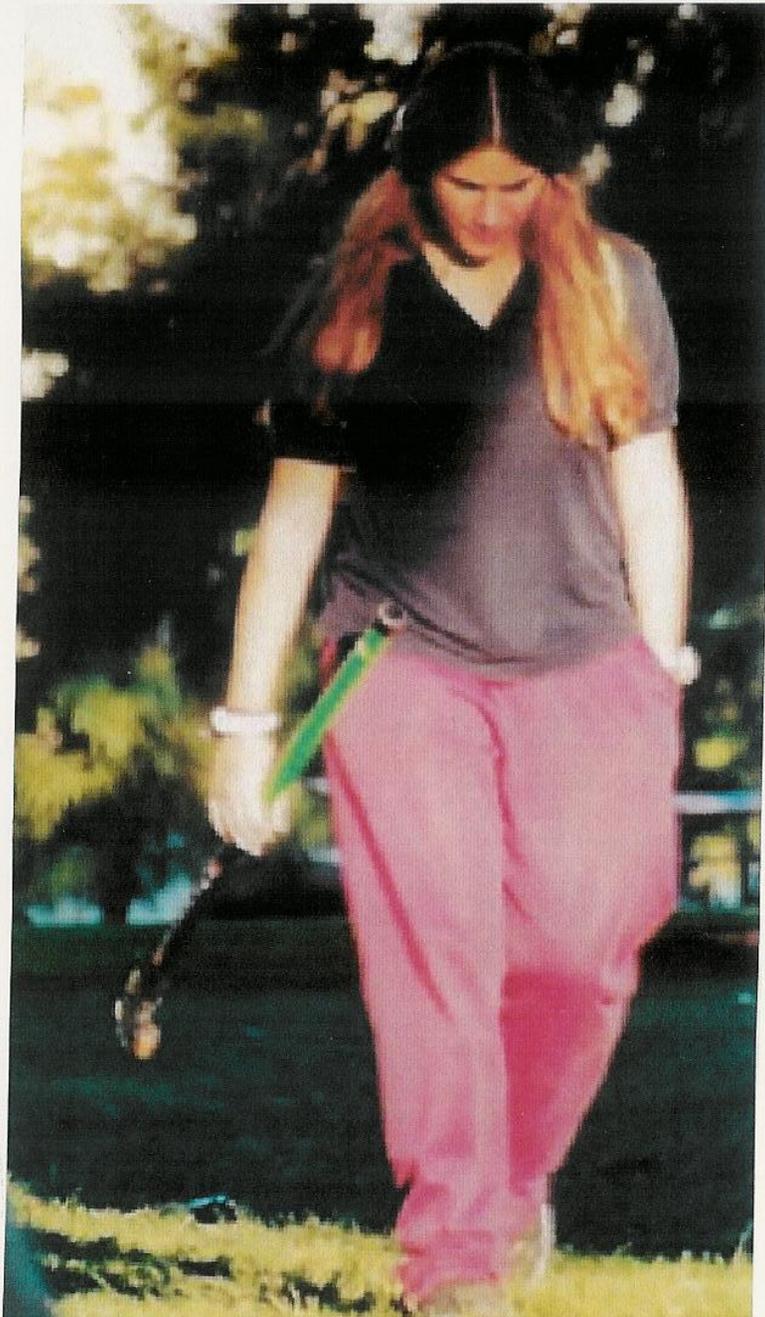
7B



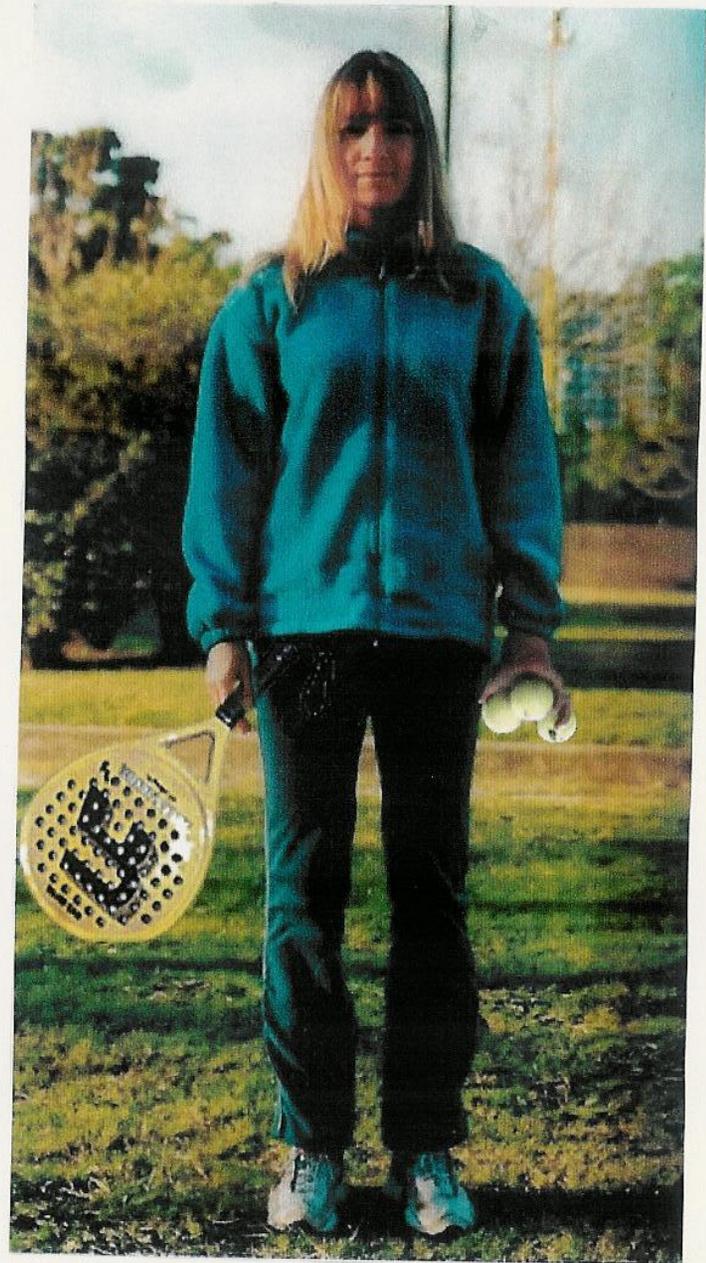
8A



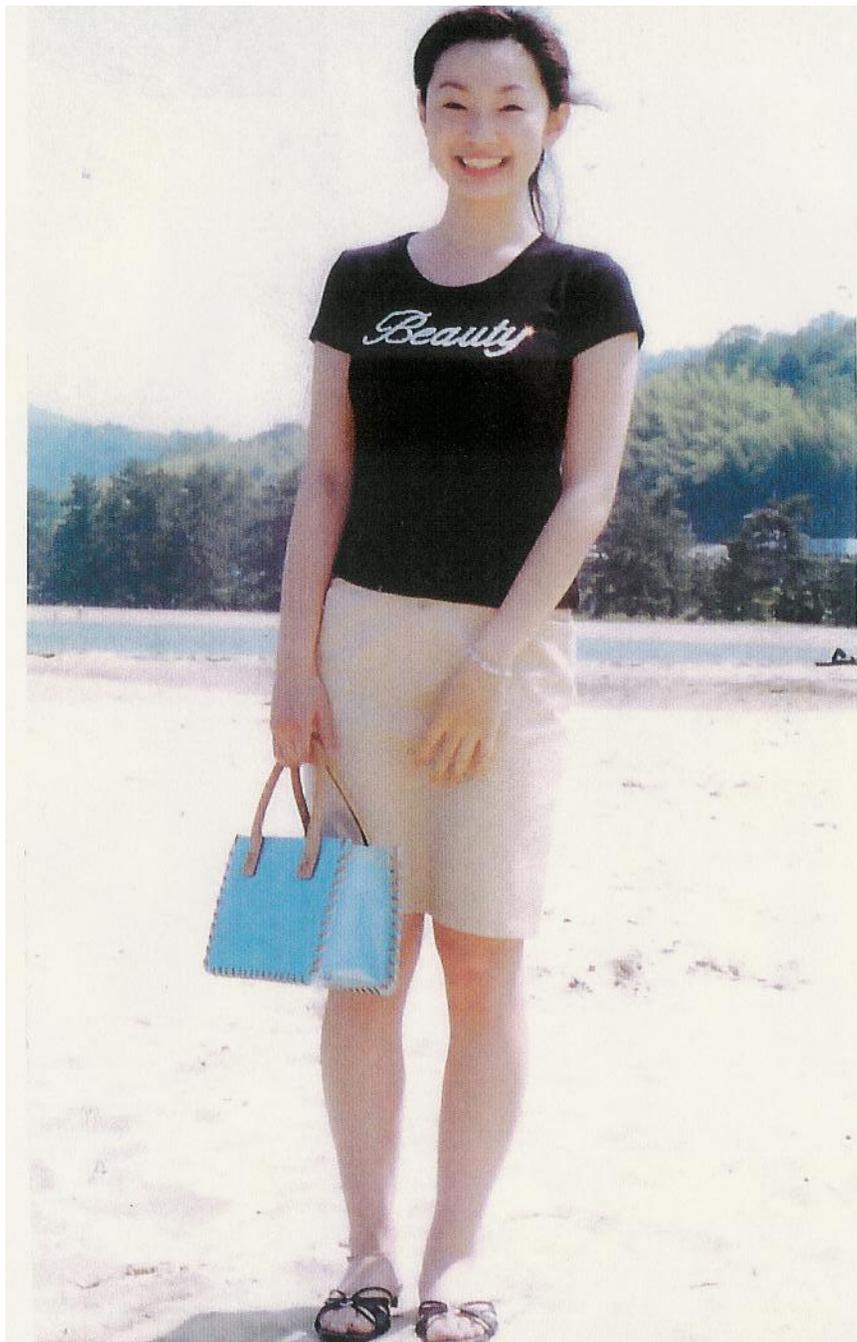
8B



9A



9B



10A



10B