

4. TALLER DE IMAGEN CORPORAL Y ALIMENTACIÓN

Yolanda Quiles Marcos

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

Los ideales de belleza establecidos por las distintas sociedades son un factor importante que marca ciertos patrones físicos y de imagen corporal. Estos ideales de belleza suponen una alta presión sobre todos los miembros de la población. Quienes poseen las características del modelo tienen razones para autovalorarse positivamente, mientras que los que se apartan de él, suelen tener una baja autoestima

La imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, e incluye tres componentes: perceptual, cognitivo y conductual.

El componente perceptual hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración en este componente da lugar a la sobrestimación o a subestimación, bien si el cuerpo se percibe en unas dimensiones superiores o inferiores a las reales respectivamente. En los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) frecuentemente se encuentra sobrestimación.

El componente subjetivo o cognitivo incluye actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.

El componente conductual se refiere a las conductas elicítadas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados (por ejemplo, conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, vestir ropa ancha para no marcar la silueta, pesarse compulsivamente, etc.)

Integrando los tres componentes, se concluye que la imagen corporal hace referencia a la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, a la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y al modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. Por tanto, el tener una buena o mala imagen corporal influye en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, y además, también en la forma en cómo nos respondan los demás.

En el caso de personas con un trastorno alimentario los distintos niveles de la imagen corporal se manifiestan de la siguiente forma:

Nivel perceptual: sobrestiman la amplitud de sus medidas y se ven gruesas, incluso, teniendo un peso normal. Sin embargo, no se trata de una alteración de la percepción visual, ya que perciben con total exactitud los cuerpos y siluetas de las personas que les rodean. Es la imagen que tienen de su cuerpo la que deforman, distorsionan o exageran. Tienen de percibir las dimensiones de su cuerpo con una sobrestimación del 30% de su volumen.

Miriam, con 36 Kg. de peso, y esperando ser ingresada en la unidad de trastornos alimentarios de la provincia, se negaba a ir a depilarse porque no quería que la estetician se burlara del tamaño de sus muslos.

Nivel cognitivo: imaginan que la otra gente se fija en sus defectos y creen que éstos son una prueba fehaciente de la imposibilidad de ser queridos o apreciados. Tienen una preocupación exagerada, a veces obsesiva, por su cuerpo, que traslada a un segundo plano otros aspectos de sus vidas mucho más importantes, como la salud, la escuela o las amistades.

Arancha, con 42 Kg., lloriqueaba cada vez que contaba que sus amigas le habían dejado de lado porque “ a la gente no le gusta ir con gordas”, y cada vez que iba al instituto todos se fijaban en sus gruesos muslos y prominente abdomen

Nivel conductual: organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Algunas evitan mirarse al espejo, mientras que otras lo hacen compulsivamente. Otras, esconden su cuerpo dentro de ropas de tallas enormes para su tamaño corporal. Se comparan constantemente con los demás, y su cuerpo siempre resulta ser menos delgado y más desagradable.

A Asun, al no disponer de peso en casa, la conocían en todas las farmacias de su barrio, donde iba a pesarse todos los días, varias veces, para comprobar que su peso no había aumentado tras una ligera ingesta.

Se puede concluir que se tendrá una imagen corporal negativa cuando;

- Exista una percepción distorsionada de las formas corporales y se perciban partes del cuerpo como no son realmente.
- Se esté convencido de que solamente otras personas son atractivas, y que el tamaño y forma del cuerpo son signo de fracaso personal.
- Exista vergüenza y ansiedad por el cuerpo.
- Se sienta incómodo y raro en el propio cuerpo.

Por el contrario, existirá una imagen corporal positiva si,

- Existe una percepción clara y verdadera del cuerpo.

- Se está a gusto con el cuerpo y se entiende que el aspecto físico de una persona dice muy poco sobre su carácter y valor personal.
- No se pierde el tiempo preocupándose en torno a la comida, el peso y las calorías.

1.1. Factores que influyen en la formación de la imagen corporal

La formación de la imagen corporal es un proceso dinámico, en el que el cambio de uno de los factores que la componen altera los demás. A lo largo de la vida esta imagen puede ir cambiando hacia una mayor aceptación, o al contrario, hacia un rechazo total. El resultado final dependerá de la interacción de los siguientes factores:

a. *El propio cuerpo:* Se refiere a todos los datos *objetivos* posibles con los que se puede describir un cuerpo, así como al aspecto funcional de los mismos (que los órganos funcionen correctamente y que el cuerpo esté sano). Por ejemplo: 65 Kilos de peso, 1.75 cm de altura, pelo rubio, ojos negros, etc. Se excluyen las valoraciones subjetivas, como “caderas enormes”, “pelo asqueroso”, etc.

b. *La percepción del cuerpo:* En la formación de la imagen corporal tiene especial relevancia los aspectos a los que se presta una especial atención y los que se omiten. De modo que seleccionando los aspectos positivos del cuerpo probablemente se creará una imagen positiva y, por el contrario, si tan sólo se perciben los aspectos negativos la imagen no será satisfactoria. Funciona como un círculo vicioso, las personas con una mala imagen de sí mismos percibirán más los aspectos negativos, y las que tienen una mejor imagen corporal percibirán más los positivos.

También hay que señalar que muchas veces se producen distorsiones, y las dimensiones que se imaginan no corresponden con la realidad. La mayoría de personas tienden a verse más grandes de lo que son. Este error ocurre sobre todo en las mujeres, que tienden a sobrestimar muchas partes de su cuerpo, especialmente las caderas, cintura, muslos y abdomen.

c. *Pensamientos sobre el cuerpo:* Hace referencia a las actitudes, creencias e ideas sobre el propio cuerpo. Se puede limitar a los datos objetivos (“Tengo estrías en los muslos”), o a juicios de valor (“Como no estoy delgado, nadie me va a querer”). Otros pensamientos hacen referencia a situaciones donde el cuerpo tiene un papel fundamental, por ejemplo, ir a comprar ropa, a la playa, al gimnasio, etc. Muchos de estos pensamientos pueden ser erróneos (“Como tengo tantos granos, nadie quiere ser mi amigo”) y será necesario corregirlos para sentirse mejor con uno mismo.

d. *Emociones en relación con el cuerpo:* Si la percepción y los pensamientos que se tienen sobre uno mismo son erróneos puede dar lugar a emociones perturbadoras. Así se pueden sentir síntomas de ansiedad al comprar ropa nueva, de depresión por no perder peso, enfado por

no utilizar una talla inferior o culpable por haber comido un dulce. Es necesario identificar estas emociones para poder hacerles frente.

e. *Comportamientos con relación al cuerpo*: si la percepción, los pensamientos y el estado de ánimo respecto al cuerpo son incorrectos, probablemente los comportamientos también lo serán. Las personas muy preocupadas por su figura evitan situaciones e intentan ocultar su cuerpo. Esta evitación refuerza la imagen negativa que se tiene de uno mismo.

1.2 Errores cognitivos en relación con la imagen corporal

Dentro del componente cognitivo destaca la aparición de una serie de errores cognitivos en relación a la apariencia, que Cash (1987) recoge en lo que él llama “Docena Sucia”:

•*La bella o la bestia*: es un pensamiento dicotómico “o soy atractiva o soy fea” “o peso lo que quiero o soy gorda”. En este pensamiento de blanco o negro no se presentan tonalidades en gris, no se aceptan aspectos parciales positivos y como ser perfecto es muy difícil, uno decide considerarse un desastre o imponerse unos regímenes terriblemente drásticos para intentar aproximarse al ideal.

•*El ideal irreal*: se refiere al uso del ideal social como un estándar de apariencia aceptable. Los sentimientos de fealdad aparecen al compararse con los ideales que la cultura y la sociedad imponen en este momento. Desde las revistas y la televisión se bombardea con imágenes en las que se destaca el peso, la altura, la figura, estructura corporal, muscularidad, tonalidad de la piel, color del pelo, textura, etc.

•*La comparación injusta*: normalmente la gente se compara con aquellas personas con las que se encuentra en situaciones diarias. Usualmente la comparación está llena de prejuicios y se compara sólo con aquellas personas que tienen las características que le gustaría tener

•*La lupa*: se refiere a que se observa únicamente y de manera muy detallada sólo las partes que se consideran más negativas de la propia apariencia. “Mis caderas son tan horriblemente anchas que destruyen todo mi aspecto”.

•*La mente ciega*: es la otra cara de la moneda del pensamiento anterior. Es aquel pensamiento que minimiza o descuida cualquier otra parte del cuerpo que pueda considerarse mínimamente atractiva.

•*La fealdad radiante*: consiste en empezar a criticar una parte de la apariencia y continuar con otra y con otra hasta conseguir hacer una gran bola de nieve en la que uno ha conseguido destruir cualquier aspecto de su figura.

•*El juego de la culpa*: hace posible que la apariencia sea la culpable de cualquier fallo, insatisfacción o desengaño aunque en principio no esté relacionado en absoluto con ella.

•*La mente que lee mal*: es la distorsión que hace posible “leer” o interpretar la conducta de los demás en función de algún fallo en el aspecto corporal. “La gente no es simpática conmigo por mi peso” o “no tengo novio porque soy gorda”.

•*La desgracia reveladora*: es la predicción calamitosa de desgracias futuras que sucederán por culpa de la apariencia: “Nunca me amarán debido a mi apariencia” o “siempre fracasaré porque no tengo una apariencia suficientemente bonita”.

•*La belleza limitadora*: es similar al anterior. Consiste en poner condiciones a las cosas a realizar que en realidad las hacen imposibles: “No pienso ir al gimnasio a perder peso hasta que no pierda peso” o “no puedo ir a esa fiesta a no ser que pierda 10 Kilos”.

•*Sentirse fea*: consiste en convertir un sentimiento personal en una verdad universal. El que una persona se sienta fea no quiere decir que lo sea, ni que los demás lo piensen, ni que en otras ocasiones ella misma pueda sentirse bien consigo misma.

•*Reflejo del malhumor*: sería el traspaso del malhumor o preocupación causada por cualquier acontecimiento al propio cuerpo. Un día estresante, un examen difícil, un disgusto con una amiga pueden ser en realidad la causa del malhumor, pero acaba achacándose a algún aspecto de la apariencia.

En los trastornos del comportamiento alimentario, también es muy frecuente encontrar distorsiones cognitivas en relación a la comida:

•*Pensamiento dicotómico*: pensamiento todo o nada, ver las cosas en términos absolutos, categorías blanco o negro. No existen los términos intermedios, “Si me como una galleta, ya no podré parar y terminaré con la caja entera”.

•*Abstracción selectiva*: llegar a conclusiones generales a partir de aspectos parciales, “ Toda la comida engorda”.

•*Catastrofismo*: pensamientos desmedidos que exageran el carácter negativo de las cosas, “Si me como un dulce, me pondré horrorosamente gorda”.

•*Inferencia arbitraria*: concluir que las cosas van a ir mal sin tener evidencia, “Si no como de pie, no quemaré calorías, y la comida me engordará”.

Sin embargo, como se ha dicho anteriormente, no sólo las personas con un trastorno alimentario presentan alteraciones en su imagen corporal, sino que se ha verificado que sujetos sin un trastorno también manifiestan insatisfacción corporal (con todo el cuerpo en general o con aspectos de éste) e imprecisión perceptual (en particular sobrestimación). Por ello, la evaluación de la insatisfacción corporal, así como una adecuada intervención sobre ésta y los comportamientos asociados, es indispensable para valorar no sólo los trastornos alimentarios, sino los sentimientos, pensamientos y acciones que pueden terminar en ellos.

De este modo, mejorando la satisfacción corporal no sólo vamos a influir sobre la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario sino también sobre otros problemas frecuentes en la población adolescente: baja autoestima, consumo de tóxicos y fracaso académico y social.

1.3. Los trastornos del comportamiento alimentario.

En las sociedades actuales se vive una presión cultural hacia la delgadez. Así, el ser delgado se asocia con la belleza, la salud y la riqueza, mientras que el apelativo “gordo” tiene un significado peyorativo, al relacionarlo con debilidad, dejadez y falta de salud. De este modo, no es extraño encontrar cómo adelgazar se ha convertido en metáfora del éxito y engordar del fracaso. Entendiéndose la delgadez extrema como algo esencial para que una mujer triunfe, sea aceptable y exitosa en nuestra sociedad. Sin embargo, este interés por tener un peso bajo no es exclusivo de las mujeres, sino que también se manifiesta en los hombres. Aunque a ellos no se les exige una delgadez enfermiza como a las mujeres, sino cierto volumen torácico y amplitud de espalda y hombros.

A través de los medios de comunicación el culto al cuerpo y el canon estético de la delgadez esquelética se imponen a la sociedad, aun cuando resulta imposible para la mayoría de las personas, obliga a inhumanos sacrificios y contribuye a la expansión de un conjunto de trastornos relacionados con la alimentación.

Entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) conocidos, existe en la actualidad una especial preocupación por la anorexia y la bulimia, dado que comportan graves anormalidades en la ingesta y sus índices de prevalencia se han incrementado notablemente en las últimas décadas. Con relación a la anorexia nerviosa, los estudios epidemiológicos realizados señalan que el trastorno aparece en un 0.5–1% de la población, donde aproximadamente el 90% de los casos son mujeres. A pesar de que actualmente está aumentando el número de varones que desarrollan anorexia nerviosa la proporción que se estima es de 9:1 (de cada 10 personas que padecen el trastorno 9 son mujeres y 1 es hombre). Por su parte, la bulimia nerviosa, siendo más frecuente que la anorexia, presenta una prevalencia que en países occidentales oscila entre un 2-3%. Con relación a la edad, la anorexia nerviosa aparece de forma prioritaria en la adolescencia, siendo las edades más afectadas las comprendidas entre los 12 y los 25 años, considerándose de máximo riesgo el grupo de edad entre los 14 y 19 años. Respecto a la bulimia, ésta suele comenzar más tardíamente, en torno a los 16-18 años, apareciendo rara vez antes de la pubertad, afectando a chicas mayores, con frecuencia de 25 años o más. Desafortunadamente, en la actualidad se observa un descenso en la edad de comienzo de ambos trastornos.

Tanto la anorexia como la bulimia nerviosa están asociadas a una idea sobrevalorada de la delgadez, a una excesiva preocupación por el peso y a un miedo desproporcionado a engordar. Además, en ambos trastornos, está presente cierta distorsión de la imagen corporal y una autoestima que depende en exclusiva del peso y la figura. A pesar de que comparten estos rasgos comunes, se les conceptualiza como cuadros diferentes.

Así, en la anorexia nerviosa existe una pérdida significativa del peso, fruto de la decisión voluntaria de adelgazar, que se consigue con una restricción drástica de la dieta. Como alteración física, aparece amenorrea en las mujeres y pérdida del interés sexual en los hombres.

Por otro lado, la bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de atracones, en los que la persona ingiere grandes cantidades de alimentos en un corto periodo de tiempo, durante los que el individuo tiene la sensación de no poder controlar su conducta, de no poder parar. Tras el atracón le invaden intensos sentimientos de culpa y autorrepulsa que originan conductas compensatorias, como vómitos, abuso de purgantes, restricción alimentaria o ayuno autoimpuesto.

1.3.1. Etiología de los trastornos del comportamiento alimentario

La anorexia y la bulimia nerviosa son trastornos complejos en los que no existe una sola causa que los explique. La opinión más aceptada es que se han de dar una conjunción de factores para que se puedan presentar. Entre ellos distinguimos tres clases: factores predisponentes o de vulnerabilidad, precipitantes y mantenedores

Factores predisponentes: Hacen referencia a las características individuales, las situaciones familiares y sociales que vivimos que hacen a la persona más vulnerable a padecer un trastorno alimentario.

Variables personales:

- Ser mujer, debido a la mayor importancia que el ideal estético tiene en la valoración que la sociedad hace de ella.
- Ser adolescente, ya que durante esta época se es más vulnerable a las críticas y valoraciones que los demás hacen de uno, y además también se producen muchos cambios (escuela, amigos, formas corporales, etc.).
- Tener o haber tenido en algún momento sobrepeso, lo que facilita una mayor preocupación por la imagen y el seguimiento de dietas, así como comentarios y burlas por parte de la gente que le rodea.
- Creencias irracionales sobre la apariencia física y la aceptación social, del tipo “para que la gente te quiera y te valore tienes que estar delgado”.
- Baja autoestima y tendencia al perfeccionismo.

- Miedo a madurar, a crecer y a manejar la independencia que esto implica.

Variables familiares:

- Presencia de una madre obesa o muy preocupada por el cuerpo y la imagen corporal.
- Familias que conceden una gran importancia al cuidado de la imagen externa y que tienen expectativas demasiado altas para sus hijos.
- Presencia de malos tratos, abuso sexual o abandono.

Variables sociales:

- La presión social hacia la delgadez existente en la sociedad actual fomenta la pérdida de peso para buscar el atractivo físico.

Factores precipitantes: Hacen referencia a aquellas circunstancias estresantes que provocan el miedo a engordar y como consecuencia el sujeto empieza a realizar una dieta estricta. Estas circunstancias demandan al adolescente una capacidad de respuesta de la que muchas veces carece, creándose un nivel de tensión, que puede conducir al inicio del trastorno.

- Primeras relaciones con el sexo opuesto, problemas amorosos, ruptura de amistades, conflictos entre los padres (separaciones o divorcios), nacimiento de un hermano, etc.
- Inicio de una dieta adelgazante estricta.
- Las transformaciones propias de la pubertad, aparición de nuevas formas corporales (pecho, caderas, etc.).
- Incremento rápido de peso seguido de comentarios críticos por parte de la familia y amigos.
- Acontecimientos vitales como un cambio de escuela, casa, una enfermedad importante o la muerte de un miembro de la familia.

Factores mantenedores: Una vez el trastorno se ha instaurado, existen una serie de factores que intervienen positivamente manteniéndolo:

- La restricción dietética produce a largo plazo la disminución del ritmo metabólico basal, lo que facilita la probabilidad de ganar peso y ayuda a cronificar el cuadro, ya que la paciente piensa que si comiendo tan poco no adelgaza, qué pasaría si comiera normalmente.
- La propia purga: el conocimiento de que tras el episodio de sobreingesta podrán deshacerse de sus efectos engordantes les proporciona la seguridad de que con ello se evitará engordar lo ingerido tras un atracón.
- Actitudes de familiares y amigos; padres muy preocupados que autorizan muchos comportamientos inadecuados (caprichos alimentarios, discusiones en

torno a la comida, culpabilizaciones entre los padres y la atención que les prestan). Los amigos pueden ser reforzadores del adelgazamiento al comentar qué avances están consiguiendo con su régimen.

- La reducción progresiva de las relaciones sociales que facilita pensar solamente en la comida, el peso y la belleza.

1.3.2. Consecuencias de estos trastornos

Tanto en la anorexia como en la bulimia nerviosa se presentan una serie de cogniciones, percepciones, emociones, conductas y consecuencias físicas que se describen a continuación:

A nivel cognitivo

- Intenso deseo de bajar peso y miedo terrible a volverse obeso. Evitan la comida por un miedo intenso a subir de peso y no poder parar. Se presenta el pensamiento de que tienen una gran facilidad para coger peso aunque coman muy poco.
- Distorsión de la imagen corporal: sobreestiman su silueta. Distorsionan su cuerpo o partes de éste como las caderas, los muslos o las nalgas.
- No existe conciencia de enfermedad o la niegan, creen que sólo están a dieta y que pueden controlarla.
- Pensamientos obsesivos y repetitivos en torno al peso, la comida y la figura.
- Tendencia al perfeccionismo: aparece la necesidad extrema de controlarlo todo. Se rigen por esquemas de todo o nada.
- Labilidad emocional: cambios frecuentes en el estado de ánimo y también intensas respuestas emocionales, como ansiedad y tristeza.
- Sentimientos de culpa: el sentimiento de culpa puede girar en torno a cualquier tema (comer, estar enfermas, engañar a los padres, etc.), pero es bastante frecuente por haber comido algo indebido o no haber hecho el ejercicio necesario.

A nivel conductual

- Restricción voluntaria de la dieta, bien eliminando alimentos de alto contenido calórico, realizando ayunos o comiendo cantidades inferiores de alimentos que los demás.
- Incremento del gasto calórico: hiperactividad física.
- Rituales en torno a la comida y el peso: cortar la comida en trocitos muy pequeños, comer de pie, contar las calorías, emplear mucho tiempo en comer

pequeñas cantidades, pesarse compulsivamente, preparar comidas para otros, esconder la comida en cajones o bolsillos.

- Evitar comer en público y todas aquellas reuniones que implican comer.
- Vestirse con ropa muy holgada, ya que piensan que están muy gordas y tienen que ocultar su figura.
- Conductas de evitación social y aislamiento.
- Conductas autolesivas e intentos de suicidio (más comunes en la bulimia).
- Dedicación obsesiva al estudio (sobre todo en la anorexia nerviosa). Suelen ser estudiantes brillantes que sólo se contentan con el sobresaliente.
- Relaciones familiares conflictivas y hostiles. Se irritan con aquellas personas que le dicen que coma más y controlan su alimentación.
- Consumo de alcohol, drogas, hurtos y compras compulsivas (en la anorexia nerviosa purgativa y la bulimia).

A nivel físico

- Pérdida de grasa y de masa muscular.
- Hipotermia: Intolerancia al frío y dificultad para mantener la temperatura corporal.
- Alteraciones cardíacas: arritmias, bradicardias y taquicardia.
- Dolor abdominal, estreñimiento y diarreas.
- Alteraciones hormonales: pérdida de la menstruación en mujeres y desinterés sexual en los hombres.
- Caída del cabello.
- Piel seca.
- Aparición de vello en las mejillas, espalda, muslos, brazos (lanugo).
- Predominio de sentimientos negativos, siendo la apatía y la ansiedad frecuentes en estas pacientes.
- Complicaciones óseas: osteoporosis.
- Complicaciones relacionadas con los vómitos y laxantes: anormalidades electrolíticas, inflamación de las glándulas salivares, erosión del esmalte dental y caries, fatiga y ataques.

1.4. Nutrición.

La adolescencia es una etapa en la que existe un gran gasto energético. Por lo tanto, es muy importante una correcta y equilibrada alimentación que aporte todos los nutrientes necesarios. Estos nutrientes pueden tener una función *estructural*, que mantiene las funciones vitales, como la respiración o el movimiento, una función *energética*, que ayuda a construir, renovar y mantener los tejidos corporales o bien, *reguladora*, que interviene en el desarrollo correcto de los procesos metabólicos.

Los nutrientes se clasifican en: hidratos de carbono o glúcidos, proteínas, lípidos o grasas, vitaminas y minerales.

Los hidratos de carbono, cumplen una función energética y estructural y están compuestos por hidrógeno, carbono y oxígeno. Se encuentran en las pastas, pan, patatas, etc. Las proteínas, con función estructural, están formadas por aminoácidos. Se ingieren con la carne, legumbres, huevos, etc. Los lípidos, tienen una función energética y estructural, y se componen, al igual que los hidratos de carbono, por hidrógeno, oxígeno y carbono. Se encuentran en los aceites, pescado, carne, etc. Las vitaminas y los minerales desarrollan una función reguladora. Las vitaminas están constituidas por un grupo amino, y están en la fruta y la verdura. Mientras que los minerales los componen sustancias inorgánicas y se pueden tomar en la leche, yogur, pescado, sal, etc.

La necesidad de energía diaria (calorías) en la adolescencia varía en función de la edad, sexo y las actividades que se realicen. Estas calorías se deben distribuir correctamente a lo largo del día. Una distribución adecuada sería tomar el 25% de las calorías diarias en el desayuno, el 30% en la comida, entre el 15-20% en la merienda y entre el 25-30% en la cena.

1.4.1 Peso ideal y peso biológico

La moda o la lucha feroz para evitar la obesidad lleva a millones de personas a restringir su alimentación e iniciar dietas que en muy poco tiempo pretenden conseguir objetivos difícilmente alcanzables para el organismo. Sin embargo, con frecuencia, se ignora que el peso está en gran medida predeterminado y depende de factores hereditarios. La diferencia entre estar delgado o grueso no depende tanto de los hábitos alimentarios de una persona como de la capacidad que tienen sus células para gastar más o menos energía y almacenar grasa. Y esa capacidad es en gran parte innata.

La mayor parte de las dietas no suelen ser eficaces. La reducción de peso conseguida casi siempre lo es a corto plazo. Quienes siguen una dieta se mantienen por debajo de su peso natural mientras la están practicando, pero en el momento que la suspenden recuperan su peso anterior.

Ocurre algo parecido al funcionamiento de un péndulo. Si no se ejerce ninguna fuerza sobre la esfera, ésta permanece siempre en el mismo punto. Si se le da un pequeño empujón se desplaza hacia donde la hemos empujado, pero después espontáneamente, vuelve a recuperar su punto de equilibrio. Para que la esfera permaneciera separada de este punto se tendría que sujetar permanentemente. Así, para mantener el peso por debajo del peso biológico hay que estar permanentemente haciendo dieta.

Además, a la hora de hacer dieta, también se debe tener presente la Teoría del Set Point o del Punto Fijo. Según ésta, cada ser vivo tiende a mantener un peso estable una vez alcanzado el desarrollo que fluctúa dentro de un intervalo de aproximadamente ± 2 Kilos. Este nivel de peso fijo se mantiene por procesos reguladores que actúan para mantenerlo constante ajustando la ingesta y el gasto energético. Cuando se adelgaza se puede estar en el punto más bajo del intervalo y cuando se engorda en el extremo superior. Es decir, si apenas nos alimentamos nuestro metabolismo gastará muy poco, y si por el contrario comemos en exceso, nuestro metabolismo consumirá más. Todo esto para mantenerse siempre en este punto fijo.

1.4.2 Dietas y medios de comunicación

Entre los factores de riesgo para desarrollar un TCA se encuentran el ser mujer y adolescente. Estudios realizados en nuestro país ponen de manifiesto que el mayor impacto de la publicidad pro adelgazamiento se produce en la población femenina entre 14 y 24 años. Más de la mitad de esta población se confiesa interesada por publicaciones relativas al peso y al adelgazamiento.

En este tipo de publicidad asocian el producto adelgazante con el cuerpo deseable, es decir, al estereotipo delgado actualmente vigente. El producto se acompaña de imágenes visuales o palabras que describen del modo más encantador posible el cuerpo delgado. El prestigio de tal cuerpo ya está enraizado en el medio social, pero tal permanente reiteración contribuye a incrementar su interiorización individual y colectiva.

Al llegar el buen tiempo y el momento de colocarse el bañador no hay una sola revista femenina que no anuncie varias dietas mágicas aberrantes, técnicas quirúrgicas sofisticadas o maravillosos productos adelgazantes. Los beneficios que los consumidores obtienen de esta publicidad según las investigaciones de mercado serían: la delgadez (y por lo tanto, atractivo), salud (sintiéndose orgullosos de su elección racional) y sobre todo, liberación de la culpabilidad.