

Original

Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta

N. Hernández¹, D. Alves², M. Arroyo² y N. Basabe¹

¹Dpto. Psicología Social. Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco (UPV/EHU). ²Área de Nutrición y Bromatología, Dpto. Farmacia y Ciencias de los Alimentos. Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Vitoria/Gasteiz. España.

Resumen

Objetivo: Explorar la relación entre la satisfacción corporal, las actitudes hacia el cuerpo y hacia la obesidad, la calidad de la dieta y la salud emocional en un grupo de estudiantes universitarias. La hipótesis de partida fue que las actitudes favorables a la delgadez y de miedo a la obesidad inducirían conductas de control de peso y una peor calidad de la dieta.

Métodos: Participaron 55 mujeres de 19-25 años. Se analizó la relación entre índice de masa corporal (IMC), calidad de la dieta (CD), conductas restrictivas, actitudes alimentarias (EDI-2, CIMEC) y hacia la obesidad (AFA). Asimismo se recogieron medidas de salud (SF12) y estado emocional (PNA).

Resultados: El 10,9% de las participantes presentó una dieta “pobre”, el 83,6% “necesita mejorar” y el 5,5% una dieta “buena”. La mayoría estaba insatisfecha con su peso corporal aún cuando su IMC se situaba en parámetros normales. Las conductas restrictivas de control de peso se asociaron a actitudes de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria, pero la CD no discriminó grupos de alto y bajo IMC, ni se relacionó con las actitudes. La insatisfacción corporal y las presiones sobre la imagen corporal fueron más frecuentes cuanto mayor era la ansiedad (afecto negativo). La imagen social idealizada de la delgadez se relacionó con estigmatización de la obesidad, con menor diversidad de la dieta y con más conductas restrictivas.

Conclusión: Los resultados de este estudio piloto contribuyen a esclarecer la asociación entre índices psicológicos y conductuales relacionados con la alimentación en mujeres jóvenes universitarias.

(Nutr Hosp. 2012;27:1148-1155)

DOI:10.3305/nh.2012.27.4.5829

Palabras clave: *Calidad de la dieta. Actitudes. Imagen corporal. Delgadez. Obesidad.*

FROM FEAR OF OBESITY TO THE OBSESSION WITH THINNESS; ATTITUDES AND DIET

Abstract

Objective: Investigate the relationship between body satisfaction, attitudes toward body and obesity, diet quality and emotional health in a group of university students. The initial hypothesis was that attitudes to thinness and fear of obesity induces weight control behaviours and lower diet quality.

Methods: 55 women of 19-25 years. The relationship between body mass index (BMI), diet quality (DQ), restrictive behaviours, eating attitudes (EDI-2, CIMEC) and attitudes toward obesity (AFA) was analyzed. Measures of health (SF-12) and emotional state (PNA) were also collected.

Results: 10.9% of the sample had a diet classified as “poor”, 83.6% “needs improvement” and 5.5% followed a “good” diet. Most of participants were dissatisfied with their weight even when their BMI was located in the normal range. Weight-restrictive behaviors were associated with risk attitudes to eating disorders, but DQ did not discriminate among high and low BMI groups, nor was related to attitudes. The more was the anxiety (negative affect), the more were the body dissatisfaction and pressures on body image. Idealized social image of thinness was linked to the stigmatization of obesity, lower dietary diversity and more restrictive practices.

Conclusion: The results of this pilot study contributes to clarify the relationship between psychological and behavioral indices related to diet in university women students.

(Nutr Hosp. 2012;27:1148-1155)

DOI:10.3305/nh.2012.27.4.5829

Key words: *Diet quality. Attitudes. Body image. Thinness. Obesity.*

Correspondencia: Nerea Hernández.

Dpto. Psicología Social.
Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco (UPV/EHU).
Paseo de la Universidad, 7.
01006 Vitoria/Gasteiz. España.
E-mail: hernandez_nerea@hotmail.com

Recibido: 2-III-2012.

1.ª Revisión: 13-III-2012.

Aceptado: 27-III-2012.

Abreviaturas

AFA: Actitudes hacia la obesidad.

CIMEC: Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal.

CON: Cuestionario de Conductas de Control de Peso.

EDI: Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria.

IC: Insatisfacción Corporal.

ICD: Índice de Calidad de la Dieta.

IMC: Índice de Masa Corporal.

MCS-12: Índice de calidad de vida relacionado con la salud mental.

OD: Obsesión por la Delgadez.

PCS-12: Índice de calidad de vida relacionado con la salud física.

PNA: Escala de Afectividad Positiva y Negativa.

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Introducción

La población universitaria es un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional ya que se caracteriza por saltarse comidas con frecuencia, picar entre horas, preferir la comida rápida y consumir alcohol con frecuencia¹. Diversos autores han destacado que la calidad de su dieta es inadecuada y que siguen dietas desequilibradas e insuficientes^{2,3}. Probablemente estos hábitos dietéticos estén influenciados por la presión social a la que se ven sometidos los jóvenes, y en especial las mujeres. Dicha presión caracterizada por la imposición de un modelo estético de extrema delgadez, contribuye a aumentar la preocupación por el peso corporal y a adoptar conductas que tienen como finalidad perder peso y/o modificar el cuerpo⁴.

Se postula que la internalización del ideal de delgadez promueve directamente la insatisfacción corporal (IC) aumentando las tasas de conductas de control de la dieta y peso⁵. Algunos autores han encontrado asociaciones entre la imagen corporal negativa, el bajo bienestar psicológico (síntomas depresivos, estrés y disminución de la autoestima) y un mayor riesgo de desarrollar trastornos de conducta alimentaria (TCA)⁶.

La imposición de un modelo cultural de delgadez se relaciona con el miedo y el estigma de la obesidad. Así, a las personas estigmatizadas se les vinculan connotaciones negativas como la falta de voluntad y carácter, considerándolas poco atractivas y responsables de su condición de sobrepeso⁷. Además, Cossrow y cols.⁸ comprobaron que las mujeres sufrían más experiencias de discriminación que los hombres (como recibir insultos, ser objeto de desprecios, burlas y otros juicios negativos).

Teniendo en cuenta que la satisfacción corporal influye en los pensamientos, sentimientos y conductas (también sobre las relacionadas con la alimentación)⁹,

el presente estudio pretende explorar la relación entre la satisfacción corporal, las actitudes hacia el cuerpo y hacia la obesidad, la calidad de la dieta, y la salud emocional en un grupo de estudiantes universitarias.

Las hipótesis de partida fueron las siguientes:

– *Hipótesis 1:*

H1a: El grupo de mayor índice de masa corporal (IMC) presentaría mayor insatisfacción corporal y más actitudes y conductas negativas hacia la comida, el peso y el tipo (medidas por EDI y CIMEC).

H1b: Los grupos con valores bajos y altos de IMC presentarían una peor calidad de la dieta.

– *Hipótesis 2.* Como forma de contrastar la validez convergente se postula que las actitudes y conductas negativas hacia la comida, el peso y el tipo (IC y obsesión por la delgadez, OD) se asociarán a una peor calidad de la dieta y a la adopción de conductas restrictivas para controlar el peso.

– *Hipótesis 3:*

H3a: Los síntomas de ansiedad y preocupación (medidos por el Índice de Calidad de Vida relacionado con la salud mental, MCS12) y la afectividad negativa se asociarán a actitudes y conductas negativas hacia la comida, el peso y el tipo (IC y OD), y a mayor influencia de la presión percibida sobre la imagen corporal.

H3b: No se postula relación entre salud física y actitudes hacia el cuerpo, dado que se trabaja con una muestra de estudiantes jóvenes sanos, sin valores de riesgo en salud física.

– *Hipótesis 4.* Las actitudes y conductas negativas hacia la comida, el peso y el tipo (IC y OD), y las presiones sobre la imagen corporal se vincularían al rechazo hacia las personas obesas (Miedo a la obesidad).

Métodos

El presente estudio piloto fue transversal, observacional y analítico, y se llevó a cabo mediante cuestionarios cerrados de auto-informe. En relación a la dirección del estudio fue retrospectivo y de naturaleza cuantitativa. Los estudios de fiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach) de los instrumentos se realizaron en una muestra de 464 estudiantes de la UPV/EHU.

Participantes

Se reclutó una muestra de conveniencia, formada por 55 mujeres estudiantes de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) que participaron voluntariamente. Todas las estudiantes dieron el consentimiento informado. Los datos se codificaron para respetar la confidencialidad. La edad media de la muestra fue de 20,0 ± 1,2 años (de 19 a 25 años).

Análisis antropométrico y satisfacción corporal

Se registraron datos auto-declarados de peso y talla. A partir de estas medidas se calculó el IMC¹⁰. La satisfacción con el peso corporal se estimó a través de la diferencia entre el peso actual y el deseado, asumiendo que valores idénticos y diferentes de peso representaban satisfacción e insatisfacción con el peso, respectivamente¹¹.

Evaluación de la calidad de la dieta

La ingesta dietética se valoró con un cuestionario de frecuencias de consumo de alimentos previamente validado¹². Con estos datos se estimó un ICD basado en el de Bowman y cols.¹³. El ICD incluyó cinco componentes correspondientes al número de raciones para cada uno de los grupos de alimentos (cereales, verduras, frutas, lácteos y alimentos proteicos), así como la diversidad de la dieta (número total de alimentos diferentes que toma un individuo en cantidades suficientes, al menos media ración de un grupo de alimentos). Cada componente recibió una puntuación de 0 a 10, siendo la puntuación máxima de 60 puntos.

Los datos del número de raciones para los grupos de alimentos se compararon con las recomendaciones establecidas en la guía dietética de la pirámide de los alimentos por categorías de edad y sexo¹⁴. Se asignó la puntuación máxima, cuando el valor de las raciones o del número de comidas realizadas igualaba o excedía el valor recomendado. Es decir, si para un grupo de alimentos se recomienda consumir 4 raciones y una persona consumía 2 raciones, se le asignaron 5 puntos y si tomaba 3 raciones 7,5 puntos.

Se adaptaron los criterios de Bowman y cols.¹³ para definir la calidad de la dieta como “buena” (puntuación ICD > 48 puntos), “necesita mejorar” (puntuación entre 30,6 y 48) y “pobre” (puntuación < 30,6 puntos).

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2)

El EDI-2 es un instrumento que evalúa un conjunto de síntomas asociados a los TCA¹⁵. En este estudio se utilizaron dos subescalas del EDI-2: a) la insatisfacción corporal (IC), (p.e.: ítem 02.-“Creo que mi estómago es demasiado grande”) que mide la insatisfacción de la persona con la forma general de su cuerpo o con aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen TCA (estómago, muslos, nalgas, etc.); y b) la obsesión por la delgadez (OD) (p.e.: ítem 25.- “Exagero o doy demasiada importancia al peso”) que hace referencia a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

El formato de respuesta varía de 0 (nunca) hasta 5 (siempre), y se redujo a un rango de 0 a 3 para el cálculo de las puntuaciones de riesgo, de acuerdo al procedimiento recomendado por los autores de este inventa-

rio¹⁵. Los índices alfa de Cronbach para estas subescalas fueron 0,894 y 0,891, respectivamente.

Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC)

Instrumento que evalúa el grado de influencia que ejercen los factores socioculturales en el desarrollo de las actitudes hacia el propio cuerpo¹⁶. Se aplicó su versión reducida de 26 ítems, agrupados en 5 factores: I) preocupación por la imagen corporal (p.e.: ítem 1.- “¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?”); II) influencia de los anuncios (p.e.: ítem 21.- “¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?”); III) influencia de los mensajes verbales (p.e.: ítem 19.- “¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?”); IV) influencia de los modelos sociales (p.e.: ítem 12.- “Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?”); y V) influencia de las situaciones sociales (p.e.: ítem 3.- “Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?”).

El rango de respuesta varía de 0 (nunca) a 2 (siempre) según la validación de la versión española de este cuestionario¹⁶. Los índices alfa fueron: CIMEC_{total} = 0,890; factor I = 0,842; factor II = 0,786; factor III = 0,827; factor IV = 0,433; y factor V = 0,389.

Cuestionario de Salud y Calidad de vida (SF-12)

El SF-12 evalúa la calidad de vida auto-percibida relacionada con la salud en poblaciones adultas. Es un instrumento validado para población española, formado por 12 ítems con una puntuación de 0 (nula salud) a 100 (máxima salud), se consideran puntuaciones de riesgo aquellas iguales o inferiores a 30¹⁷.

Este cuestionario incluye dos componentes: a) salud física (PCS-12) (p.e.: “Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?”); y b) salud mental o emocional (MCS-12) (p.e.: “¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?”). En el estudio las puntuaciones de la salud física oscilaron entre 41,44 y 69,43 (55,16 ± 5,50), lo que indica que se trata de una muestra sin patología física, y las de salud mental entre 9,67 y 56,86 (42,43 ± 11,67).

Cuestionario Conductas de Control de Peso (CON)

Cuestionario que incluye 25 ítems sobre las conductas realizadas con la intención de controlar el peso, a lo largo del último año (p.e.: “Saltarse el desayuno”, “Evitar los alimentos fritos”, “Tomar diuréticos”), con un formato de respuesta de nunca, 1-3 días/mes, 1-3 días/semana y casi todos los días¹⁸. El alfa de Cronbach fue 0,842.

Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PNA)

Esta escala mide la afectividad o estado emocional, es decir, el conjunto de estados emocionales que se han experimentado en el último mes. Incluye dos dimensiones: a) afecto positivo (p.e., satisfecho, alegre); y b) afecto negativo (p.e., preocupación, nerviosismo). Cada una de estas dimensiones consta de 9 ítems. El tipo de respuesta oscila entre 1 (poco o nunca) y 4 (casi siempre). La balanza afectiva se estima restando la puntuación del afecto positivo y el del negativo. Los índices de fiabilidad fueron: 0,856 para el afecto positivo y 0,819 para el afecto negativo¹⁹.

Cuestionario de Actitudes hacia la Obesidad (AFA)

Este cuestionario está formado por 3 dimensiones: a) antipatía, b) miedo a la gordura, y c) voluntad (la obesidad depende de la voluntad de la persona)²⁰. El formato de respuesta es de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). El valor de alfa de Cronbach fue 0,767.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 17.0. Los resultados se presentan en forma de descriptivos: frecuencias, medias y desviaciones estándar (DS). Se aplicó el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnoff-Lilliefors y se utilizaron tests no paramétricos en aquellos casos en los que la distribución no fue normal. Las variables que no seguían distribución normal fueron: OD, CIMEC-II (Influencia de los anuncios), CIMEC-V (Influencia de las situaciones sociales), puntuación del ICD para los lácteos, puntuación del ICD para los alimentos proteicos y puntuación del ICD para la diversidad de la dieta. Las diferencias entre subgrupos se evaluaron mediante ANOVA y la prueba H de Kruskal-Wallis. Además, se calcularon correlaciones lineales mediante los coeficientes de Pearson y Spearman. El nivel de significación estadística que se empleó en todos los casos fue de $p < 0,05$. Las participantes se categorizaron en tertiles

Tabla I
Clasificación según el IMC actual y deseado

IMC	n (%)
IMC actual	
Bajo peso	3 (5,5%)
Normopeso	47 (85,5%)
Sobrepeso	5 (9%)
IMC deseado	
Bajo peso	4 (7,3%)
Normopeso	51 (92,7%)
Sobrepeso	–

IMC: Índice de masa corporal.

según el IMC: T1 (IMC \leq 20,44; n = 19); T2 (IMC entre 20,45-22,04; n = 18); y T3 (IMC \geq 22,05; n = 18); con el objetivo de contar con grupos homogéneos en cuanto a número de participantes para poder comparar los resultados.

Resultados

La mayoría de las participantes presentaron normopeso, según el IMC actual y el deseado (tabla I). No se registró ningún caso con obesidad. Respecto a la satisfacción con el peso corporal, el 14,5% de las participantes estaban satisfechas, mientras que el 85,5% presentaban insatisfacción con su peso. En el grupo de mayor IMC, todas las participantes estaban insatisfechas con su peso. Se observaron diferencias significativas entre los tertiles según el IMC para insatisfacción con el peso corporal, siendo la discrepancia entre el peso actual y deseado mayor para el tercer tercil (7,0 kg, DS = 4,3) (tabla II). Además, dicho grupo presentó mayores puntuaciones para el CIMEC_{total} y el primer factor del mismo, en comparación con el resto de tertiles (tabla III), avalando la hipótesis 1a.

Sobre la calidad de la dieta en la muestra total, las puntuaciones más altas se obtuvieron para el grupo de los alimentos proteicos seguidos de los lácteos (tabla IV). Las menores puntuaciones correspondieron al grupo de las verduras. La puntuación media para el ICD_{total} fue de

Tabla II
Diferencias en la insatisfacción con el peso corporal según el IMC^a

Dato autodeclarado- Dato deseado	Total ^b (n = 55)	a T1 ^b (n = 19)	b T2 ^b (n = 18)	c T3 ^b (n = 18)	F (p)	Eta ²
Peso (kg)	3,7 (4,1)	0,6 ^{bc} (2,1)	3,5 ^{ac} (2,7)	7,0 ^{ab} (4,3)	19,011 (0,000)	0,422
IMC (kg/m ²)	1,3 (1,5)	0,2 ^{bc} (0,9)	1,3 ^{ac} (1,0)	2,6 ^{ab} (1,5)	19,940 (0,000)	0,434

^aContraste para comparaciones múltiples Bonferroni; ^bMedia (DS); T1: IMC \leq 20,44; T2: 20,45 \leq IMC \leq 22,04; T3: IMC \geq 22,05. Las letras indican que las puntuaciones son significativamente diferentes entre las casillas correspondientes que se especifican (a, b, c).

Tabla III
Diferencias en actitudes (EDI-2 y CIMEC) según el IMC

	Total ¹ (n = 55)	a T1 ¹ (n = 19)	b T2 ¹ (n = 18)	c T3 ¹ (n = 18)	F (p)	Eta ¹
<i>EDI-2</i>						
Insatisfacción corporal	7,7 (6,0)	4,8 (5,2)	5,8 (4,4)	12,6 ^{ab} (5,5)	12,86 (0,000)	0,331
Obsesión por la delgadez	5,0 (4,8)	3,6 (4,3)	4,3 (4,4)	7,0 (5,1)	2,72 (0,07)	0,095
<i>CIMEC</i>						
CIMEC-I	5,7 (3,7)	4,1 (3,9)	4,9 (2,7)	8,2 ^{ab} (3,3)	8,005 (0,001)	0,235
CIMEC _{total}	15,6 (8,4)	13,5 (9,7)	14,1 (5,6)	19,5 ^{ab} (8,3)*	3,11 (0,05)	0,107

Contraste para comparaciones múltiples *DMS y Bonferroni; ¹Media (DS); CIMEC-I: Preocupación con la imagen corporal; T1: IMC ≤ 20,44; T2: 20,45 ≤ IMC ≤ 22,04; T3: IMC ≥ 22,05. Las letras indican que las puntuaciones son significativamente diferentes entre las casillas correspondientes que se especifican (a, b, c).

Tabla IV
Diferencias en la calidad de la dieta y en las conductas de control de peso según el IMC

	Total ¹ (n = 55)	a T1 ¹ (n = 19)	b T2 ¹ (n = 18)	c T3 ¹ (n = 18)	F (p)	Eta ¹
<i>ICD</i>						
<i>Grupos de alimentos</i>						
Cereales	3,8 (1,6)	3,3^c (1,0)	3,7 (1,4)	4,5^a (2,1)	3,23 (0,05)	0,111
Verduras	3,2 (1,5)	2,8 (1,6)	3,3 (1,6)	3,6 (1,3)	1,27 (0,29)	0,046
Frutas	5,6 (3,3)	4,7 (2,7)	6,2 (3,6)	5,8 (3,7)	0,99 (0,38)	0,037
Lácteos	8,9 (2,0)	8,8 (2,3)	9,3 (1,9)	9,4 (1,5)	2,53 (0,09)	0,089
Alimentos proteicos	9,0 (1,4)	9,0 (1,5)	9,1 (1,2)	9,0 (1,5)	0,17 (0,84)	0,007
Diversidad	8,2 (2,3)	7,9 (2,3)	7,7 (2,7)	9,0 (1,7)	1,51 (0,23)	0,055
ICD _{total}	38,7 (7,3)	35,7 (7,4)	39,2 (7,0)	41,2 (6,7)	2,88 (0,07)	0,100
<i>Conductas de control de peso</i>	0,8 (0,4)	0,6 ^c (0,4)	0,8 (0,4)	1,0 ^a (0,3)	5,32 (0,008)	0,170

¹Media (DS); ICD: Índice de Calidad de la dieta; T1: IMC ≤ 20,44; T2: 20,45 ≤ IMC ≤ 22,04; T3: IMC ≥ 22,05. Las letras indican que las puntuaciones son significativamente diferentes entre las casillas correspondientes que se especifican (a, b, c).

38,7 (DS = 7,3). En base a dicha puntuación, el 10,9% de la muestra presentó una dieta “pobre”, el 83,6% fue clasificada como “necesita mejorar” y el 5,5% seguía una dieta “buena”.

No se encontraron diferencias significativas para la puntuación del ICD_{total} entre los tertiles según IMC, lo que rechaza la hipótesis 1b. Las únicas diferencias estadísticamente significativas entre tertiles, fueron para el grupo de los cereales (p = 0,05) y las conductas de control de peso (p = 0,008). Así, el grupo T3 consu-

mía más cereales y llevaba a cabo más conductas de control de peso que el grupo T1.

Se registraron correlaciones positivas entre la puntuación para el grupo de las verduras y la obsesión por la delgadez (subescala del EDI-2) (r = 0,373; p < 0,01). Asimismo, la diversidad de la dieta correlacionó negativamente con la obsesión por la delgadez (r = -0,301; p < 0,01) y con el factor IV (r = -0,297; p < 0,01) y V del CIMEC (r = -0,304; p < 0,01). No se encontraron asociaciones significativas entre el ICD_{total} y las actitudes

Tabla V
Correlaciones entre EDI-2, CIMEC, IMC, insatisfacción con el peso corporal, CON, PNA, SF-12 y AFA

	EDI-2		CIMEC					Total
	IC	OD	I	II	III	IV	V	
IMC (kg/m ²)	0,576**	0,345**	0,143	0,068	0,013	0,042	0,253	0,406**
Insatisfacción con el peso corporal	0,578**	0,479**	0,553**	0,206	0,031	0,103	0,148	0,364**
PNA positivo	-0,151	-0,150	-0,121	-0,079	0,079	-0,173	-0,220	-0,128
PNA negativo	0,301*	0,276*	0,341*	0,241	-0,027	0,393**	0,519**	0,375**
PNA balanza	-0,263	-0,248	-0,270*	-0,187	0,061	-0,330*	-0,431**	-0,294*
PCS (SF-12, salud física)	0,065	0,055	0,113	0,133	0,154	0,178	0,017	0,165
MCS (SF-12, salud mental)	-0,095	-0,215	-0,331*	-0,241	-0,106	-0,484**	-0,342*	-0,392**
AFA Antipatía	0,012	-0,060	0,151	0,161	-0,081	0,156	0,263	0,171
AFA Miedo	0,599**	0,746**	0,712**	0,491**	0,175	0,462**	0,308*	0,653**
AFA Voluntad	-0,053	0,265	0,226	0,355**	0,230	0,206	0,130	0,327*

IC: Insatisfacción corporal; OD: Obsesión por la delgadez; Factor I: Preocupación imagen corporal; II: Influencia de los anuncios; III: Influencia de los mensajes verbales; IV: Influencia de los modelos sociales; V: Influencia de las situaciones sociales; IMC: Índice de Masa Corporal; Insatisfacción con el peso corporal: Discrepancia entre peso declarado y deseado; PNA: Escala de afectividad positiva y negativa; AFA: Actitudes hacia la obesidad. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

hacia el cuerpo y la alimentación (EDI-2 y CIMEC). Sin embargo, demostrando la validez convergente, se obtuvieron correlaciones positivas y significativas entre las conductas de control de peso y las subescalas del EDI-2, CIMEC_{total} y los factores I, II y III (*Hipótesis 2*).

Se obtuvo correlación negativa entre “Saltarse el desayuno” y la puntuación total del ICD ($r = -0,273$; $P < 0,05$). No se registraron correlaciones significativas entre el ICD_{total} y las variables que representan las conductas de “Saltarse la comida, la merienda y la cena”.

En la tabla V se describen las correlaciones entre las subescalas del EDI, del CIMEC, el IMC, la escala de afectividad positiva y negativa (PNA), la salud física y mental (SF12) y las actitudes hacia la obesidad (AFA). Tanto el IMC, como la discrepancia entre peso actual y deseado, mostraron correlaciones significativas con las dos subescalas del EDI-2 y el CIMEC_{total}. Así, un mayor IMC se asoció a niveles más elevados de IC, mayor OD y mayor influencia de los factores socioculturales sobre la imagen corporal.

Las correlaciones entre salud, estado emocional y actitudes indicaron que a mayores afectos negativos, mayor era la IC y la OD. Los resultados siguieron la misma dirección en relación a la asociación con el CIMEC_{total} los factores I, IV y V. A mayor afecto negativo, mayor preocupación por la imagen corporal, así como mayor influencia de los modelos y las situaciones sociales.

Además, la salud mental fue menor cuanto mayores eran las puntuaciones para el EDI-2 y el CIMEC, siendo significativas las correlaciones con el CIMEC_{total} y los factores I, IV y V. Esto significa que cuanto mayor era la preocupación por la imagen corporal y la influencia de los modelos y situaciones sociales, las participantes presentaban una peor salud mental. La salud física no se asoció de forma significativa con las puntuaciones del EDI-2 y del CIMEC. Estas asociaciones apoyan la *hipótesis 3*.

Al analizar las actitudes hacia la obesidad (AFA), se encontraron correlaciones positivas y significativas

entre el miedo a la obesidad, la IC, la OD y el CIMEC (excepto para el factor III). De modo que mayores puntuaciones en estas escalas se asociaron a mayor miedo a la obesidad, lo que confirma la *hipótesis 4*. Por otro lado, la dimensión de voluntad del cuestionario AFA se correlacionó con el CIMEC_{total} y el factor II. No se encontraron asociaciones significativas con la dimensión antipatía del cuestionario AFA.

Discusión

El objetivo de este estudio consistió en analizar la relación entre la satisfacción corporal, las actitudes hacia el cuerpo y hacia la obesidad, la calidad de la dieta, y la salud emocional en estudiantes universitarias. Se utilizaron datos autodeclarados porque, tal y como han constatado otros autores, los coeficientes de correlación entre peso y talla auto-declarados y los datos reales son muy elevados en población universitaria de adultos jóvenes²¹.

Los resultados reflejaron la presencia de insatisfacción con el peso corporal en las participantes en general, y en especial en el segundo y tercer tercil, a pesar de que la mayoría se clasificó como normopeso. Navia y cols.²² también observaron en universitarios que a mayor IMC declaraban un mayor deseo de perder peso. Esto puede deberse a que los jóvenes actualmente manifiestan su afinidad hacia una determinada estética corporal (ideal de delgadez) impuesta por la sociedad contemporánea.

Con relación a las subescalas del EDI (IC y OD), las puntuaciones obtenidas en la muestra total fueron de 7,7 y 5,0, respectivamente, valores semejantes a los descritos por Fernández y cols.²³ Respecto a la subescala OD, Bernárdez y cols.²⁴ obtuvieron puntuaciones más bajas (2,79 \pm 3,60). En este trabajo, las puntuaciones medias de las subescalas del EDI se duplicaron entre el T2 y T3 de IMC, es decir, a mayor IMC aumentaba la IC y la OD, en concordancia con el estudio comentado²⁴. La puntuación obtenida en el CIMEC-I (Preocupación por la imagen

corporal) fue similar a la descrita por Mancilla-Díaz y cols.²⁵, que obtuvieron un dato de $5,67 \pm 0,19$ en una muestra de mujeres jóvenes españolas.

Con respecto al ICD, la mayoría de las estudiantes que participaron en este trabajo presentaron una dieta clasificada como “necesita mejorar” (83,6%), resultado corroborado por Izaga y cols.²⁶. Los resultados muestran una asociación directa entre la puntuación asignada al consumo de cereales y el IMC. Otros autores también han encontrado asociación entre el consumo de cereales refinados y el IMC, pero la relación fue inversa frente al consumo bruto de cereales²⁷. Estas discrepancias pueden deberse a diferencias metodológicas, socioculturales y/o geográficas.

Por otro lado, se observó que las participantes con $IMC \leq 20,44$ (T1) e $IMC \geq 22,05$ (T3) presentaban diferencias en sus conductas de control de peso, siendo estas más frecuentes en el T3. Estos datos apoyan lo descrito por Unikel y cols.²⁸, quienes detectaron en personas con mayor IMC una tendencia a presentar más conductas de riesgo alimentarias, como son la práctica de dietas y ayunos.

El consumo de verduras presentó una correlación positiva con la subescala OD de modo que las estudiantes más obsesionadas con la delgadez consumían más verduras. Esto puede deberse al hecho de que el consumo de este grupo de alimentos se asocia a la pérdida de peso. Además, Lowry y cols.²⁹, concluyeron que las mujeres estudiantes aumentaban el consumo de verduras para perder peso o evitar ganarlo.

La variedad de la dieta resultó ser menor en aquellas personas que presentaban más OD y más presiones sociales, por lo que es probable que la interiorización de los valores culturales que promueven la delgadez, desencadenen insatisfacción corporal y conduzcan a realizar dietas restrictivas y monótonas. Así, Levine y cols.³⁰ concluyeron que un mayor consumo de revistas de moda se asociaba a mayor insatisfacción con la imagen corporal y al desarrollo de alteraciones alimentarias. Lo que sugiere que las jóvenes obsesionadas con la delgadez hacen dietas que proponen una disminución en la cantidad y la variedad de los alimentos consumidos.

La conducta de control de peso “Saltarse el desayuno” resultó ser un factor predictor de la calidad de la dieta, así las participantes que se saltaban el desayuno presentaban puntuaciones más bajas en el ICD. El desayuno se considera una de las ingestas más importantes del día, el aporte energético de esta comida debería permitir un adecuado rendimiento físico e intelectual. Sin embargo, muchos autores refieren que es una de las ingestas que se omite con mayor frecuencia o se realiza de manera insuficiente y que constituye un destacable indicador de una dieta poco equilibrada y saludable¹⁹.

Las participantes que adoptaban más conductas de control de peso, también presentaron una mayor preocupación por la delgadez y sufrían una mayor influencia de los mensajes verbales y de los anuncios. Según García-Abarca y cols.³¹, las mujeres estudiantes, están motivadas a seguir dietas por el deseo de tener un cuerpo más del-

gado o bien por seguir la moda promovida por los medios de comunicación, adquiriendo hábitos de alimentación poco saludables. Otros autores han observado que las estudiantes con mayor IMC presentan niveles más elevados de IC, OD y de influencia de los factores socioculturales³², al igual que lo encontrado en este estudio.

En general, se constató que la ansiedad, medida por el afecto negativo, estaba unida a fuertes presiones sobre la imagen corporal, esto muestra que las personas que perciben fuertes presiones sobre la comida o su imagen, en situaciones de interacción con otros, sienten alta ansiedad y preocupación (afecto negativo). Así, las presiones sobre la imagen corporal y la preocupación por la misma se relacionan con el estrés y la ansiedad y, por tanto, con el manejo de las situaciones que producen incertidumbre, miedo e inseguridad, mientras que no tienen relación con la dimensión de integración social (afecto positivo). Según Heywood y cols.³³, el afecto negativo actúa como mediador del vínculo entre la insatisfacción corporal y la dieta restrictiva.

Por otro lado, en concordancia con lo descrito por Grandmontagne y cols.³⁴, un menor bienestar psicológico (o menor salud mental) se asoció a una mayor influencia sociocultural de los modelos estéticos (CIMEC).

Respecto a las actitudes hacia los obesos, la subescala de Miedo se asoció a la IC y a la OD, tal y como fue descrito por Pepper y cols.³⁵. Las personas que se comparan en gran medida con los modelos de la televisión muestran mayor rechazo (miedo) hacia la obesidad. Lo que puede considerarse un ejemplo de la influencia que ejercen sobre las personas los medios de comunicación, así como el vínculo entre una mayor influencia de las presiones sociales (CIMEC total) y la consideración de que los obesos son enteramente responsables de su situación (AFA-Voluntad). Esta visión concuerda con los mensajes transmitidos desde distintos medios de comunicación, los cuales hacen especial hincapié en que se puede controlar el aspecto físico si uno se esfuerza lo suficiente.

En conclusión, los resultados sugieren que la insatisfacción con el peso corporal fue predominante en las participantes de este estudio, siendo más frecuente en las mujeres de mayor peso (incluso cuando su IMC estaba en parámetros normales). Las conductas restrictivas de control del peso, fueron relacionadas con las actitudes de riesgo hacia el cuerpo y la alimentación. Los componentes emocionales negativos, principalmente el estrés y la ansiedad, podrían considerarse tanto una consecuencia de las presiones sociales sobre la imagen corporal, una imagen ideal difícil de lograr, como un antecedente, de modo que las personas ansiógenas serían también más vulnerables a las presiones sociales hacia la delgadez. Por último, las actitudes y conductas negativas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (EDI), y las presiones interiorizadas sobre la imagen corporal (CIMEC) se vincularon al rechazo hacia las personas obesas específicamente al “Miedo a la obesidad”.

El presente estudio piloto analizó la relación entre diversos parámetros psicosociales y la calidad de la dieta, aportando una visión general sobre la influencia

de las actitudes hacia el cuerpo, hacia la obesidad y las presiones socio-culturales de los modelos de belleza sobre las conductas vinculadas al deseo de perder peso. Una de las limitaciones de este estudio es el reducido tamaño muestral, lo que puede limitar la validez externa de los resultados, como por ejemplo las diferencias encontradas en la calidad de la dieta según el IMC, y también su relación con las actitudes y la influencia de los factores socioculturales en el desarrollo de los TCA. Por ello, estos datos deberían comprobarse en muestras más amplias. Así y todo este estudio contribuye a esclarecer la relación entre índices psicosociales y conductuales como la calidad de la dieta, temas poco explorados en población universitaria.

Referencias

- Costa LC, Vasconcelos FA, Peres KG. Influence of biological, psychological factors on abnormal eating attitudes among female university students in Brazil. *J Health Popul Nutr* 2010; 28 (2): 173-81.
- Vargas-Zárate M, Becerra-Bulla F, Prieto-Suárez E. Evaluating university student's dietary intake in Bogotá, Colombia. *Rev Saude Publ (Bogotá)* 2010; 12: 116-25.
- Satalic Z, Baric IC, Keser I. Diet quality in Croatian university students: energy, macronutrients and micronutrient intakes according to gender. *Int J Food Sci Nutr* 2007; 58: 398-410.
- Bernárdez MM, Fernández MC, Miguelez JM, Rodríguez MG, Carnero JG. Diferencias en la autopercepción de la imagen corporal mediante la estimación del peso en universitarios de distintos ámbitos de conocimiento. *ANS* 2009; 16 (2): 54-9.
- Homan K. Athletic-ideal and thing-ideal internalization as prospective predictors of body dissatisfaction, dieting, and compulsive exercise. *Body Image* 2010; 7: 240-45.
- Swami V, Begum S, Petrides KV. Associations between trait emotional intelligence, actual-ideal weight discrepancy, and positive body image. *Pers Individ Differ* 2009; 49: 485-89.
- Maganto C, Cruz S. TSA, Test de siluetas para adolescentes. Madrid: TEA; 2008.
- Cossrow NHF, Jeffery RW, Maguire MT. Understanding weight Stigmatization: A focus Group study. *JNE* 2001; 33: 208-14.
- Bernárdez MM, Mígueles JDM, Carnero JG, Rodríguez MG. Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutri Hosp* 2011; 26 (3): 472-79.
- World Health Organization (WHO). Report of WHO consultation: Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva, 2000.
- Mendes Soares de Araújo DS, Gil Soares de Araújo C. Self-perception and dissatisfaction with weight does not depend on the frequency of physical activity. *Arq Bras Cardiol* 2003; 80 (3): 243-49.
- Rodríguez T, Ballart JF, Pastor GC, Jorda EB, Val V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutri Hosp* 2008; 23 (3): 242-52.
- Bowman SA, Lino M, Gerritor SA, Basiotis PP: The Healthy Eating Index: 1994-96. US Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion. 1998. CNPP-5
- Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices. Washington, DC: US Dep. of Agriculture, Human Nutrition Information Service; 1992. Home and Garden Bulletin No.252.
- Garner, DM. EDI2 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: TEA ediciones; 1998.
- Toro, J; Salamero, M; Martínez, E. Cuestionario de influencias del modelo estético corporal. CIMEC 40 y CIMEC 26. En Gutiérrez T, et al. (eds). Instrumentos de evaluación en psicología de la salud. Madrid: Alianza; 1994.
- Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, Santed R, Valderas JM, Ribera A, Domingo-Salvany A, Alonso J. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos [The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments]. *Gaceta Sanitaria* 2008; 19 (2): 135-50.
- Saldaña C, Bach L, Tomás I, García E. Evaluación de las conductas de control del peso: Un estudio piloto. *J Health Psychol* 1998; 10 (1): 97-114.
- Echebarría A, Páez D. Emociones: perspectivas psicosociales. Madrid: Editorial fundamentos; 1989: 473-503.
- Crandall, CS. Prejudice against Fat people ideology and self interest. *J Pers Soc Psychol* 1994; 66 (5): 882-94.
- Liparotti JR, Accioly H, Chaves EM, Validez del índice de masa corporal autodeclarado en universitarios españoles. *Aten Primaria* 2007; 39 (5): 273-4.
- Navia B, Ortega RM, Requejo AM, Mena MC, Perea JM, López-Sobaler. Influence of the desire to lose weight on food habits, and knowledge of the characteristics of a balanced diet, in a group of Madrid university students. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57 (1): 90-3.
- Fernández ML, Otero MC, Castro YR, Prieto MF. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Int J Clin Hlth Psyc* 2003; 3 (1): 23-33.
- Bernárdez MM, Míguelez JD, Carnero JG, Rodríguez MG. Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutri Hosp* 2011; 26 (3): 472-79.
- Mancilla-Díaz JM, Lameiras-Fernández M, Vázquez-Arévalo R, Alvarez-Rayón G, Franco paredes K; López-Aguilar X, Tellez-Girón MT. Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2010; 1 (1): 36-47.
- Izaga MA, Pablo AMR, Alday LA, Apalauza EP, Beti IS, Ochoa ER. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en Estudiantes universitarios. *Nutri Hosp* 2006; 21 (6): 673-79.
- Gaesser GA. Carbohydrate Quantity and Quality in Relation to Body Mass Index. *J Am Diet Assoc* 2007; 107: 1768-80.
- Unikel C, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2002; 25 (2): 49-57.
- Lowry R; Galuska DA; Fulton JE; Wechsler H; Kann L; Collins JL. Physical Activity, Food Choice, and Weight Management Goals and Practices Among U.S. College Students. *Am J Prev Med* 2000; 18 (1): 18-27.
- Levine MP, Murnen SK, Smith J, Groez LM. Meta-analytic examination of studies of the correlation between negative body image disordered eating and extent of exposure to mass media. Ponencia presentada en la international Conference of Eating Disorders; 2006; Barcelona. España; 2006.
- García-Abarca A, Sánchez-Sánchez M, Rillo AG, Valdés-Ramos R. Asociación entre los medios masivos de comunicación y la utilización de dietas y productos para reducción de peso en mujeres estudiantes de la escuela normal de Atlacomulco, estado de México, de marzo a abril de 2004. *Interpsiquis* 2005:1-7.
- Saucedo TM, Peña AI, Fernández LTC, García AR, Jiménez REB. Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del instituto de Ciencias de la Salud. *Rev Med UV* 2010:16-23.
- Heywood S, McCabe MP. Negative affect as a mediator between body dissatisfaction and extreme weight loss and muscle gain behaviors. *J health Psychol* 2006; 11 (6): 833-44.
- Grandmontagne AG, Frenández AR, García SR. Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis* 2004; 25 (4): 141-51.
- Pepper AC, Ruiz SY. Acculturation's Influence on Antifat Attitudes, Body Image and eating Behaviors. *Eating Disorders* 2009; 15 (5): 427-47.