

Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios

Relation of the body mass index, weight perception and variables related to eating disorder in university students

Castejón Martínez, M^a Ángeles¹; Berengüí Gil, Rosendo²; Garcés de los Fayos Ruiz, Enrique J.³

1. Grado de Educación, Universidad Católica de Murcia, España.
2. Grados de Educación y Psicología, Universidad Católica de Murcia, España.
3. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, España.

Recibido: 15/septiembre/2015. Aceptado: 5/noviembre/2015.

RESUMEN

Introducción: Existen diferentes factores que pueden determinar el origen de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Podemos destacar entre ellos presentar un elevado Índice de Masa Corporal (IMC) y una percepción distorsionada del propio peso, ya que ambos pueden conducir a la insatisfacción corporal y a la realización de conductas nocivas de alto riesgo.

Objetivo: Analizar la relación entre el IMC, la percepción de peso y determinados factores psicológicos de los TCA, en estudiantes universitarios.

Métodos: Participaron 248 estudiantes universitarios, con una edad media de 23,43 años. El 10,1% presenta algún tipo de delgadez o bajo peso, y el 17,9% muestran sobrepeso. Se empleó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3), un cuestionario ad hoc de percepción de peso y se obtuvo el IMC.

Resultados: Se registran correlaciones significativas de signo positivo entre el IMC y obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal en mujeres, sujetos

con sobrepeso y quienes consideran deben perder peso. Existen diferencias significativas entre los sujetos con sobrepeso y las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia, perfeccionismo y ascetismo. Los sujetos con deseo de perder peso presentan mayor obsesión por la delgadez, la bulimia, la insatisfacción corporal y la baja autoestima.

Conclusiones: Un mayor IMC se relaciona con una mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, factores de riesgo de TCA, mostrando los sujetos mayor preocupación por el cuerpo, las dietas y miedo a engordar, además de descontento con la forma de su cuerpo. Estas características también son definitorias de sujetos con sobrepeso y quienes afirman su necesidad por perder peso.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la conducta alimentaria, índice de masa corporal, percepción de peso, insatisfacción corporal, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Introduction: There are many factors that can influence the origin of eating disorders. We would like to highlight a high Body Mass Index (BMI) and a distorted

Correspondencia:
M^a Ángeles Castejón Martínez
macastejon@ucam.edu

weight perception, These as both can induce lead to body dissatisfaction and high risk conducts.

Objective: To analyze the relationship between body mass index, weight perception and certain psychological factors of eating disorders in college students.

Methods: 248 students took part, with an average age of 23.43 years. 10.1% of the sample had low weight and 17.9% was overweight. The Inventory of Eating Disorders (EDI-3) and a questionnaire on weight perception were used and the body mass index was obtained.

Results: There are significant positive correlations between the BMI, the obsession for being thin and body dissatisfaction in women, as well as between overweight participants and those who consider they should lose weight. Besides, there are significant differences in overweight participants regarding obsession for being thin, body dissatisfaction, bulimia, perfectionism and ascetism. The participants that wish to lose weight show a higher obsession for being thin, bulimia, body dissatisfaction and low self-esteem.

Conclusions: A higher body mass index is related to a more significant obsession for being thin, body dissatisfaction and eating disorder risk factors. These students are more worried about their body, dieting and fear of getting fat, they are also dissatisfied with their body shape. These characteristics also define overweight respondents and those that confirm their need to lose weight.

KEYWORDS

Eating disorders, body mass index, weight perception, body dissatisfaction, college students.

ABREVIATURAS

IMC: Índice de Masa Corporal.

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria.

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Quinta edición.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades.

INTRODUCCIÓN

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas éstas vinculadas a la ingestión de alimentos¹. En la ac-

tualidad los hábitos y modelos alimentarios han provocado un importante impacto en el vínculo cuerpo-alimentación y en los valores estéticos corporales, lo cual ha estimulado la obsesión por un bajo peso y la tendencia a querer alcanzar una figura delgada idealizada, lo que conlleva, en algunos casos, el desarrollo de conductas de riesgo, favoreciendo de esta forma el surgimiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA en adelante)².

Los TCA son enfermedades graves marcadas por alteraciones en el comportamiento, con rasgos psicopatológicos, relacionadas con el acto de comer, con la imagen corporal y con el desarrollo de la identidad, siendo afecciones estrechamente ligadas a la idolatría por la delgadez que afectan principalmente a mujeres adolescentes³. Hasta el momento los TCA más comunes eran la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y el Trastornos Alimentarios No Especificados, pero tras la publicación de la Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)⁴, se han producido cambios que afectan a la clasificación de los TCA lo cual se ha traducido en una reducción de la frecuencia de los Trastornos Alimentarios No Especificados, debido a la disminución del umbral para el diagnóstico de AN y BN; y a la adición del Trastorno por Atracón como un diagnóstico específico⁵. En relación a su etiología, muchas investigaciones coinciden en aportar un origen multidimensional o multicausal, así las principales explicaciones giran alrededor de una serie de factores genéticos, biológicos y psicosociales, como presiones sociales o fuerzas culturales⁶, y destacando elementos como la preocupación por la figura y el seguimiento de dietas de adelgazamiento, entre otros muchos, como importantes conductas de riesgo⁷.

Por tanto, son muchos los factores en el origen de los TCA, y entre ellos una alteración de la imagen corporal o insatisfacción corporal se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes a las distorsiones en la percepción del tamaño corporal, estableciéndose como un criterio diagnóstico de TCA en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)⁴, y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)⁸. Por esta razón, uno de los ejes centrales en relación al estudio de los TCA ha sido la distorsión de la imagen corporal.

La imagen corporal se define como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física formada por tres componentes, el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual⁹. Una inadecuada percep-

ción o la alteración de la imagen corporal supone un desequilibrio o perturbación en sus componentes¹⁰, y tiene una participación causal en los TCA, aspecto alarmante que se inicia en la adolescencia, pero que sigue considerándose un factor de riesgo en la adultez. Precisamente la insatisfacción con el propio cuerpo y el peso propicia la aparición de conductas de control de peso como son el seguimiento de dietas alimentarias¹¹.

Por tanto la insatisfacción corporal, entendida como la discrepancia entre la imagen corporal autopercebida y la imagen corporal ideal, es un constructo complejo que engloba percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos referentes al propio cuerpo¹². Su aparición, se asocia con consecuencias psicosociales negativas que pueden ser precursoras de desajustes psicológicos, como la angustia emocional, comportamientos de evitación a la comida o purgativos relacionados con trastornos de la conducta alimentaria, depresión e incluso ideación suicida¹³.

La investigación epidemiológica actual sobre TCA no solamente se dirige hacia el estudio de los cuadros clínicos, sino también a los comportamientos alimentarios desajustados y variables cognitivas asociadas en relación a la percepción de la imagen corporal para determinar los factores de riesgo y detectar a los sujetos más vulnerables¹¹.

Existe unanimidad en señalar la importancia de factores socioculturales relacionados con la cultura de la delgadez, además de factores biológicos relacionados con el índice de masa corporal (IMC en adelante). El IMC es un indicador del estado nutricional y calculado a partir del peso corporal en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros ($IMC = \text{peso (Kg)} / \text{altura}^2$), siendo uno de los indicadores más estudiados como factor de riesgo ligado a los TCA¹⁴. En relación al IMC, diferentes estudios muestran que al incrementarse su valor, aumenta la distancia entre la figura real y la "ideal", y en la mayoría de los casos crece la insatisfacción corporal. Por ello esta variable es considerada un buen predictor de riesgo para los TCA, hipótesis que ha sido objeto de diferentes trabajos¹⁵, en los cuales se le ha relacionado con algunos otros factores asociados a estos padecimientos, como las conductas alimentarias de riesgo¹⁶, e influencia socio-cultural. En la misma línea, diversas investigaciones sugieren que los individuos con extrema delgadez, con anorexia nerviosa o con bulimia nerviosa, presentan cierto grado de insatisfacción corporal y de la imagen corporal personal distorsionada¹⁷.

Del mismo modo siguiendo otras investigaciones, podemos afirmar que los sujetos cuyo IMC se sitúa por encima de la normalidad además de ser los que mayor riesgo tienen de desarrollar TCA, son los que más han interiorizado el modelo estético de la delgadez y están más insatisfechos con su imagen corporal¹⁸.

En otro estudio, llevado a cabo con estudiantes universitarios de la universidad de Navarra, se afirma que las mujeres a diferencia de los hombres presentan mayor distorsión en su percepción de la imagen corporal y tienden más a sobreestimar su IMC, a pesar de que son los hombres quienes tienen un mayor IMC y peso corporal y muestran una tendencia a subestimar su IMC. Por otro lado, se concluye que la percepción de la imagen corporal se ve influenciada por el grado de sobrepeso/obesidad, y son los estudiantes con sobrepeso/obesidad quienes tienden a subestimar su IMC y los estudiantes con normopeso y bajo peso sobreestiman su IMC¹⁹.

Diferentes investigaciones muestran que más del 60% de los estudiantes universitarios se perciben de forma errónea, sobreestimando su IMC, y que más de la mitad de los estudiantes tienen un juicio valorativo distorsionado de su IMC, siendo los varones los que muestran una percepción corporal más real, mientras que las mujeres tienden a sobreestimar su IMC²⁰.

OBJETIVO

Por todo ello, el objetivo de este estudio es analizar la relación entre el IMC, la percepción de peso y determinados factores psicológicos de los TCA, en estudiantes universitarios.

MÉTODO

Muestra

Los participantes fueron 248 estudiantes universitarios no diagnosticados de TCA previamente al estudio, 140 mujeres (56,5%) y 108 hombres (43,5%), con una edad media de 23,43 años (DT=3,98), y un rango de edades entre los 19 y 39 años. La muestra está conformada por estudiantes pertenecientes a universidades públicas, como privadas de la Comunidad Autónoma de Murcia, matriculados en los grados de Educación, Psicología y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

Del total, 25 sujetos (10,1%) presentan algún tipo de delgadez o bajo peso (23 mujeres y 2 hombres), mientras 42 (17,9%) muestran un IMC que los sitúa en al-

guno de los grupos de sobrepeso (13 mujeres y 29 hombres). Entre los sujetos con bajo peso, 8 (32,0%) señalan insatisfacción con su peso, frente a 17 (68,0%) que indican satisfacción. Las proporciones son muy diferentes entre quienes presentan sobrepeso, ya que hasta 42 (89,4%) afirman insatisfacción.

Tabla 1. Estado nutricional de los sujetos según clasificación de la Organización Mundial de la Salud

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	Total N (%)
Delgadez moderada	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,4)
Delgadez leve	22 (8,9)	2 (0,8)	24 (9,7)
Normal	104 (41,9)	77 (31,1)	181 (73,0)
Preobeso	10 (4,0)	27 (10,9)	37 (14,9)
Obesidad leve	0 (0,0)	2 (0,8)	2 (0,8)
Obesidad media	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (0,8)
Obesidad mórbida	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,4)
Total: N (%)	140 (56,5%)	108 (43,5%)	248 (100%)

Para un apropiado análisis, se realizan varias clasificaciones de la muestra. Por una parte, se divide en sujetos con bajo peso (n=25), peso normal (n=181) y sobrepeso (n=42). Además se realiza una agrupación de los participantes según su percepción de peso: acuerdo o satisfacción con su peso (n=61), sujetos que consideran la necesidad de perder peso (n=135) y aquellos que desea más o ganar peso (n=52).

Instrumentos

Se emplea el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3) de Garner²¹, en su adaptación española²². El instrumento está compuesto por 91 ítems distribuidos en 12 escalas principales y seis índices que se obtienen sumando las puntuaciones T de dos o más escalas. Tres de las escalas principales (Obsesión por la delgadez (DT), Bulimia (B) e Insatisfacción corporal (BD)) se denominan escalas de riesgo de TCA, y varias investigaciones han demostrado que puntuaciones altas en estas escalas indican en el sujeto un mayor riesgo de desarrollar un TCA. Las nueve escalas restantes (Baja Autoestima (LSE), Alienación Personal (PA), Inseguridad Interpersonal (II), Desconfianza Inter-

personal (IA), Déficit Introceptivos (ID), Desajuste Emocional (ED), Perfeccionismo (P), Ascetismo (A) y Miedo a la Madurez (MF)) evalúan constructos psicológicos que son conceptualmente relevantes en el desarrollo y mantenimiento de los TCA. El EDI-3 también introduce tres agrupaciones de ítems que proporcionan información adicional respecto a algunas áreas específicas de interés²².

Por otra parte, el EDI-3 proporciona seis Índices que adicionan los totales de diversas escalas y llevan la suma a puntuación T. Estos índices permiten obtener el perfil clínico de los pacientes: Riesgo de Trastorno Alimentario (reúne los ítems de las tres escalas de riesgo), Ineficacia, Problemas Interpersonales, Problemas Afectivos, Exceso de Control y Desajuste Psicológico General (reúne los ítems no incluidos en el índice de riesgo, es decir los de las nueve escalas de características psicológicas)²².

El inventario cuenta, además, con una "Forma de Referencia" conformada por los 25 ítems correspondientes a las escalas de riesgo diseñadas para evaluar, junto con información adicional, riesgo de trastorno alimentario.

El EDI-3 incluye, a su vez, tres escalas de validez que permiten detectar patrones de respuesta inconsistentes o extraños²².

Cada ítem se responde mediante escala tipo Likert, con seis opciones de respuesta (nunca=0, casi nunca=1, a veces=2, a menudo=3, casi siempre=4 y siempre=5). En relación con la estabilidad, Garner¹⁹ obtiene coeficientes excelentes en población clínica adolescente y adulta (r=.98 para el Índice de Riesgo de Trastorno Alimentario) en estabilidad test-retest. Además, las escalas muestran coeficientes de consistencia interna adecuados tanto para la muestra clínica (entre $\alpha = .74$ y $\alpha = .96$), como para la muestra no clínica (entre $\alpha = .46$ y $\alpha = .95$). También se hallaron evidencias de validez de constructo y criterio.

También se administra un cuestionario *ad hoc* mediante el cual se obtiene información relativa a datos sociodemográficos y percepción de la imagen corporal. Se anotó su peso actual, altura, peso deseado aproximado, y se preguntó sobre su percepción de peso, concretamente se realizó la siguiente pregunta: "Teniendo en cuenta mi altura, constitución de mi cuerpo y mi edad, creo que: 1. Tengo el peso adecuado, 2. Necesito perder peso, 3. Necesito ganar peso".

El IMC se empleó para evaluar el estado nutricional de los sujetos, ya que constituye un indicador antropométrico de fácil aplicación y bajo costo, resultando de gran valor para informar sobre la forma en que la masa del individuo se distribuye por unidad de área corporal de manera precisa y exacta²³.

Procedimiento

Se contactó con los responsables de las titulaciones objeto de estudio, con el fin de explicar los objetivos del trabajo y solicitar permiso para la recogida de datos. Una vez obtenido el visto bueno, se procedió a contactar con los diferentes profesores que impartían clase en los cursos y aulas seleccionados, con el fin de solicitar su colaboración para la aplicación de las pruebas. El muestreo fue de tipo no aleatorio y por conveniencia. Los cuestionarios fueron contestados de forma, anónima y colectivamente en el aula, tras la explicación a los participantes de los objetivos del estudio, la relevancia de su participación, y el trato confidencial que recibirían los datos obtenidos. La participación de los estudiantes era voluntaria, pudiendo desistir en cualquier momento y no existiendo ningún tipo de compensación por su participación. Para poder cumplimentar los cuestionarios fue condición necesaria que los estudiantes firmaran un consentimiento de participación en el estudio. Los investigadores estuvieron presentes durante la aplicación de las pruebas, supervisando la correcta cumplimentación de los datos y resolviendo las posibles dudas que pudieran surgir.

Análisis de datos

Se emplearon métodos estadísticos estándar para el cálculo de las medias y la desviación estándar (DE). Se realizó un análisis de correlación (coeficiente de Pearson) para observar las pautas de variación común entre las puntuaciones en las escalas psicológicas y el IMC en los diferentes grupos. Para examinar las diferencias en escalas del EDI-3 entre mujeres y hombres, y entre grupos de bajo y alto peso en escalas del EDI-3 según el IMC, se realiza la prueba t de Student para muestras independientes, y para conocer el tamaño o magnitud de las diferencias encontradas se calculó el tamaño del efecto (d) de Cohen. Para analizar las diferencias entre grupos en las escalas psicológicas en función de la percepción de peso se utilizó el análisis de varianza (ANOVA), y comparaciones post-hoc (Scheffé). En todo caso se consideró un nivel de significación estadística del 5% ($p \leq 0,05$). Para este análisis estadístico

se empleó el paquete informático SPSS para windows (versión 19.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EEUU).

RESULTADOS

Los resultados del análisis de correlaciones entre las escalas psicológicas del EDI-3 y el IMC de los diferentes grupos se presentan en la Tabla 2. Si bien son encontradas numerosas correlaciones estadísticamente significativas, destacan por su magnitud moderada las correlaciones entre el IMC de mujeres, sujetos con sobrepeso y quienes desean menos peso con las escalas Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal. Por otro lado, las correlaciones son de signo negativo entre el IMC de sujetos con bajo peso y las escalas Baja autoestima y Miedo a la madurez.

Respecto a las diferencias entre grupos, existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos en varias escalas, concretamente, los promedios de las mujeres son superiores en Obsesión por la delgadez ($t_{245,994} = 3,077$; $p = 0,002$; $d = 0,399$) e Insatisfacción corporal ($t_{246} = 3,462$; $p = 0,001$; $d = 0,431$), mientras las medias de los hombres son más elevadas en Desajuste emocional ($t_{213,401} = -2,755$; $p = 0,006$; $d = 0,357$), Perfeccionismo ($t_{191,815} = -2,182$; $p = 0,030$; $d = 0,288$) y Ascetismo ($t_{246} = -2,348$; $p = 0,020$; $d = 0,301$).

El análisis comparativo entre grupos de peso según su IMC y acuerdo con su peso (ver Tabla 3) mostró diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 57,43$; $p < 0,001$). Profundizando en este análisis, señalar que entre quienes están de acuerdo con poseer un peso adecuado, el 52,5% son mujeres y el 47,5% hombres, pero sin embargo entre quienes perciben la necesidad de perder peso ($n = 135$) un 64,4% son mujeres frente a un 35,6% de hombres, y quienes perciben necesidad de ganar peso, el 40,4% son mujeres y el 59,6% hombres, existiendo diferencias significativas ($p < 0,01$).

Ante la gran diferencia de sujetos en cada grupo, se realiza únicamente una comparación entre grupos de bajo peso y sobrepeso. Son encontradas diferencias significativas de gran magnitud en Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal, y de magnitud moderada en Bulimia, Perfeccionismo y Ascetismo (ver Tabla 4). En todas ellas los promedios son superiores en el grupo de sobrepeso.

Según la percepción de peso de los participantes en el estudio (Tabla 5), son halladas diferencias estadísticamente significativas en Obsesión por la delgadez ($p < 0,001$), Bulimia ($p < 0,05$) e Insatisfacción corporal

Tabla 2. Correlaciones entre el Índice de Masa Corporal (IMC) según grupos y escalas del Eating Disorder Inventory (EDI-3).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	IMC								
Obsesión por la delgadez	0,370**	0,596**	0,308**	-0,084	0,190*	0,550**	<0,001	0,561**	0,299**
Bulimia	0,184**	0,224**	0,151	-0,200	0,059	0,276	0,092	0,103	0,200
Insatisfacción corporal	0,365**	0,525**	0,303**	-0,375	0,122	0,582**	0,048	0,389**	-0,081
Baja autoestima	0,121	0,215*	0,018	-0,535**	-0,020	0,487*	-0,004	0,109	-0,001
Alienación personal	0,135*	0,217*	-0,030	-0,314	0,021	0,327*	0,089	0,060	0,210
Inseguridad interpersonal	0,017	-0,002	-0,003	<0,001	-0,099	0,187	-0,026	-0,017	0,040
Des. interpersonal	-0,004	0,016	-0,103	0,057	-0,053	-0,109	0,122	-0,122	0,181
Déficits introceptivos	, 0060	0,026	0,089	-0,256	0,004	0,084	-0,010	-0,037	0,206
Desajuste emocional	0,072	0,070	-0,039	-0,067	0,076	0,009	0,054	0,018	0,114
Perfeccionismo	0,175**	0,235**	0,040	-0,340	0,065	0,220	0,257*	0,119	0,273
Ascetismo	0,199**	0,294**	-0,012	-0,240	0,100	0,343*	0,302*	0,113	0,288*
Miedo a la madurez	0,011	0,015	-0,011	-0,439*	-0,014	0,065	-0,028	-0,049	0,025

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; 1: Muestra total (n=248); 2: Mujeres (n=140), 3: Hombres (n=108); 4: Bajo peso (n=25); 5: Peso normal (n=181); 6: Sobrepeso (n=42); 7: Acuerdo con su peso (n=61); 8: Necesita perder peso (n=135); 9: Necesita ganar peso (n=52).

Tabla 3. Percepción de peso según grupos de Índice de Masa Corporal (IMC).

	Bajo peso n (%)	Peso normal n (%)	Sobrepeso n (%)	Total N (%)
Acuerdo con peso	8 (3,2)	50 (20,2)	3 (1,2)	61 (24,6)
Necesita perder peso	1 (0,4)	96 (38,7)	38 (15,3)	135 (54,4)
Necesita ganar peso	16 (6,5)	35 (14,1)	1 (0,4)	52 (21,0)
Total	25 (10,1%)	181 (73,0%)	42 (16,9)	248 (100%)

($p < 0,001$) del grupo que considera necesitar perder peso respecto a los otros dos, de acuerdo y el de deseo de más peso. En Baja autoestima ($p < 0,001$) las comparaciones post-hoc muestran diferencias entre el grupo de menos peso y de acuerdo ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio ha sido examinar la relación entre el IMC, la percepción de peso y factores psicológicos de los TCA. Los resultados del presente estudio aportan muchos datos que confirman conclusiones y planteamientos de la investigación previa. De los di-

ferentes análisis destaca el fundamental papel de diferentes variables, especialmente el ejercido por Obsesión por la delgadez e Insatisfacción corporal, ambas escalas de riesgo de TCA. Son obtenidas correlaciones significativas entre el IMC de mujeres, sujetos con sobrepeso, y quienes perciben la necesidad de perder peso, con ambas escalas. Además los participantes con bajo peso y sobrepeso presentan diferencias de gran magnitud en las mismas, así como puntuaciones significativamente superiores en ambas de aquellos sujetos que consideran deben perder peso, frente a quienes consideran poseer un peso adecuado o consideran deben ganar peso.

Tabla 4. Diferencias de medias en escalas del Eating Disorder Inventory (EDI-3) entre grupos de bajo y alto peso según Índice de Masa Corporal (IMC).

	Bajo Peso (n=25)	Sobrepeso (n=42)	t	p	d
	M (DT)	M (DT)			
Obsesión por la delgadez	2,68 (3,91)	11,00 (7,945)	-5,721	<0,001.	1,218
Bulimia	1,96 (2,354)	4,64 (6,024)	-2,575	0.013	0,530
Insatisfacción corporal	7,60 (6,390)	15,81 (10,818)	-3,905	0.009	0,859
Baja autoestima	3,36 (3,246)	3,95 (4,596)	-,553	0.582	0,140
Alienación personal	3,08 (2,798)	4,76 (4,242)	-1,765	0.082	0,439
Inseguridad interpersonal	5,28 (4,449)	5,83 (4,632)	-,480	0.633	0,118
Desconfianza interpersonal	5,04 (3,878)	5,86 (4,735)	-,729	0.469	0,182
Déficits introceptivos	4,40 (3,582)	6,00 (5,468)	-1,304	0.197	0,324
Desajuste emocional	3,56 (4,204)	4,67 (5,173)	-,906	0.369	0,226
Perfeccionismo	4,96 (2,715)	7,79 (5,154)	-2,934	0.005	0,658
Ascetismo	2,68 (2,428)	5,50 (4,186)	-3,490	0.001	0,765
Miedo a la madurez	11,40 (4,082)	11,40 (6,274)	-,003	0,997	<0,001

Tabla 5. Diferencias de medias en escalas del Eating Disorder Inventory (EDI-3) según grupos de percepción de peso.

	Peso adecuado (n=61)	Necesita menos peso (n=135)	Necesita más peso (n=52)	F
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	
Obsesión por la delgadez	4,48 (4,526)	11,17 (7,449)	2,98 (3,084)	45,729**
Bulimia	2,51 (3,360)	4,47 (5,654)	2,46 (3,461)	5,303**
Insatisfacción corporal	4,98 (5,581)	14,34 (8,795)	6,54 (6,105)	40,395**
Baja autoestima	2,08 (3,504)	3,75 (3,998)	3,10 (3,483)	4,112*
Alienación personal	3,57 (3,500)	4,81 (4,114)	3,77 (3,974)	2,657
Inseguridad interpersonal	4,54 (4,300)	5,96 (5,067)	5,87 (5,088)	1,860
Desconfianza interpersonal	5,18 (4,064)	5,90 (4,526)	5,27 (3,515)	0,793
Déficits introceptivos	5,28 (5,426)	6,31 (5,789)	4,27 (4,078)	2,870
Desajuste emocional	3,75 (4,512)	4,64 (4,448)	3,81 (4,325)	1,070
Perfeccionismo	6,93 (4,230)	7,23 (4,415)	6,48 (3,998)	0,582
Ascetismo	5,03 (3,568)	5,29 (4,079)	3,94 (4,531)	2,083
Miedo a la madurez	9,11 (5,000)	10,37 (5,397)	10,47 (5,357)	2,165

Nota: *p <0,05; **p <0,01.

La escala de obsesión por la delgadez del EDI-3 integra preguntas que evalúan el deseo de estar más delgado, preocupaciones por la alimentación y por el peso, y el miedo a engordar. Es un elemento central asociado al inicio y mantenimiento de los síntomas de los TCA en muestras clínicas, ya demás altas puntuaciones en la misma constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de síntomas en muestras no clínicas^{21,22}. Por su parte, la insatisfacción corporal expresa el descontento con la forma del cuerpo y el tamaño de determinadas partes del mismo, y se caracteriza por la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales²⁴. Las personas insatisfechas con su cuerpo muestran una tendencia a ocultarlo, someterse a dietas y ejercicio excesivo, y evitar situaciones sociales en donde puedan ser objeto de la mirada de otros²⁵. De igual modo debemos destacar la tercera escala de riesgo de TCA del EDI-3, la escala Bulimia, o tendencia a sufrir atracones o ataques incontrolados de ingesta de comida, y a pensar en ellos²². Si bien en nuestro estudio no existe una importante correlación entre las puntuaciones en bulimia y el IMC, encontramos diferencias entre los grupos de sobrepeso y de bajo peso, y de los participantes que consideran necesitar perder peso respecto a quienes están de acuerdo o desean más peso. Altas puntuaciones en bulimia describen a personas con tendencia a los atracones, y con comportamientos como ingerir gran cantidad de comida a escondidas y en respuesta a estados emocionales desagradables²².

El culto a la excesiva delgadez, desgraciadamente extendido en las sociedades industrializadas, ha ocasionado cambios drásticos en la forma de percibir el cuerpo y la figura, generando patrones de pensamiento distorsionados y desadaptativos. Por ello, la presión por alcanzar esa delgadez, y las dificultades por alcanzarla, promueven la insatisfacción con el propio cuerpo y esquemas anormales de percepción. En estudios previos se ha remarcado la importancia de la alteración de percepción de la imagen corporal como un síntoma precoz para la detección de TCA, como la anorexia y la bulimia²⁶.

Los resultados asimismo muestran diferencias en la escala baja autoestima entre quienes consideran necesitar menos peso y el grupo que afirma poseer un peso adecuado, así como una correlación significativa entre dicha escala y el IMC de sujetos con sobrepeso. Usualmente ha sido propuesta una estrecha y firme relación de la insatisfacción corporal con una autoestima baja²⁷, pudiendo la insatisfacción con el propio cuerpo y el peso predecir cambios en la autoestima, siendo un

claro factor de riesgo para el desarrollo de los TCA. Por ello es razonable que los individuos con sobrepeso muestren ese descontento en mayor grado, puesto que niveles inferiores de estima personal suelen estar ligados a sentimientos de inseguridad, insuficiencia, ineficacia, ausencia de valía personal, déficits de autonomía, y problemas en las relaciones con los demás^{22,28}.

En cuanto al IMC ha sido probado en diferentes estudios como un importante indicador en la predicción de la insatisfacción corporal, ya que al aumentar su valor aumenta la distancia entre la figura real y la ideal, y en consecuencia el descontento con el propio cuerpo. Esto sucede en especial en sujetos con sobrepeso u obesidad, teniendo así mayor probabilidad para el desarrollo de alteraciones en sus hábitos alimentarios y riesgo de TCA²⁹. También determinadas investigaciones señalan que, en adolescentes y universitarios, a mayor IMC se presenta un mayor deseo de perder peso³⁰. En nuestro estudio el 35,1% de las mujeres y el 19,35% de hombres señalan su necesidad de perder peso. Encontramos muy diferentes datos al respecto, ya que se obtienen porcentajes respecto a ese deseo de menos peso que oscilan en mujeres entre el 73,4% de las participantes³¹ hasta el 44%, y en hombres desde el 52,8% al 17%³².

Tradicionalmente los adolescentes y adultos jóvenes, en especial mujeres, han sido los grupos poblacionales con un mayor riesgo de desarrollar un TCA. En este caso debemos destacar los firmes resultados obtenidos en el caso de las mujeres, siendo el grupo más vulnerable a presentar alteraciones de la imagen corporal y TCA. Entre los resultados se observa como entre los sujetos que consideran la necesidad de perder peso el 64,4% son mujeres, quienes presentan además diferencias significativas respecto a los hombres en las dos escalas de riesgo de TCA citadas, obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, y en ambas presentan una correlación mayor con su IMC. Normalmente las mujeres presentan más distorsión que los hombres a la hora de percibir correctamente su cuerpo, tanto subestimación como sobreestimación de su peso³³, además de mayor insatisfacción con su peso e imagen corporal³⁴. Por ejemplo, en el estudio de Montero, Morales y Carvajal³⁵ las mujeres con valores de IMC real correspondientes a normo peso y sobrepeso se vieron más gruesas de lo que eran en realidad, mientras que las obesas se autopercebían más delgadas. Por el contrario, los hombres con normopeso y los obesos se autopercebieron más delgados, mientras que aquellos con sobrepeso se clasificaron correctamente.

CONCLUSIONES

Se considera que teniendo en cuenta los resultados hallados, el estudio tiene relevancia científica, pudiendo concluir que un mayor IMC en mujeres, sujetos con sobrepeso y aquellos que desean menos peso, se relaciona con una mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, ambos índices de riesgo de TCA, mostrando por tanto esos sujetos mayor preocupación por el cuerpo, las dietas y miedo a engordar, además de descontento con la forma de su cuerpo.

Además existen también diferencias de gran magnitud en obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal entre sujetos con sobrepeso respecto a los participantes con bajo peso, y de magnitud moderada en bulimia, perfeccionismo y ascetismo. Respecto a la percepción de peso, quienes afirmaron la necesidad de perder peso registraron diferencias en obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal y baja autoestima.

Las principales aportaciones de este estudio son el haber obtenido datos de una muestra de varones, puesto que existen escasas investigaciones que incluyan datos a este respecto, así como la incorporación de la evaluación de la percepción del peso como variable relevante en para el desarrollo de una TCA.

Es preciso llevar a cabo investigaciones con un número mayor de participantes, entre los cuales se incluya una mayor cantidad de varones con el objetivo de obtener tamaños de efecto adecuados y así poder generalizar los resultados a la población.

BIBLIOGRAFÍA

- Lora-Cortez CI, Saucedo TJ. Conductas de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Ment*, 2006; 29(3):60-7.
- Saucedo-Molina T, Unikel C. Validity of a multidimensional questionnaire to measure risk factors associated to eating disorders in Mexican pubescents. *Rev Chil Nutr*, 2012; 37 (1): 60-9.
- Mandich CC, Castrillón FD, Navarro JA, Troncoso AG, Astudillo RB, Meza MA. Speeches in anorexia and bulimia nervosa: a qualitative study about the disorder experiencing. *Rev Mex de Trastor Aliment*, 2014; 5 (2): 70-9.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
- López CC, Raimann TX, Gaete MV. Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico. *Rev Med Clin Condes*, 2015; 26(1), 24-33.
- Hewstone M, Fincham FD, Foster J. *Psychology*. Oxford: BPS Blackwell.2005.
- Raich RM. *Imagen Corporal. Conocer y Valorar el Propio Cuerpo*. Madrid: Pirámide.2000.
- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10*. Ginebra: OMS. 1994.
- Rodríguez-Camacho, DF, Alvis-Gome, KM. Overview of the body image and its implications in sport. *Rev Fac Med*, 2015; 63(2), 279-287.
- Thompson JK. *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*. New York: Pergamon Press. 1990.
- Castro YR, Otero MC, Prieto MF, Fernández ML. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Int J Clin Health Psychol*, 2003; 3(1): 23-33.
- Cash TF, Pruzinsky T. *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: Guilford Press. 2002.
- Bully P, Elosua P, López-Jáuregui A. Insatisfacción corporal en la adolescencia: Evolución en una década. *Anal Psychol*, 2012; 28(1): 196-202.
- Sámano R, Zelonka R, Martínez-Rojano H, Sánchez-Jiménez B, Ramírez C, Ovando G. Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. *Arch Latinoam Nutr*, 2012; 62(2): 145-54.
- Saucedo-Molina T, Pérez-Mitré GC. Modelo predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc*, 2005; 32(2): 67-74.
- 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 Ment*, 2002; 25(2): 49-57.
- Casillas M, Montañón N, Reyes V, Barcardí M, Jiménez A. A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Rev Biomed*, 2006; 7(4): 243-49.
- Ruiz NS, Fernández BM, Ontoso IA, Mozó IS, Armayor NC, de Mendoza Cantón JH, Grima FG (2015). Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Rev Nutr Hosp*, 2015; 31(05): 2269-2275.
- Míguez M, De la Montaña J, Isasi MC, González M, González J. Evaluación de la distorsión de la imagen corporal en universitarios en relación a sus conocimientos de salud. *Nutr Clin Diet Hosp* 2009;29(2):15-23.
- Saucedo-Molina T, Cortés JZ, Villalón L, Irecta AP, Hernández RL. Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en estudiantes universitarios hidalgüenses. *Psicología y Salud*, 2015; 25(2), 243-251.
- Garner DM. *Eating Disorder Inventory-3 Professional manual*. Odessa:PsychologicalAssessmentResources. 2004.
- Elosua P, López-Jáuregui A, Sánchez-Sánchez F. *Adaptación española del EatingDisorder Inventory-3. Normalización y validación*. Madrid: TEA. 2010.

23. Monterrey P, Porrata C. Procedimiento gráfico para la evaluación del estado nutricional de los adultos según el índice de masa corporal. *Rev Cubana Aliment Nutric*, 2001; 15(1):62-67.
24. Sepúlveda AR, Botella J, León JA. La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: Un meta-análisis. *Psicothema*, 2001; 13(1): 7-16.
25. Espina A, Ortego MA, Ochoa I, Yenes F, Alemán A. La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 2001; 13(4):533-38.
26. Lara RC, García JJ, Zúñiga M, Parra JJ. La autopercepción corporal y el IMC como indicadores del estado nutricional de estudiantes universitarios. *Nutr Clín Diet Hosp*, 2012; 32(2):86-91.
27. Rutzstein G, Scappatura ML, Murawski B. Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Rev Mex de Trastor Aliment*, 2014; 5 (1): 39-49.
28. Levine P. Loneliness and eating disorders. *J Psychol*, 2012; 146: 245-57.
29. Jones DC. Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Dev Psychol*, 2004; 40: 823-35.
30. Hernández N, Alves D, Arroyo M, Basabe N. Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutr Hosp*, 2012; 27(4):1148-55.
31. Loureiro V, Domínguez M, Gestal JJ. Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. *An Psiquiatr*, 1996; 12: 242-47.
32. Bellisle F, Monneuse MO, Steptoe A, Wardle J. Weight concerns and eating patterns: A survey of university students in Europe. *Int J Obesity*, 1995; 19: 723-30.
33. Durán S, Díaz V, Record J, Cordón K, Encina C, Araya M. Diferencias entre índice de masa corporal real y el percibido en mujeres universitarias de Chile, Panamá y Guatemala. *Nutr Clín Diet Hosp*, 2014; 34(2):29-36.
34. Vaquero R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PA. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr Hosp*, 2013; 28(1): 27-35.
35. Montero P, Morales EM, Carvajal A. Valoración de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 2004; 8: 107-16.