

Artículo especial

La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene?

Dra. Mónica Facchini*

Palabras clave: imagen corporal, conducta dietante, burlas.

Key words: body image, dieting, body teasing.

INTRODUCCIÓN

Las conductas relacionadas con la imagen corporal se encuentran fuertemente influidas por el aprendizaje y el medio sociocultural y a veces es difícil diferenciar lo que es moda, costumbre o patología, ya que esta última se construye en una historia singular y adquiere su perfil nosológico diferencial y específico en relación con el contexto de su producción.^{1,2}

Por otra parte, el grado de aprobación que una persona tiene respecto de sí misma o autoconcepto abarca una peculiar articulación entre factores internos y externos, es decir, a aquellos que provienen de la comparación de los ideales propios con los determinados por personas significativas (padres y pares), entramados con los ideales impuestos por la sociedad.³ Cabría preguntarse entonces ¿cuáles son y cuáles serán los efectos de los ideales imperantes en la cultura actual, hiperdelgados para las niñas e hipermusculosos para los varones, tanto en su versión adulta como infantil, sobre la frágil imagen corporal en desarrollo de los niños, niñas y adolescentes actuales?

En este sentido, se torna importante intentar discernir cómo se constituye la imagen corporal en el vínculo madre-hija y qué factores que puedan dar lugar a una cierta propensión a padecer un trastorno de la conducta alimentaria influyen sobre ella y, en relación a esto último, la relevancia que puede adquirir el entorno y su relación con la prevención.

VÍNCULO MADRE-HIJA

De alguna manera, a menudo a las niñas se les transmite el mandato que ser

delgada hará una diferencia crucial en sus vidas. Muchas de sus madres debieron crecer (y algunas padecer en carne propia) con la cruda realidad que dice que la vida es mucho más dura si se es gorda, por lo que es "entendible" que de cierta manera intenten "alivianarle" el camino a sus hijas.⁴ Madres que son hipercríticas respecto de sus propios cuerpos frecuentemente también lo son del de sus hijas, las que a su vez suelen presentar una imagen corporal pobre, desvalorizada y un deseo de ser más delgadas.^{5,6}

En los últimos años, la historia de las madres y la comida ha cambiado considerablemente; del tradicional "comé porque tenés que crecer" o "terminá todo lo que está en el plato" se pasó al "tenés que comer más verduras", "eso engorda o tiene muchas calorías", "si comés mucho de eso te vas a poner gorda", etc. La clásica ecuación "gordito igual sanito" que fuera motivo de orgullo de madres y abuelas de posguerra de la primera mitad del siglo XX, ha pasado a constituirse en fuente de preocupación e inclusive de vergüenza social. El famoso "su peso en oro" de culturas donde la grasa corporal era sinónimo de opulencia y bienestar económico ha sido derogado en una sociedad posmoderna donde se idolatra la delgadez, forma secular de perfección, como un bien en sí mismo.

IMAGEN CORPORAL

La baja autoestima y una tendencia a autovalorarse exclusivamente en términos de peso y figura en niñas de 7 a 8 años serían predictivas de la posibilidad de desarrollar un trastorno alimentario en años posteriores y, por ende, un blanco fundamental para la prevención.⁵ Se sabe que una imagen corporal negativa en la adolescencia temprana predice depresión y trastorno alimentario y que tiene sus

* Instituto Psicosomático de Buenos Aires (IPBA).

Correspondencia:
mfacchini@fibertel.com.ar

raíces en la imagen corporal infantil.⁷ En un trabajo prospectivo de Davison y col. se observó que las niñas que presentaban insatisfacción corporal y preocupación por el peso entre los 5 y los 7 años tenían a los 9 años mayor restricción dietaria, actitudes alimentarias alteradas y mayor tendencia a realizar dietas independientemente del peso.⁸

Es un hecho conocido que las personas con trastornos alimentarios presentan toda una gama de preocupaciones, actitudes y conductas respecto al peso y la figura corporal, pero: ¿de dónde provienen esas preocupaciones?, ¿existe una vía directa desde ellas hasta el desarrollo de un trastorno alimentario (TA)?^{9,10}

Las investigaciones en esta área han demostrado que las preocupaciones por la imagen corporal siguen un desarrollo que comienza en la infancia y continúa en la adolescencia y que los orígenes de estas preocupaciones estarían influidas por actitudes y creencias familiares, experiencias adversas y factores socioculturales.¹¹

TRANSMISIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Las madres tradicionalmente han tenido una poderosa influencia sobre las ideas relacionadas con el peso, la figura y la alimentación de sus hijas. Se sabe que la identificación con el progenitor del mismo género y las hermanas mayores desempeña un rol preponderante en el desarrollo de la imagen corporal en las niñas. Con lo cual una madre obsesionada por el tamaño de sus caderas transmite a su hija una visión no sólo de ella misma sino del mundo que la rodea: "algo falla en vos si no sos delgada". Las actitudes de la madre respecto de su propio cuerpo podrían influir de manera significativa no sólo sobre el sentimiento de identidad femenina de su hija sino también sobre las actitudes hacia su floreciente cuerpo. Muchos trabajos muestran la relación que existe entre problemas alimentarios o una pobre estima corporal en las niñas y madres que hacen comentarios explícitos respecto del peso de sus hijas ("mirá que gorda que estás", "estás hecha una chancha", "mire doctora cómo se me puso") o modelan una excesiva preocupación acerca de su propio cuerpo (una madre que vive quejándose de estar gorda, que comienza y abandona distintas dietas, que hace actividad física que odia con la única finalidad de bajar de peso, que comenta constantemente sus vaivenes con la balanza, etc.).¹²⁻¹⁵ Por otra parte, se observó que las madres de hijas con trastornos alimentarios fueron más críticas de la apariencia de sus hijas, más perfeccionistas y con mayor preocupa-

ción por el peso y la figura en general, que madres de hijas sin trastorno alimentario.^{16,17}

La conducta dietante materna tendría mayor influencia que la paterna sobre las actitudes y conductas de la hija al respecto, pero cabe destacar que los comentarios por parte de un miembro de la familia del género masculino (padres, hermanos varones) a menudo se citan como precipitantes de una conducta dietante y los padres de hijas con anorexia nerviosa restrictiva muestran mayores niveles de perfeccionismo.^{17,18}

AMBIENTE FAMILIAR

En los últimos años, la información disponible ha reforzado la idea que los padres puedan contribuir directamente a los problemas alimentarios de sus hijos a través de los valores sociales que sustentan, en particular creando un ambiente familiar que pone mucho énfasis en el atractivo físico, admira la delgadez, alienta conductas de dieta y ejercicio en la búsqueda de una imagen ideal.¹⁹ Distintos trabajos mostraron: a) como mayor predictor de conductas bulímicas los comentarios negativos por parte de los miembros de la familia acerca de la apariencia física y la necesidad de hacer dieta;²⁰ b) que las familias de pacientes con AN presentan mayor preocupación con la apariencia social y física;²¹ c) que el impacto de estos valores parentales se observa tempranamente en la infancia.¹⁴ Marcus y Weiner²² describen un patrón de interacción familiar de riesgo para trastorno alimentario, donde el foco está puesto en la apariencia física, la aceptación social y donde las conversaciones sobre la vestimenta, el peso, el estado atlético, el ejercicio físico y las conexiones sociales comprometen gran parte de las conversaciones familiares. Estas actitudes parentales o este ambiente familiar combinados con cierta vulnerabilidad biológica y psicológica podrían desencadenar un trastorno alimentario.^{23,24}

Las mujeres jóvenes en edad reproductiva de nuestros días son una generación que se ha criado con madres inmersas en la cultura del adietamiento y excesivamente preocupadas por la apariencia, el peso y la figura corporal. Actualmente estamos afrontando la tercera generación de dietantes con el agravante que las niñas comienzan a hacer dieta a una edad cada vez más temprana. Hoy en día, abuelas y madres juzgan los cuerpos de sus nietas e hijas, respectivamente, con la misma severidad con que la cultura las juzgara a ellas en su momento.^{8,25}

Florencia, de 15 años, concurre acompañada por su papá. Dice F: "Vengo subiendo, me gustaría bajar para la playa". El papá: "Vengo a que me

dé una dieta para Graciela (la madre de F). Para la fiesta de 15 bajó pero ahora volvió a subir, la hermana es flaca y Graciela, mi señora, vive a lechuga”.

Vienen de otra nutricionista donde, según el padre, “la cosa no funcionó” y a continuación preguntó inquisitoriamente: “¿Usted me va a dar una dieta?” Traían infinidad de análisis tendientes a pesquisar un hipotiroidismo subclínico que no se comprueba (6 estudios en los últimos 6 meses, dos pruebas de TRH-TSH).

F pesa 64 kilos y mide 1.68, juega al hockey en el club dos veces por semana, además del partido los fines de semana; en el colegio practica también hockey y volley, va al gimnasio a hacer “spinning” dos veces por semana y camina mucho. Impresiona como una joven sana y llena de vida.

En la segunda consulta, F entró sola. Cuando se la interrogó acerca de la naturaleza de su problema, F refirió que le gustaba comer y que la familia le decía que hiciera dieta, que ya a los 11 años si subía de peso no la dejaban salir con las amigas, que entonces comía lo que le daban de dieta y después “comía por atrás”. Refirió como mayor preocupación: “cuando voy a comprarme ropa no encuentro nada”. Su registro alimentario reveló la utilización de una gran variedad de productos de bajas calorías, edulcorantes, porciones medidas por gramos, etc. que dan cuenta de cierto adietamiento. De acuerdo con el registro, la anamnesis alimentaria y su historia de dietas se le indicó un plan alimentario consensuado y adecuado a sus requerimientos nutricionales en miras a que su alimentación volviera a ser algo normal, conjuntamente se logró generar un buen vínculo, donde la paciente participaba activamente y se mostraba entusiasmada con la tarea; quedó en regresar en una semana. Al salir del consultorio el padre la interrogó: “¿A ver qué te dio?” y tras mirar los papeles de F sentenció: “Esto no es una dieta, con esto no va a bajar”. No concurren a la siguiente consulta.

Estudios realizados en Estados Unidos, Australia y Gran Bretaña muestran que aproximadamente el 40% de las niñas y el 25% de los varones menores de 11 años quieren ser más delgados, aun las niñas con bajo peso. El porcentaje aumenta a medida que transcurren los años de escolaridad y al final de la escuela primaria (11 años), más de la mitad de las niñas presenta insatisfacción con su peso y su figura corporal.^{14,26} Al llegar a la pubertad o, a más tardar en la adolescencia temprana, las niñas ya comparten las mismas preocupaciones acerca del peso y la figura que las mujeres adultas. Estudios prospectivos muestran que el

aumento de la preocupación por la imagen corporal durante la adolescencia se debe en parte a la ganancia de peso fisiológica asociada a la pubertad.²⁷ En el marco de la adolescencia tardía, el contexto cultural se torna decisivo para agravar o perpetuar una condición preexistente o, por el contrario, para cumplir una función protectora o reparatoria a través de un medio ambiente protector que facilite la adquisición de nuevos recursos psíquicos que permitan, a su vez, el afrontamiento de vivencias nuevas y la modificación de situaciones potencialmente traumáticas.²

INTERNALIZACIÓN DEL IDEAL DE DELGADEZ

La internalización se define como un proceso progresivo en el cual representaciones internas del sí mismo y del propio cuerpo reemplazan a las interacciones entre la persona y el mundo externo. Los niños internalizan en la interacción con sus otros significativos y a lo largo de los años de desarrollo, su cuerpo y sus diferentes partes, como gustadas o no gustadas, aceptadas o rechazadas a través de las palabras y la comunicación no verbal, gestos, actitudes, la manera en que son acunados, acariciados, etc. De igual manera se internalizan los ideales impuestos socialmente como deseables, una vez que la delgadez se reconoce como el estándar social para la apariencia ésta es internalizada. La brecha existente entre el ideal y la percepción que el sujeto tiene de sí mismo determinará el grado de satisfacción con el propio cuerpo. Según diferentes autores, uno de los puntos centrales en cuanto a prevención de los TA sería la internalización del ideal de delgadez, ya que éste ocurre tempranamente en la cadena de eventos (internalización del ideal de delgadez, insatisfacción, dieta restrictiva, etc.). Historia de burlas en relación con el peso, conducta dietante y conductas alimentarias alteradas se asocian con altos niveles de internalización. Para algunos autores, como Stice, la internalización del ideal de delgadez sería más “fácil” de manejar a nivel preventivo que la presión sociocultural.^{5,28-31}

¿En qué medida los niños y adolescentes “compran” o hacen propios estos ideales prescriptos culturalmente? Esto dependería fundamentalmente de las actitudes de los padres en la infancia, de los pares en la adolescencia y de la presión de los medios de comunicación.

La transmisión de la escala de valores se realiza primariamente por el proceso de identificación donde se internalizan los valores maternos; las niñas aprenden a una corta edad que las mujeres

restringen su alimentación y hablan de dietas, que a menudo se sienten gordas e insatisfechas con sus cuerpos y que no escatiman recursos con tal de alcanzar la idealizada delgadez, a esto se suman los comentarios provenientes del entorno, a su vez sobrepreocupado por la apariencia.³²

BURLAS EN RELACIÓN CON EL PESO

El antecedente de haber sido blanco de burlas en relación con el peso durante la infancia tiene efectos psicológicos deletéreos. En un trabajo de Hill se observó que 21% de las niñas y 16% de los niños eran objeto de burlas en relación con el peso.³³ Sabemos que el sobrepeso solo o en combinación con los efectos psicosociales contribuye a desarrollar cierto malestar en relación con la apariencia.^{34,35} En este sentido, es importante destacar que las consecuencias adversas de la obesidad no son sólo físicas y que sus desafortunados efectos psicosociales (baja autoestima, depresión, insatisfacción corporal, imagen corporal negativa, etc.), a diferencia de sus efectos físicos, no son una consecuencia inevitable de ella sino de valores culturales.^{36,37} Ya a la edad de 5 años las niñas con sobrepeso presentan un autoconcepto bajo y en niños obesos, la baja autoestima se asocia con mayores niveles de tristeza, soledad y nerviosismo.³⁸⁻⁴⁰

El pediatra debe estar alerta de cuán frecuente es esta conducta y de sus consecuencias: insatisfacción corporal, imagen corporal negativa, internalización de un ideal de delgadez, depresión, bajo autoconcepto, conducta dietante, conductas bulímicas.^{31,41-43}

Las burlas en relación con peso, más que el sobrepeso en sí mismo, se asocian a estados psicológicos negativos y valores significativamente más bajos en todas las medidas de autocompetencia y autovaloración independientemente del peso.⁴² También se observó que después de ser objeto de burlas en relación con el peso, frecuentemente y apenas a la edad de 9 años los niños comienzan a hacer dieta. Según un trabajo de Neumark-Sztainer realizado en adolescentes, el ser objeto de burlas en relación con el peso se asocia con métodos de control del peso no saludables y patrones alimentarios patológicos (presencia de atracones).⁴⁴ Estas situaciones, que comienzan tempranamente en la vida, pueden ser causa de enfermedades que se arrastran durante muchos años o incluso llegan a cronificarse en la edad adulta, como se verá más adelante.

¿De dónde proviene esta forma particular de victimización, como son las burlas en relación con el peso, "socialmente y familiarmente aceptadas"?

¿quiénes son los ejecutores? Si la aprobación o desaprobación de los otros significativos influyen sobre la autoestima, cabría preguntarse cómo contribuyen los padres, los maestros, los amigos, los compañeros.

Estas burlas provienen a menudo de los pares (amigos, compañeros) o de los miembros de la familia (madre, padre, hermanas, hermanos).^{32,43,45-47}

Elena, de 27 años, decía tener bulimia desde hace 12 con atracones y vómitos 2 o 3 veces al día. Refería que le costaba comer normalmente, que si dejaba de vomitar no comía. Relató: "A los 10 años me mandaron a una nutricionista para que adelgazara, mis hermanos varones me vivían cargando, en realidad toda mi familia, con "la gordita"... pero mal, todo el mundo me controlaba, me decían cuidate porque vas a terminar mal, era una mirada constante sobre mí. A la nutricionista iba cada 15 días, comía a escondidas y no comía nada dos días antes. A los 14, en un verano de vacaciones con unas amigas, todas obsesivas con el cuerpo, nadie comía delante de las demás, el hermano de mi amiga nos dijo: ¿por qué no se meten las manos y vomitan así se dejan de hinchar? Cuando volví de las vacaciones más flaca todo el mundo me decía: "qué bien que estás, cómo adelgazaste". A los seis meses, una tarde que estaba sola, después de vomitar no pude más y lloré un montón, como nadie se daba cuenta se lo conté a una amiga y a su mamá. A partir de ahí, empecé y dejé varios tratamientos..."

¿ES POSIBLE LA PREVENCIÓN?

Como es conocido, determinados eventos gatillo en individuos vulnerables pueden desencadenar un TA; podría especularse si de la misma manera podría en cierta forma prevenirse su desarrollo proveyendo de un medio ambiente "protector": una madre con actitudes respecto de su cuerpo y su alimentación basadas en el autocuidado, el placer, el respeto, la valoración y no en el maltrato, la obligación, el menosprecio, el perfeccionismo a ultranza; un buen vínculo madre-hija que amortigüe de cierta manera la presión social por la delgadez extrema; una familia que no permita las burlas en relación con el peso dentro de la casa o que se burle a otros fuera de ella; un grupo de pares que atenúe la importancia de la delgadez y el adelgazamiento impuesto socialmente debido a la influencia de los pares en aumentar o disminuir esa presión.⁴⁷

Las intervenciones preventivas en medicina pueden estar enfocadas en los procesos involucrados en el desarrollo de la enfermedad, en cuyo caso el objetivo es disminuir la incidencia (prevención

primaria). Mucho se ha avanzado al respecto en el área de los trastornos de la imagen corporal y de la alimentación, pero el conocimiento aún es incompleto. Estudios retrospectivos han puesto en evidencia la insatisfacción corporal y la conducta dietante como los antecedentes más relevantes e inmediatos previos al desarrollo de estos trastornos, pero aún resta aclarar en qué medida esos precursores se involucran con otros factores que determinan una vulnerabilidad previa. Las estrategias que hacen referencia directa a los TA y las conductas relacionadas, potencialmente aumentarían las conductas problemáticas.⁴⁸ Estas intervenciones, basadas fundamentalmente en proveer información, tal vez logren un mayor conocimiento; sin embargo, no producen cambios en las creencias, actitudes, intenciones y conductas que influyen en el desarrollo de un TA y, potencialmente, podrían contribuir más a la difusión que a la prevención de esos trastornos, favoreciendo su “glamourización” y normalización, a la vez que brindan información acerca de estrategias y prácticas “no saludables” –y al mismo tiempo riesgosas– de control del peso corporal.^{49,50}

La prioridad deberían ser las niñas en edad escolar y el desafío estaría en ayudar a aquellos en riesgo sin dañar a los de bajo riesgo. Los factores de riesgo identificados son: la internalización de un ideal delgado, perfeccionismo, preocupación por el peso, insatisfacción corporal, baja autoestima y conducta dietante.^{28,51} Otro punto sería enfocar fundamentalmente a los aspectos socioculturales; las industrias de la moda y del adelgazamiento deberían ser el blanco de las intervenciones preventivas. En este caso, las intervenciones preventivas apuntarían a modificar la idealización de la delgadez, en un esfuerzo por transformar al individuo transformando la cultura.^{52,53} Dentro de este panorama de cosas se han encontrado resultados alentadores trabajando con un enfoque ecológico que toma en cuenta no sólo los factores individuales sino también su interacción con el ambiente, conductas relacionadas y las influencias socioculturales implicadas en el “modelaje” de una imagen corporal negativa y una alimentación alterada.⁵⁴⁻⁵⁶

Por ende, en el día a día se torna fundamental promover mayores niveles de aceptación en cuanto a variedad de formas corporales, educar acerca de los cambios de la pubertad y ofrecer modelos saludables: una alimentación sana, una actividad física reconfortante, suficiente descanso, etc. Por último, proveer de una visión crítica y constructiva frente a la publicidad y los medios, ya que el mismo sistema de valores que ha minado la au-

toestima de las mujeres en las últimas décadas parecería estar teniendo el mismo efecto deletéreo sobre la imagen corporal en desarrollo de las niñas y niños actuales, frecuentemente encarnados en sus propios padres y pares, a su vez atravesados por ese sistema de valores. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Zukerfeld R. Perturbaciones de la imagen corporal en trastornos de la alimentación. En: Zukerfeld R (Ed.). *Acto Bulímico, cuerpo y tercera tópic.* Buenos Aires: Ed. Paidós, 1996; 176-189.
2. Zukerfeld R, Zonis Zukerfeld R, Quiroga S. Trauma, desesperanza y conducta alimentaria. *Rev Inst Psicossom de Buenos Aires* 2000; 7:65-83.
3. Rosen JC. Cognitive-behavior body image therapy. En: Garner DM, Garfinkel PE (Eds.). *Handbook of Treatment for Eating Disorders.* New York: Guilford Press, 1997; 188-201.
4. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord* 1999; 25:253-262.
5. Kearney Cooke A. Familial influences on body image development. En: Cash T, Pruzinsky T (Eds.). *Body image, a handbook of theory, research and clinical practice.* New York: Guilford Press, 2002; 99-107.
6. Field AE, Austin B, Striegel-Moore RH, Taylor B, Camargo CA, Beardslee WR, Laird N, Colditz GH. The transmission of the importance of weight and shape from mothers to their adolescent children. *Int J Eat Disord* 2004; 35:423.
7. Smolak L. Body image development in children. En: Cash T, Pruzinsky T (Eds.). *Body Image, a handbook of theory, research and clinical practice.* New York: Guilford Press, 2002; 65-73.
8. Davison KK, Markey CN, Birch LL. A longitudinal examination of patterns in girls weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *Int J Eat Disord* 2003; 33:320-332.
9. Facchini M. Imagen corporal. En: Labanca R, Ortensi G y Facchini M. (Eds.). *Trastornos alimentarios: Guía médica de diagnóstico y tratamiento.* Buenos Aires: SAOTA, 1999; 156-164.
10. Facchini M. Epidemiología, Etiología y Evolución. En: Labanca R, Ortensi G y Facchini M (Eds.). *Trastornos alimentarios: Guía médica de diagnóstico y tratamiento.* Buenos Aires: SAOTA, 1999; 17-28.
11. Gowers SG, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 179:236-242, Review.
12. Pike KM, Rodin J. Mothers, daughters, and disordered eating. *J Abnorm Psychol* 1991; 100:198-204.
13. Sanftner JL, Crowther JH, Crawford PA, Watts DD. Maternal influences on daughters' eating attitudes and behaviors. *Eat Disord* 1996; 4:147-159.
14. Smolak L, Levine MP, Schermer F. Parental input and weight concerns among elementary school children. *Int J Eat Disord* 1999; 25:263-271.
15. Thelen MH, Cornier JF. Desire to be thinner and weight control among children and their parents. *Behav Ther* 1995; 26:85-99.
16. Hill AJ, Franklin JA. Mothers, daughters and dieting: Investigating the transmission of weight control. *Br J Clin Psychol* 1998; 37:3-13.
17. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH, Strober M, Treasure J, Lilienfeld L, Klump

- K, Kaye WH. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 31:290-299.
18. Hill AJ, Pallin V. Low self-esteem and weight control: related issues in 8 year old girls but not boys. *Int J Obes* 1995; 19(suppl. 2):128.
 19. Laliberte M, Boland FJ, Lechner P. Family climates: family factors: specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *J Clin Psychol* 1999; 55:1021-1040.
 20. Crowther JH, Kichler JC, Sherwood N, Kuhnert ME. The role of family factors in bulimia nervosa. *Eat Disord* 2002; 10:141-151.
 21. Lieberman S. Anorexia nervosa: the tyranny of appearances. *J Fam Ther* 1995; 17:133-138.
 22. Marcus D, Weiner M. Anorexia nervosa reconceptualized from a psychological transactional perspective. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59(3): 346-354.
 23. Steiger H, Stotland S, Trotter J, Ghadirian AM. Familial eating concerns and psychopathological traits: Causal implications of transgenerational effects. *Int J Eat Disord* 1996; 19(2):147-157.
 24. Davis C, Shuster B, Blackmore E, Fox J. Looking good, family focus on appearance and the risk for eating disorders. *Int J Eat Disord* 2004; 35:136-144.
 25. Waterhouse D. Like mothers, like daughters: How women are influenced by their mothers' relationship with food, and how to break the pattern. Hyperion Press, 1998.
 26. Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Frazier AL, Gillman MW, Colditz GA. Overweight, weight concerns, and bulimic behaviors among girls and boys. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 1999; 38:754-760.
 27. Striegel-Moore RH, Franko DL. Body image issues among girls and women. En: Cash T, Pruzinsky T (Eds.). *Body Image, a handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002; 183-191.
 28. Stice E, Mazotti L, Weibel D, Agras S. Dissonance prevention program decreases thin ideal internalization, body satisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment. *Int J Eat Disord* 2000; 27:206-217.
 29. Stice E, Trost A, Chase A. Health weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: results from a control study. *Int J Eat Disord* 2003; 33:10-21.
 30. Sands ER, Wardle J. Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girls. *Int J Eat Disord* 2003; 33:193-204.
 31. Brode CS, Heinberg LJ, Scott L, Boyle R. The internalization of the thin ideal: an examination of eating disorder risk factors at a women's residential college. *Int J Eat Disord* 2004; 35:469.
 32. Tantleff-Dunn S, Gokee JL. Interpersonal influences on body image development. *Body image issues among girls and women*. En: Cash T, Pruzinsky T (Eds.). *Body Image, a handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002; 108-116.
 33. Hill AJ, Waterston CL. Fat teasing in pre-adolescent children: the bullied and the bullies. *Int J Obes* 2002; 26 (suppl. 1):S20.
 34. Montero JC, Facchini M. Ansiedad y Obesidad. En: Kalina E, Ruiz M, Montero J (Eds.). *Ansiedad y síntomas orgánicos*. Buenos Aires: MC-Comunicaciones Médicas, 2001; 23-45.
 35. Cattarin J, Thompson JK. A three-year longitudinal study of body image and eating disturbance in adolescent females. *Eat Disord* 1994; 2:114-125.
 36. Wadden TA, Womble LG, Stunkard AJ, Anderson DA. Psychosocial consequences of obesity and weight loss. En: Wadden TA, Stunkard AJ (Eds.). *Handbook of obesity treatment*. New York: Guilford Press, 2002; 144-169.
 37. Facchini M. Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. *Actualidad Psicológica* 2002; 27:28-32.
 38. Davison KK, Birch LL. Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics* 2001; 107(1):46-53.
 39. Strauss RS. Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics* 2000; 105:e15.
 40. Phillips RG, Hill AJ. Fat, plain, but not friendless: Self-esteem and peer acceptance of obese preadolescent girls. *Int J Obes* 1998; 22:287-93.
 41. Heinberg LJ. Theories of body image disturbances: Perceptual, developmental, and socio-cultural factors. En: Thompson JK (Eds.). *Body image, eating disorders and obesity: an integrative guide for assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 1996; 27-47.
 42. Hill AJ, Murphy JA. The psychosocial consequences of fat-teasing in young adolescents children. *International Journal of Obesity* 2000; 24(Suppl.1):161.
 43. Keery H. Teasing by family members takes a toll. *Eat Dis Rev* 2003; 14:7.
 44. Neumark-Sztainer D, Falkner N, Story M, Perry C, Hannan PJ, Mulert S. Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behavior. *Int J Obes* 2002; 26:123-131.
 45. Schwartz DJ, Phares V, Tantleff-Dunn S, Thompson JK. Body Image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *Int J Eat Dis* 1999; 25:339-343.
 46. Rieves L, Cash T. Social developmental factors and women's body-image attitudes. *J Soc Beh Pers* 1996; 11:63-78.
 47. Paxton SJ, Schutz H, Wertheim EH, Muir SL. Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, external weight loss behaviors and binge eating in adolescent girls. *J Abn Psych* 1999; 108:255-256.
 48. Cohn L, Maine M. More harm than good. *Eat Disord* 1998; 6:93-95.
 49. O'Dea JA, Abraham S. Improving body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *Int J Eat Disord* 2000; 28:43-57.
 50. Carter JC, Steward A, Dunn VJ, Fairburn C. Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *Int J Eat Disord* 1997; 22:167-172.
 51. Shisslak CM, Crago M. Risk and protective factors in the development of eating disorders. En: Thompson JK, Smolak L (Eds.). *Body image, eating disorders and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC: Am Psychol Ass 2001; 103-125.
 52. Wade TD, Davidson S, O'Dea J. A preliminary controlled evaluation of school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *Int J Eat Disord* 2003; 33:371-381.
 53. Levine M. Reducing risk factors. *Int J Eat Disord* 2003; 33:384-387.
 54. Steiner-Aidair C, Sjostrom L, Franko DL, Pai S, Tucker R, Becker AE, Herzog D. Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: learning from practice. *Int J Eat Disord* 2002; 32:401-411.
 55. Levine M, Smolak L. Ecological and activism approaches to the prevention of body image problems. En: Cash T, Pruzinsky T (Eds.). *Body Image, a handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press 2002; 497-505.
 56. Piran N, Levine MP, Steiner Adair C. (Eds.). *Preventing eating disorders: A handbook of interventions and special challenges*. Philadelphia: Bruner/Mazel 1999.