

Original

## Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense

M. Míguez Bernárdez, J. De la Montaña Miguélez, J. González Carnero y M.<sup>a</sup> González Rodríguez

Área de Nutrición y Bromatología. Facultad de Ciencias de Ourense. Universidad de Vigo. España.

### Resumen

El objetivo de este trabajo fue detectar posibles alteraciones de la conducta alimentaria en universitarios del Campus de Orense mediante la autopercepción de su imagen corporal. Participaron 145 universitarios, 107 mujeres (74% de la población estudiada con una edad media de  $25,2 \pm 2,9$  años) y 38 hombres (26% con una edad media de  $25,3 \pm 3,3$  años). Se trata de un estudio transversal descriptivo con encuestas en el que se determinó el índice de masa corporal (IMC), el peso subjetivo y se utilizaron dos subescalas del Eating Disorders Inventory 2: la subescala de insatisfacción corporal (EDI-IC) y la de obsesión por la delgadez (EDI-OD). Los resultados muestran que la mayoría de la población es normopeso, no existen casos de obesidad en la población femenina y en la población masculina no se encontraron casos de bajo peso. Más de la mitad de la población (55% de las mujeres y 63% de los hombres) tienen un juicio valorativo distorsionado de su cuerpo respecto a los valores del IMC, observándose que los hombres subestiman su peso y en las mujeres aparecen casos de subestimación y de sobrestimación. Las mujeres más insatisfechas con su figura son las que presentan sobrepeso o bajo peso y las más obsesionadas por adelgazar son las que se encuentran en el límite superior del normopeso. En el grupo de los hombres, los que presentan sobrepeso y obesidad son los más insatisfechos y los más obsesionados por adelgazar.

(Nutr Hosp. 2011;26:472-479)

DOI:10.3305/nh.2011.26.3.4604

Palabras clave: *Imagen corporal. IMC (índice de masa corporal). Percepción. Peso subjetivo. Insatisfacción corporal.*

### Abreviaturas

EDI-IC: Eating Disorders Inventory-Insatisfacción Corporal.

EDI-OD: Eating Disorders Inventory-Obsesión por adelgazar.

**Correspondencia:** Montserrat Míguez Bernárdez.

Facultad de Ciencias de Orense.  
Edificio Politécnico. As Lagoas, s/n.  
32004 Ourense (España).  
E-mail: mmiguez@uvigo.es

Recibido: 23-XI-2009.  
1.ª Revisión: 15-III-2010.  
Aceptado: 18-VII-2010.

### AGREEMENT BETWEEN THE SELF-PERCEPTION ON THE BODY IMAGE AND THE NUTRITIONAL STATUS IN COLLEGE STUDENTS FROM ORENSE

#### Abstract

The aim of this study was to detect the possible changes in dietary behavior among college students from the University Campus of Orense by means of self-perception of their body image. 145 college students participated, 107 women (74% of the study population with a mean age of  $25.2 \pm 2.9$  years) and 38 men (26%, with a mean age of  $25.3 \pm 3.3$  years). This is a descriptive cross-sectional study using questionnaires and assessing the body mass index (BMI), the subjective weight and using two sub-scales of the Eating Disorders Inventory 2: the body dissatisfaction (EDI-IC) sub-scale and the slimness obsession (EDI-OD) sub-scale. The results show that most of the population had normal weight, there exists no obesity among the female population and there were no underweight cases among the male population. More than half of the population (55% of women and 63% of men) that a distorted judgment of their body as compared to the BMI values, with men underestimating their weight and, among women, there are cases underestimating or overestimating their weight. The women more unsatisfied with their body image were those having overweight or low weight, and those more obsessed with losing weight are those in the upper limit of the normal weight. Among men, those having overweight or obesity are the most unsatisfied and most obsessed with losing weight.

(Nutr Hosp. 2011;26:472-479)

DOI:10.3305/nh.2011.26.3.4604

Key words: *Body image. BMI (body mass index). Perception. Subjective weight. Body dissatisfaction.*

IMC: Índice de Masa Corporal.

SEEDO: Sociedad Española para el estudio de la Obesidad.

### Introducción

Una de las definiciones integradoras del concepto de imagen corporal<sup>1</sup> lo define como un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportar-

nos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

El culto que rinde al cuerpo nuestra sociedad es cada vez más importante y los mensajes socioculturales de una industria que sobrevalora la delgadez impactan en el comportamiento y pensamiento de la población, sobre todo joven, induciendo conductas de riesgo para su bienestar físico y psicológico. 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<sup>2</sup>.

La imagen corporal se considera, en el ámbito de las investigaciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, como una aproximación cualitativa al estado nutricional del individuo<sup>3</sup>. Los trastornos de la conducta alimentaria están vinculados a una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, así como a la insatisfacción corporal. La importancia del estudio de la insatisfacción corporal se debe a que en recientes investigaciones se ha confirmado que las alteraciones de la imagen corporal tienen una participación causal en el trastorno alimentario, en lugar de ser secundarias a él<sup>4</sup>. Se considera que aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal<sup>5</sup>. Las alteraciones de la imagen corporal se caracterizan por una valoración cognitiva y actitudinal distorsionada en sentido negativo del propio cuerpo y constituye un factor decisivo en la motivación para realizar algún tipo de dieta restrictiva.

## Objetivos

El objetivo de este trabajo fue investigar la presencia de alteraciones de la imagen corporal en universitarios orensanos y establecer su relación con la insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez, considerados como factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria.

## Material y métodos

Es un estudio transversal descriptivo mediante encuestas<sup>6</sup>, en el que participaron voluntariamente 145 estudiantes universitarios del Campus de Ourense (74% mujeres y 26% hombres). La edad media era de  $25,2 \pm 2,9$  años para las mujeres y  $25,3 \pm 3,3$  años para los hombres. Se realizó una primera sesión informativa para los alumnos interesados en participar en la que se informó del trabajo que se iba a realizar, los objetivos del mismo y se les explicó en qué consistiría su participación. Se concertó con cada uno una entrevista personal, en la que se solicitó su permiso y consentimiento y se procedió a la realización de las medidas antropométricas así como a la recogida de los datos necesarios para cubrir los cuestionarios utilizados en este trabajo.

## Instrumentos

1°. Cuestionario de datos personales: edad, sexo, facultad en la que realiza sus estudios y curso.

2°. Determinación del Índice de Masa Corporal (IMC): se procedió a la medida del peso y de la talla. El peso se determinó con la persona descalza y con ropa ligera, utilizando una balanza modelo SECA con precisión de 1kg (rango 1-150kg). La talla se midió con la ayuda de un tallímetro, con la persona en bipedestación, con la espalda en contacto con el tallímetro y sin calzado<sup>7</sup>. El Índice de Masa Corporal (IMC) se obtuvo a partir de la fórmula  $IMC = \text{Peso (kg)}/\text{Talla (m)}^2$ . En base a estos datos, y para la tipificación ponderal del colectivo, se utilizaron los criterios propuestos por la SEEDO<sup>8</sup> en base al valor del IMC.

3°. Determinación del peso subjetivo siguiendo el protocolo establecido por otros autores<sup>9</sup>, para ello la persona tenía que elegir una de las siguientes opciones: “considero que estoy en mi peso;” “considero que tengo kilos de más” o “considero que tengo kilos de menos”. A partir de esta variable se clasificó a la población en tres grupos: “peso-subjetivo-justo” aquellos que creen estar en su peso, “kilos de más-subjetivo” para los que creen que les sobran kilos y “kilos de menos-subjetivo” para los que creen que pesan menos de lo que deberían.

4. Insatisfacción corporal y obsesión por adelgazar: se administró un cuestionario con preguntas relativas a dos de las once subescalas del Eating Disorders Inventory-2<sup>10</sup>: *Insatisfacción corporal* (EDI-IC) y *Obsesión por la delgadez* (EDI-OD), por ser éstas las que evaluaban propiamente las actitudes hacia el cuerpo. Este cuestionario ha sido validado en España por otros autores<sup>11</sup>. Los ítems de estas dos subescalas aparecen mezclados en el cuestionario para evitar que los sujetos adivinen el constructo que se evalúa, aunque algunos investigadores ya han demostrado que las diferencias observadas al administrar la subescala sola o conjuntamente con otras no son significativas<sup>12</sup>. Todos los ítems se contestan siguiendo la forma propuesta en el manual del cuestionario. La forma de corrección utilizada también es la propuesta por el manual del cuestionario.

El tratamiento estadístico de los datos obtenidos se realizó con el programa estadístico SPSS 14.1 para Windows. Los resultados se expresan como media y desviación estándar en el caso de las variables antropométricas y para las puntuaciones de las subescalas del EDI-2 y como porcentajes de frecuencia para la clasificación de la población en función del IMC y del peso subjetivo. Se realizó un análisis de varianza (al 95% de confianza,  $p < 0,05$ ) con la prueba de contraste de Tukey para la comparación de las variables.

## Resultados y discusión

*Índice de Masa Corporal*: El IMC medio de las mujeres es de  $22,0 \pm 2,6$  kg/m<sup>2</sup> y en base a la classifica-

ción propuesta por la SEEDO<sup>8</sup>, se ha comprobado que la mayoría (77%) son normopeso, aunque también se observan casos de sobrepeso (9% para el de grado I y 5% para el de grado II) y de bajo peso (9%). No se encontraron casos de obesidad. El IMC medio de los hombres ( $24,5 \pm 3,2 \text{ kg/m}^2$ ) difiere significativamente del de las mujeres ( $F = 15,571, p = 0,000$ ) y más de la mitad (54%) se pueden considerar normopeso, aunque un porcentaje bastante elevado presentan sobrepeso (39%) y el 7% presentan obesidad de tipo 1.

En estudios realizados anteriormente por nuestro equipo en poblaciones universitarias similares<sup>13,14</sup>, los datos muestran que en los últimos 10 años tanto en hombres como en mujeres ha disminuido el porcentaje de individuos con déficit de peso, pero esta disminución se ha compensado de diferente manera según el sexo y así en las mujeres se observó un aumento del grupo normopeso mientras que en los hombres aumentó el grupo de sobrepeso, sin que se viera modificado el porcentaje de obesos, lo que implica un trasvase de normopesos a los rangos de peso superiores. En un estudio con universitarias madrileñas<sup>15</sup> un 25% de la población presentaba valores de IMC comprendidos entre 15,5 y 20, aunque el IMC medio se encontraba en el intervalo de normopeso ( $21 \pm 2$ ); al igual que en este trabajo, no encontraron casos de obesidad entre mujeres. En el trabajo de Riba i Sicut<sup>16</sup>, el porcentaje de mujeres normopeso encontrado es menor (61,8%), y ninguna presentaba sobrepeso, pero por el contrario era muy elevado el porcentaje de mujeres con insuficiencia de peso, llegando al 43% de la población. Entre los hombres, la mayoría (82,5%) era normopeso, lo que implica porcentajes menores de individuos con sobrepeso u obesidad. Algunos estudios<sup>17</sup> encuentran mayor prevalencia de obesidad en hombres que en mujeres, aunque hay investigaciones en las que se señala lo contrario, así en una muestra de universitarios madrileños<sup>18</sup> se observó que era más alto el porcentaje de mujeres obesas (5,7%) frente al 0% en el caso de los hombres. Otros investigadores<sup>19</sup> realizaron un trabajo en el que evaluaron a estudiantes universitarios de 22 países de todo el mundo, observando que los estudiantes estadounidenses ( $24,3 \text{ kg/m}^2$ ) e islandeses ( $23,6 \text{ kg/m}^2$ ) eran los que presentaban un IMC mayor y; por el con-

trario, los IMC más bajos correspondían a los coreanos y tailandeses ( $20,7$  y  $20,5 \text{ kg/m}^2$  respectivamente).

**Peso subjetivo:** Como se puede observar en la figura 1, la mayoría de la población cree estar en su *peso subjetivo justo* (64% de las mujeres y en el 56% de los hombres), de estos datos podemos deducir que las mujeres son más conscientes que los hombres de su peso real, quizás debido a la mayor preocupación por las cuestiones relacionadas con el peso. Por el contrario, son menos las mujeres que creen tener *kilos de menos*.

En base a estos datos se clasificó a la población en función del *peso subjetivo* declarado y del IMC calculado (tabla I). La clasificación según el IMC se realizó, en este caso, siguiendo la propuesta de la SEEDO<sup>8</sup> pero modificada en base a los trabajos de varios autores: Gray<sup>20</sup> en una revisión de datos de prevalencia de obesidad en diferentes poblaciones concluye que la menor incidencia de mortalidad se asocia, en ambos sexos, con un IMC de  $22 \text{ kg/m}^2$  y que la mortalidad asociada a un IMC  $< 20 \text{ kg/m}^2$  es mayor que en la franja de  $20-25 \text{ kg/m}^2$ . Y Barbany y Foz<sup>21</sup> proponen que el IMC entre  $22$  y  $24,9 \text{ kg/m}^2$  debe de considerarse como la franja superior de la normopeso. En base a ello, nuestro grupo de investigación optó por subdividir el grupo normopeso propuesto por la SEEDO en tres subgrupos: límite inferior de normopeso ( $18,5 < \text{IMC} < 19,9$ ), normopeso ( $20 < \text{IMC} < 21,9$ ) y límite superior de normopeso ( $22 < \text{IMC} < 24,9$ ).

En el grupo de mujeres (tabla I) que se ven con *kilos de más subjetivo* un 50% han valorado su peso de manera coincidente al IMC ya que presentan sobrepeso o están en el límite superior del normopeso; el otro 50% sobrestima su peso apareciendo casos de bajo peso (11%) y en el límite inferior de la normalidad (7%). En cuanto al grupo de mujeres que se ven con *kilos de menos* sólo en el 18% la valoración del peso coincide con las dimensiones reales, ya que tienen un IMC en el límite inferior del normopeso, el resto subestima su peso incluso hay un 9% que tienen un IMC correspondiente al sobrepeso de grado I. Dentro del grupo *peso subjetivo justo* observamos que coincide la autopercepción del peso con el IMC en un 45,7% de las mujeres, el resto o bien sobrestiman su peso o bien lo subestiman.

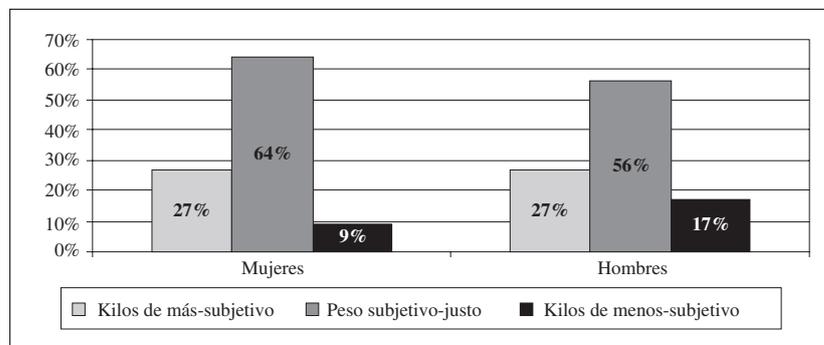


Fig. 1.—Clasificación de la población en función del “peso subjetivo”.

**Tabla I**  
Clasificación de la población según su "peso subjetivo" y su IMC

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Mujeres			Hombres		
	Peso justo	Kilos de más	Kilos de menos	Peso justo	Kilos de más	Kilos de menos
IMC < 18,5 Insuficiencia de peso	8,5%	11%	0%	0%	0%	0%
18,5 < IMC < 19,9 Límite inferior normopeso	10%	7%	18%	0%	0%	17%
20 < IMC < 22,9 Normopeso	45,7%	32%	36,5%	15%	0%	83%
23 < IMC < 24,9 Límite superior normopeso	31,5%	25%	36,5%	55%	0%	0%
25 < IMC < 26,9 Sobrepeso grado I	2,8%	14,3%	9%	25%	30%	0%
27 < IMC < 29,9 Sobrepeso grado II	1,5%	10,7%	0%	5%	40%	0%
IMC > 30 Obesidad	0%	0%	0%	0%	30%	0%

El 100% de los hombres que se ven con *kilos de más* se clasificó correctamente ya que ninguno tiene un IMC dentro del normopeso o insuficiencia de peso (tabla I). En relación a los que creen tener *kilos de menos*, mayoritariamente subestiman su peso, ya que el 83% son normopeso, solamente el 17% presentan un IMC en el límite inferior. Los datos obtenidos para los que se ven en su *peso subjetivo justo* nos muestran que

sólo en el 15% de los casos coincide la estimación con el normopeso, en base al IMC, ya que el 55% subestiman su peso al estar en el límite superior y un 30% presentan sobrepeso (tabla II).

Se comprobó que el porcentaje de mujeres que creen que están en su peso justo es mayor que el de hombres, lo que se corresponde con lo evidenciado por los valores del IMC, la mayoría de ellas son normopeso. Este

**Tabla II**  
Puntuación media (media  $\pm$  *devest*) en las subescalas EDI-IC y EDI-OD

Subescala EDI	Mujeres	Hombres
<i>Puntuación media subescala EDI-IC</i>		
<i>Ítems EDI-IC:</i>		
1. Pienso que mi estómago es demasiado grande	0,39 $\pm$ 0,78 <sup>a</sup>	0,22 $\pm$ 0,64 <sup>a</sup>
2. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	0,79 $\pm$ 1,20 <sup>a</sup>	0,11 $\pm$ 0,52 <sup>b</sup>
3. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado	0,68 $\pm$ 0,98 <sup>a</sup>	0,80 $\pm$ 1,04 <sup>a</sup>
4. Me siento satisfecho con mi figura	0,57 $\pm$ 0,84 <sup>a</sup>	0,19 $\pm$ 0,62 <sup>b</sup>
5. Me gusta la forma de mi trasero	0,80 $\pm$ 1,05 <sup>a</sup>	0,42 $\pm$ 0,91 <sup>b</sup>
6. Pienso que mis caderas son demasiado anchas	0,55 $\pm$ 1,04 <sup>a</sup>	0,00 $\pm$ 0,00 <sup>b</sup>
7. Creo que el tamaño de mis muslos es el adecuado	1,22 $\pm$ 1,14 <sup>a</sup>	0,53 $\pm$ 0,97 <sup>b</sup>
8. Creo que mi trasero es demasiado grande	0,34 $\pm$ 0,83 <sup>a</sup>	0,03 $\pm$ 0,17 <sup>b</sup>
9. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	1,00 $\pm$ 1,05 <sup>a</sup>	0,30 $\pm$ 0,66 <sup>b</sup>
<i>Puntuación media subescala EDI-OD</i>		
<i>Ítems EDI-OD:</i>		
1. Como dulces y carbohidratos sin sentirme nervioso	0,40 $\pm$ 0,77 <sup>a</sup>	0,28 $\pm$ 0,66 <sup>a</sup>
2. Pienso en ponerme en dieta	1,02 $\pm$ 1,01 <sup>a</sup>	0,64 $\pm$ 1,02 <sup>b</sup>
3. Me siento muy culpable cuando como en exceso	0,28 $\pm$ 0,74 <sup>a</sup>	0,08 $\pm$ 0,50 <sup>a</sup>
4. Me aterroriza la idea de engordar	0,37 $\pm$ 0,85 <sup>a</sup>	0,08 $\pm$ 0,28 <sup>a</sup>
5. Exagero o doy demasiada importancia al peso	0,31 $\pm$ 0,79 <sup>a</sup>	0,14 $\pm$ 0,42 <sup>a</sup>
6. Estoy obsesionado por el deseo de ser más delgado	0,19 $\pm$ 0,62 <sup>a</sup>	0,06 $\pm$ 0,23 <sup>a</sup>
7. Si aumento un kilo de peso temo que seguiré engordando	0,21 $\pm$ 0,68 <sup>a</sup>	0,08 $\pm$ 0,37 <sup>a</sup>

Los valores dentro de una misma fila con el mismo superíndice no son significativamente diferentes (intervalo de confianza al 95% y  $p > 0,05$ ).

hecho puede deberse<sup>3</sup> a que posiblemente los hombres estén menos preocupados por su imagen y, por ello, ellas son más conscientes de su peso. Además el 55% de las mujeres participantes y el 63% de los hombres presentan una posible alteración en la percepción de su imagen corporal, aunque esta alteración varía en función del sexo de tal forma que en los hombres se debe a una subestimación de su peso, mientras que en las mujeres un 30% se debe a la subestimación y un 25% a la sobrestimación del peso.

En una población española<sup>22</sup> de edad media 42,3 ± 13,5 años se observó que los hombres tienden a infravalorar su peso, aunque a diferencia de este estudio, esto ocurre en mayor medida en los obesos. También observaron que las mujeres normopeso eran más objetivas que los hombres a la hora de autopercebir su imagen corporal mediante la estimación del peso. Sin embargo, en la muestra española de la Encuesta Pan Europea (Proyecto Body Weight and Physical Activity, 1997) se comprobó<sup>3</sup> al contrario de este estudio, que un mayor porcentaje de hombres se autocalifican en la normalidad. Algunos autores<sup>23</sup> observaron que el grado de sobrepeso y obesidad también influye en la percepción del peso; los hombres se perciben de forma más correcta cuando se encuentran en valores de normopeso y sobrepeso. En un trabajo en el que se compararon dos poblaciones de jóvenes, españoles y mexicanos<sup>24</sup> se comprobó que mientras que los hombres (de ambas nacionalidades) querían estar más robustos, las mujeres deseaban estar más delgadas, independientemente del peso que tenían, y este deseo afectaba en mayor medida a las españolas que a las mexicanas. En adultos mejicanos también se pudo comprobar que las estimaciones de peso de las mujeres se ajustan más al peso real que las de los hombres<sup>25</sup>.

*Puntuaciones para las subescalas EDI-IC y EDI-OD (tabla II):* La puntuación media para la subescala EDI-IC (*Insatisfacción corporal*) es significativamente más alta en mujeres (6,4 ± 6,5) que en hombres (2,6 ± 3,5) lo que demuestra que las mujeres expresan una mayor insatisfacción con su cuerpo que los hombres, percibiendo más negativamente su imagen corporal. Además las mujeres obtienen puntuaciones medias más altas para todos los ítems de esta subescala, excepto para el ítem 3 (*pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado*) siendo éste el ítem que obtuvo la puntuación más elevada en los hombres, lo que implica que es la parte del cuerpo que más les preocupa. En el grupo de las mujeres las puntuaciones más altas se obtuvieron en los ítems referidos a muslos, caderas y trasero (ítems 2, 5, 7 y 9)<sup>26</sup>, así como el referido a la insatisfacción con su figura (ítem 4). Una vez realizado el tratamiento estadístico, se comprobó que salvo para los dos ítems referidos al estómago las diferencias entre sexos han resultado significativas (tabla II).

Las diferencias encontradas entre sexos para la subescala EDI-IC muestran una tendencia generalizada en la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), y que consiste en que los

hombres dan menor puntuación a las variables asociadas a estos trastornos que las mujeres<sup>12,5</sup>. Es necesario reflexionar sobre qué tipo de insatisfacción corporal miden las subescalas de estos test, pues la mayoría se refieren sobre todo a aspectos de la imagen corporal que se consideran importantes en la cultura de la belleza de la mujer. En un trabajo con jóvenes de la Universidad de Vigo<sup>27</sup> con una edad media de 19 años, se obtuvieron puntuaciones superiores a las de este estudio, lo que podría deberse a la forma de utilización de la subescala ya que dichos autores utilizaron todas las subescalas del EDI-2. En jóvenes canarios<sup>28</sup> se estudiaron actitudes y conductas asociadas a TCA, encontrando al igual que en los trabajos comentados anteriormente, diferencias significativas en la subescala EDI-IC en cuanto al sexo pero no en función de la clase social lo que también señalaron otros autores<sup>10,29</sup>, aunque también pudiera ocurrir que tales diferencias todavía no hayan sido probadas<sup>30</sup>. En un grupo de chicas argentinas<sup>31</sup> se encontró que las de mayor edad (18-20 años) declaraban mayor insatisfacción corporal que las de menor edad (12-14 años) para esta subescala de *Insatisfacción corporal* del EDI-2.

En un estudio comparativo entre adolescentes españoles y mexicanos<sup>24</sup>, observaron que hay significativamente más mujeres insatisfechas con su imagen que hombres, sin embargo, esta insatisfacción no difiere significativamente entre las dos nacionalidades. Y la insatisfacción de los hombres es diferente a la de las mujeres, puesto que mientras ellos quieren tener un cuerpo más musculado, ellas quieren estar más delgadas. Estudios epidemiológicos muy amplios han demostrado que de las mujeres adolescentes que se encuentran insatisfechas con su cuerpo, pocas tienen sobrepeso<sup>32</sup>. El hecho evidente, en todos estos trabajos, de que la mayoría de las chicas (sufran o no de trastornos de la conducta alimentaria) presentan una gran preocupación por la imagen corporal y una insatisfacción hacia su forma corporal, nos conduce a poner una especial atención en el concepto de imagen corporal y su relación con los trastornos alimentarios<sup>33</sup>, puesto que esta insatisfacción puede conducir a conductas erróneas hacia la comida que pueden convertirse en factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

La puntuación media para la subescala del EDI-OD (*Obsesión por la delgadez*) (tabla II) es significativamente más alta en mujeres que en hombres; por lo tanto éstas muestran, en general, un mayor interés por adelgazar. Si analizamos las respuestas de cada ítem por separado (tabla 3), solamente se observan diferencias significativas, entre hombres y mujeres, en el ítem 2 (*pienso en ponerme a dieta*), para el que se alcanza la puntuación más alta para ambos sexos. Además las puntuaciones obtenidas son siempre más altas en las mujeres y, en la población masculina, las puntuaciones son muy bajas en los ítems relacionados con la *culpabilidad cuando comen en exceso, estar aterrorizado por la idea de engordar, dar demasiada importancia al peso y estar obsesionado por estar más delgado* (ítems

**Tabla III**  
Puntuaciones medias (media  $\pm$  desv) para las subescalas EDI-IC y EDI-OD en función de su IMC

	EDI-IC		EDI-OD	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
IMC < 18,5 Insuficiencia de peso	7,1 $\pm$ 7,7 <sup>a</sup>	–	2,7 $\pm$ 4,2 <sup>a</sup>	–
18,5 < IMC < 19,9 Límite inferior normopeso	7,0 $\pm$ 4,0 <sup>a</sup>	0,0 $\pm$ 0,0 <sup>a</sup>	2,6 $\pm$ 2,2 <sup>a</sup>	0,0 $\pm$ 0,0 <sup>a</sup>
20 < IMC < 21,9 Normopeso	6,6 $\pm$ 6,4 <sup>a</sup>	2,6 $\pm$ 3,2 <sup>a</sup>	2,6 $\pm$ 3,4 <sup>a</sup>	0,8 $\pm$ 1,5 <sup>a</sup>
22 < IMC < 24,9 Límite superior normopeso	5,9 $\pm$ 6,5 <sup>a</sup>	0,9 $\pm$ 1,9 <sup>a</sup>	3,8 $\pm$ 5,0 <sup>a</sup>	0,8 $\pm$ 1,1 <sup>a</sup>
25 < IMC < 26,9 Sobrepeso grado I	7,4 $\pm$ 8,3 <sup>a</sup>	1,9 $\pm$ 1,5 <sup>a</sup>	2,0 $\pm$ 2,3 <sup>a</sup>	1,9 $\pm$ 2,2 <sup>a</sup>
27 < IMC < 29,9 Sobrepeso grado II	7,5 $\pm$ 9,9 <sup>a</sup>	4,4 $\pm$ 5,8 <sup>a</sup>	2,5 $\pm$ 3,8 <sup>a</sup>	2,2 $\pm$ 2,3 <sup>a</sup>
IMC > 30 Obesidad	–	6,3 $\pm$ 5,8 <sup>a</sup>	–	2,3 $\pm$ 2,3 <sup>a</sup>

Para cada subescala del EDI, los valores dentro de una misma fila con el mismo superíndice no son significativamente diferentes (intervalo de confianza al 95% y  $p > 0,05$ ).

3, 4, 6 y 7). En jóvenes de la universidad de Vigo<sup>27</sup> se observaron puntuaciones medias superiores a las de este estudio en ambos sexos, y cuya justificación podría ser la misma que la comentada para las diferencias encontradas para la subescala EDI-IC en este trabajo. En otro estudio de prevalencia de TCA en universitarios madrileños<sup>34</sup> no encontraron diferencias significativas entre sexos para esta subescala, aunque fueron más altas las puntuaciones de las mujeres. En un trabajo en el que se estudió la asociación entre insatisfacción con la imagen corporal y los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres argentinas de edades comprendidas entre 18 y 20 años<sup>31</sup>, utilizando esta subescala, se obtuvieron puntuaciones medias de 6,3. Este valor es superior al que hemos encontrado para la población de este estudio ( $2,8 \pm 3,6$ ), lo que puede deberse a las diferencias de edad. Algunos autores<sup>35</sup> señalan que la aplicación del cuestionario EDI-2 o de sus subescalas, en una población abierta, puede servir como un primer paso en el proceso de cribado, aunque también puede utilizarse para identificar individuos altamente preocupados por su peso, y esta población puede ser adecuada para estudiar los posibles factores de riesgo de los TCA. El número de trabajos en los que se aplican las subescalas del EDI-2 en población masculina es menor que el de trabajos cuya población de estudio es femenina. En uno de esos trabajos<sup>36</sup> los universitarios de Toronto, entre 18 y 25 años, obtuvieron una puntuación media de  $1,6 \pm 3,1$ , la cual se aproxima bastante, tanto a las obtenidas en este trabajo ( $1,4 \pm 1,8$ ), como a las de otros grupos de población similares de España<sup>3,34</sup>. Son muchos los estudios en los que se han encontrado puntuaciones similares, tanto para hombres como mujeres, pero evidentemente estos valores son

diferentes entre los dos grupos, lo que refleja que entre ambos sexos existen distintas actitudes hacia la comida y el cuerpo<sup>10</sup>. Podemos concluir que, independientemente de la edad y la nacionalidad, las mujeres suelen presentar más obsesión por adelgazar que los hombres y esta obsesión puede influir negativamente en sus hábitos alimentarios convirtiéndose en un factor de riesgo de TCA.

*Subescalas EDI-IC y EDI-OD en relación a los valores del IMC* (tabla III): Se han calculado las puntuaciones medias de las subescalas del EDI-2 utilizadas para cada uno de los grupos de población clasificados según el IMC. Las mujeres que declaran mayor insatisfacción respecto a su cuerpo son las que presentan problemas de sobrepeso, aunque paradójicamente son las que están menos obsesionadas por adelgazar. Además las que tienen insuficiencia de peso y las que están en el límite inferior del normopeso, también presentan un alto grado de insatisfacción lo que evidencia una posible alteración en la percepción de su imagen corporal. Por el contrario, la menor insatisfacción la presentan las mujeres que tienen un IMC en el límite superior del normopeso que a su vez son las que están más obsesionadas por adelgazar.

Los resultados obtenidos para los hombres parecen más coherentes ya que las puntuaciones medias obtenidas en función del IMC muestran que los hombres obesos y los que presentan sobrepeso de grado I son los más insatisfechos con su imagen corporal y los que están más obsesionados por adelgazar. Por el contrario, se evidencia menor insatisfacción en los hombres que están en el límite inferior y superior del normopeso; estos junto a los normopeso son los que presentan menor obsesión por adelgazar.

**Tabla IV**  
Puntuaciones medias (media  $\pm$  desv) obtenidas para las subescalas EDI-IC y EDI-OD en función del peso subjetivo

Peso subjetivo	EDI-IC		EDI-OD	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Kilos de menos-subjetivo	2,7 $\pm$ 3,0 <sup>a</sup>	3,3 $\pm$ 3,3 <sup>a</sup>	1,0 $\pm$ 1,3 <sup>a</sup>	0,7 $\pm$ 1,6 <sup>a</sup>
Peso justo subjetivo	4,8 $\pm$ 5,3 <sup>a</sup>	1,9 $\pm$ 3,2 <sup>a</sup>	2,4 $\pm$ 2,9 <sup>ab</sup>	0,8 $\pm$ 1,1 <sup>a</sup>
Kilos de más-subjetivo	11,5 $\pm$ 7,2 <sup>b</sup>	3,8 $\pm$ 4,2 <sup>a</sup>	4,4 $\pm$ 4,9 <sup>b</sup>	3,0 $\pm$ 2,2 <sup>b</sup>

Para cada subescala del EDI, los valores dentro de una misma fila con el mismo superíndice no son significativamente diferentes (intervalo de confianza al 95% y  $p > 0,05$ ).

Subescalas EDI-IC y EDI-OD en relación al peso subjetivo (tabla IV): Teniendo en cuenta la clasificación de la población en base a su peso subjetivo, se estudiaron las puntuaciones de los 3 grupos (*peso subjetivo-justo*, *kilos de más-subjetivo*, *kilos de menos-subjetivo*) para las subescalas utilizadas en este trabajo, para ver la posible influencia del peso subjetivo en las respuestas.

Entre la población femenina las puntuaciones medias más altas para las dos subescalas las obtuvieron las del grupo *kilos de más-subjetivo*. Por tanto, las mujeres que creen estar por encima de su peso (un 27%) son las más insatisfechas con su imagen corporal y las que presentan mayor obsesión por adelgazar. En el tratamiento estadístico se ha comprobado que la insatisfacción corporal es significativamente mayor en las mujeres con *kilos de más* que en el resto y que la obsesión por adelgazar también es significativamente mayor en las que se ven con *kilos de más* respecto a las que creen que tienen *kilos de menos*.

En el grupo de los hombres (tabla IV) los que creen tener *kilos de más* son los más insatisfechos con su figura corporal y los que están más preocupados por adelgazar. Las diferencias encontradas entre los 3 grupos en función de su *peso subjetivo* no son estadísticamente significativas para la EDI-IC, sin embargo sí lo son para la subescala EDI-OD concretamente entre los hombres que se ven con *kilos de más* y los otros dos grupos.

## Conclusiones

La mayoría de las mujeres son normopeso, no hay casos de obesidad y existe un porcentaje pequeño de mujeres con bajo peso. En el grupo de los hombres mayoritariamente son normopeso, no hay casos de bajo peso, pero sí se encuentran obesos. Las alteraciones en la percepción de la imagen corporal afectan a más de la mitad de la población estudiada, siendo más frecuentes en hombres que en mujeres. En el caso de los hombres estas alteraciones se deben siempre a una subestimación del peso, mientras que en las mujeres aparecen algunos casos más de subestimación que de sobrestimación. En la población femenina, los grupos de riesgo para la detección de algún trastorno de la conducta alimentaria son: 1) las mujeres con bajo peso y en el límite inferior

del normopeso que creen que tienen kilos de más y además son las más insatisfechas con su imagen corporal, lo que les podría llevar a conductas restrictivas que pueden influir negativamente en su estado nutricional; 2) las mujeres con sobrepeso que subestiman su peso y que declaran estar menos obsesionadas por adelgazar, lo que les podría llevar, con el tiempo a estados de obesidad. Entre la población masculina, el grupo de riesgo son los hombres con sobrepeso y obesidad que subestiman su peso, lo que podría ocasionar un empeoramiento de su situación respecto al peso. Se corrobora así lo concluido por algunos autores<sup>5</sup> acerca de la conveniencia de aumentar el número de estudios dirigidos a conocer los problemas alimentarios en ambientes universitarios, así como implantar programas de prevención y tratamiento.

## Referencias

1. Raich RM. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Ed Pirámide 2000. Madrid.
2. Baile JI. ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián. Revista de Humanidades del Centro Asociado de la UNED de Tudela 2003, 2.
3. Madrigal-Fritsch H, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Kearney D, Gibney M, Martínez-Hernández JA. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública México* 1999; 41: 479-486.
4. Cruz S, Maganto C. Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada* 2002; 55 (3): 455-473.
5. Sepúlveda AR, León JA, Botella J. Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Clínica y Salud* 2004; 15 (1): 55-74.
6. Montero, I., León, O. Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Healty Psychology* 2007; 7 (3): 847-862.
7. Planas M, Pérez-Potabella C, Virgili N. Valoración del estado nutricional en el adulto. En Tratado de Nutrición Tomo III. Nutrición Humana en el estado de Salud. Gil, A (ed). Acción Médica 2005, Madrid.
8. Rubio MA, Salas-Salvado J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, Blay V, Carraro R, Formiguera X, Foz M, De Pablos P, García-Luna PP, Grieria JL, López de la Torre M, Alfredo Martínez J, Remesar X, Tebar J, Vidal J. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad* 2007; 7-48.
9. Marco JH, Perpiña C, Baños R, Botella C, Borra C, Gallego MJ, Salvador S. La importancia de la imagen corporal en los trastornos alimentarios. 2004. 5º Congreso virtual de Psiquiatría Interpsiquis ([www.psiquiatría.com/interpsiquis2004](http://www.psiquiatría.com/interpsiquis2004)).

10. Garner, D. M. EDI-2. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. TEA Ediciones. Publicaciones de Psicología Aplicada. Serie Menor 1998, 267. Madrid.
11. Corral S, González M, Pereña J, Seisdedos N. Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En "EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual". D.M. Garner (Ed.), TEA ediciones 1998: 69-80. Madrid.
12. Baile JI, Raich RM, Garrido E. Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología* 2003; 19 (2): 187-192.
13. De la Montaña J, López M. Estudio de los hábitos dietéticos de la población universitaria del Campus de Ourense. *Alimentaria* 1996; 71: 71-75.
14. González Carnero, J., De la Montaña, J., Míguez, M. Comparación de la ingesta de nutrientes con las recomendaciones dietéticas en un grupo de universitarios. *Alimentaria* 2002; 334: 21-25.
15. Núñez C, Carvajal A, Turmero E, Moreiras O. Contribución al estudio de la composición corporal de un grupo de mujeres mediante análisis de impedancia bioeléctrica. *Nutrición Hospitalaria* 1994; 9 (4): 262-267.
16. Riba i Sicart M. Estudio de los hábitos alimentarios en población universitaria y sus condicionantes. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona 2002.
17. Gómez JM, Maravall FJ, Gómez N, Soler J. Antropometría y valores de referencia de la composición corporal por bioimpedanciometría en la población adulta de L'Hospitalet de Llobregat. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76 (6): 723-734.
18. Martínez C, Veiga HP, López de Andrés A, Cobo SJ, Carvajal A. Evaluación del estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal. *Nutrición Hospitalaria* 2005; 20 (3): 197-203.
19. Wardle J, Haase AM, Steptoe A. Body image and weight control in young adults: international comparisons in university students from 22 countries. *International Journal of Obesity* 2006; 30: 644-651.
20. Gray DS. Diagnosis and prevalence of obesity. *Medical Clinics of North America* 1989; 73 (1): 1-13.
21. Barbany M, Foz M. Obesidad: concepto, clasificación y diagnóstico. *Anales Sis San Navarra* 2002; 25 (Suppl. 1): 7-16.
22. Cánovas B, Ruperto M, Mendoza E, Koning MA, Martín E, Segurota H, Garriga M, Vázquez C. Concordancia entre la autopercepción corporal y el IMC calculado en una población voluntaria captada el IV Día Nacional de la Persona Obesa. *Nutrición Hospitalaria* 2001; 16 (4): 116-120.
23. Montero P, Morales EM, Carvajal A. Valoración de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo* 2004; 8: 107-116 ([www.didac.ehu.es/antropo](http://www.didac.ehu.es/antropo)).
24. Acosta MV, Gómez G. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2003; 3 (1): 9-21.
25. Osuna-Ramírez I, Hernández-Prado B, Cesar Campuzano J, Salieron J. Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud Pública de México* 2005; 48 (2): 94-103.
26. Davies E, Furnham A. Body satisfaction in adolescent girls. *British Journal of Medical Psychology* 1986; 59: 279-287.
27. Lameiras M, Calado M, Rodríguez Y, Fernández M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology* 2003; 3 (1): 23-33.
28. Herrero M, Conrado M. Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *International Journal Clinical and Health Psychology* 2005; 5 (1): 67-83.
29. Guerra D, Barjau JM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. En Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones. Chinchilla, A. (ed.). Masson. 2003. Barcelona.
30. Gard MCE, Freeman CP. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders* 1996; 20: 1-12.
31. Rivarola MF. La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. Fundamentos en Humanidades. Universidad Nacional de San Luís 2003, Año IV (7/8): 149-161.
32. Bunnell DW, Cooper PJ, Hertz S, Shenker IR. Body image concerns adolescent. *International Journal of Eating Disorders*. 1992; 11: 79-83.
33. Buendía J, Rodríguez M. Anorexia nervosa and body image. Actas del XXV Congreso Interamericano de Psicología 1995. Puerto Rico.
34. Sepúlveda AR, Gandarillas A, Carrobes JA. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. 2004b. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría 2004. INTERSIQUIS 2004. ([www.psiquiatria.com/interpsiquis2004](http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2004)).
35. García-García E, Vázquez-Velázquez V, López-Alvarenga JC, Arcila-Martínez D. Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México* 2003; 45: 206-210.
36. Garner, D.M, Olmstead, M.P. Development and validation of a multidimensional eating disorders inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 1983; 2: 15-34.