
“Actitudes Alimentarias y Satisfacción con la Imagen Corporal en Mujeres Universitarias”

Eating Attitudes and Satisfaction with Body Image in Female College Students

Investigadores: Diana Galeano¹, Christian Krauch²

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología”
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”³

Resumen

El propósito de esta investigación fue comparar actitudes alimentarias y satisfacción con la propia imagen corporal en mujeres universitarias de carreras afines y no afines a la salud. Los participantes fueron estudiantes mujeres de una universidad privada y la muestra fue intencionada estratificada. Se utilizó un diseño no experimental de dos grupos independientes. Se utilizaron el Eating Attitude Test-26 (EAT-26), el Body Shape Questionnaire (BSQ), y el Test de Siluetas como instrumentos. También se obtuvo el Índice de Masa Corporal de las participantes. Para el análisis de datos se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS (Statistical Package For Social Sciences) versión 11.5.1. para Windows. En este se realizaron análisis descriptivos e inferenciales de correlación y comparación de los datos obtenidos. Los resultados mostraron que no existen diferencias significativas en las actitudes alimentarias y la satisfacción con la imagen corporal en los dos grupos comparados.

Palabras claves: Actitudes alimentarias, imagen corporal, estudiantes universitarias.

Abstract

The purpose of this study was to compare eating attitudes and satisfaction with body image in female college students according if they were health majors or not. The sample was intentional and stratified. The Eating Attitude Test 26 (EAT 26), The Body Shape Questionnaire (BSQ) and the Contour Drawing Rating Scale were used as instruments. The women's Body Mass Index was also obtained. The design was non experimental with two groups; data analysis is statistical, descriptive and inferential. Results show no significant differences in eating attitudes and satisfaction with body image between the two compared groups.

Keywords: Eating attitudes, body image, female college students.

¹Correspondencia puede ser remitida a di-galeano@hotmail.com Lic. Diana Ma. Galeano Núñez. Psicóloga Clínica. Socia C.A.F Centro de Asistencia Familiar. Asunción, Paraguay

²Correspondencia puede ser remitida a krauchbiss@gmail.com Lic. Christian A. Krauch Biss. Psicólogo Clínico. Enfoque Familiar Sistémico. Socio Fundador C.A.F, Centro de Asistencia Familiar. Asunción, Paraguay.

³Correspondencia puede ser remitida editor@psicoeureka.com.py Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología, Universidad Católica de Asunción-Paraguay

La imagen corporal es la representación mental del cuerpo, que se va gestando en la niñez, pero es en el periodo de la adolescencia donde resulta trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo. La imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima, sobre todo en la adolescencia. La distorsión de la imagen corporal es un criterio diagnóstico para los trastornos alimentarios. Las personas con trastornos alimentarios perciben su cuerpo o ciertas partes de él, más grandes, voluminosas o incluso de manera desproporcionadas de lo que realmente son. (Herscovici, 2004).

Al estudiar la relación entre la aparición de un trastorno alimentario, la preocupación excesiva y la insatisfacción por el propio peso y tamaño corporal, se ve que la sobreestimación del tamaño del cuerpo no es privativa de la anorexia nerviosa ni de la bulimia sino que se observa también en sujetos sanos, y está influenciada por factores independientes de la sintomatología del trastorno alimentario, como ser el género, el estado de ánimo, la autoestima, etc. El temor a engordar se manifiesta aún en personas que no sobreestiman el tamaño de su cuerpo, oscureciendo así la relación entre ambos. (Herscovici, 1995)

La preocupación por el peso en la población femenina no debe valorarse como un trastorno de la imagen corporal, puesto que en la cultura occidental se favorece que la mujer se sienta incómoda con su talla, lo cual provoca el desarrollo de una imagen corporal desacreditada en un porcentaje muy elevado de mujeres. (Espina, Ortego, Ochoa, Yenes, Alemán, 2001)

Lo que lleva a realizar esta investigación es el darse cuenta que hoy en día es casi imposible no conocer a alguien que haya sufrido o sufra un trastorno alimentario, ya sea en el círculo de amigos o compañeros. Y si no

han sufrido un trastorno en sí porque no cumplen con criterios diagnósticos, quien más quien menos, conoce una persona que cuenta las calorías de lo que consume diariamente o lee detenida y automáticamente cada una de las etiquetas de los alimentos que va a consumir para no consumir alguna caloría de más. Independientemente de un trastorno alimentario, lo que llama la atención es esa forma de estar pendiente de lo que se come o se deja de comer, esa preocupación con respecto a los hábitos alimentarios, y esa insatisfacción con la propia imagen corporal que suelen sentir las mujeres cada vez que se miran en el espejo sin importar cuán delgadas puedan estar.

Esta investigación no se propone estudiar aquellas personas que ya están diagnosticadas con un trastorno alimentario, sino a aquellas que no necesariamente tienen un problema en este momento, pero pueden llegar a tenerlo en el futuro. Lo que más importa a los realizadores de la investigación es conocer si hay diferencias en las actitudes ante los hábitos alimentarios y satisfacción con la propia imagen corporal entre aquellas mujeres siguiendo carreras afines a la salud con aquellas que siguen otras carreras, porque independientemente de la carrera que estudien, aparentemente, todas se ven afectadas por las mismas exigencias del medio. Al elegir los grupos para comparar según las participantes sean de carreras afines a la salud o no, los autores quisieron trabajar con una parte de la población que podría en algún momento formar parte de un equipo que trabaje en el tratamiento de una persona con trastornos de la alimentación o bien que sean parte de equipos que se ocupen de programas de prevención sobre tan importante tema.

Estado del Conocimiento

Luego de una búsqueda en diferentes universidades de la ciudad de

Asunción de trabajos o investigaciones que sean relevantes para ésta, no se ha encontrado alguna que pueda ser tomada como referencia por lo que se han tomado en cuenta investigaciones halladas por Internet que fueron publicadas en revistas de Psicología o en revistas científicas en sus versiones on-line.

El término anorexia aparece en más de 10.300.000 páginas en Internet (Google), la palabra Bulimia se cita en 6.730.000 sitios; Trastornos de la conducta alimentaria es mencionada en 581000 páginas, Problemas de alimentación en 1.620.000 y Moda y trastornos de la conducta alimentaria en 95000. Los términos imagen corporal y actitudes alimentarias se mencionan en 2200 páginas de Internet.

Se han realizado numerosas investigaciones relacionadas al tema de la imagen corporal y la alimentación y su incidencia en los trastornos. Es un ejemplo la investigación titulada “La Imagen Corporal En Adolescentes Mujeres: Su Valor Predictivo En Trastornos Alimentarios”, realizada en el año 2003 en Argentina, por Rivarola, donde se evaluó la relación entre trastornos alimentarios y la insatisfacción de la imagen corporal. En esta investigación se analizó una muestra de mujeres argentinas sin diagnóstico médico de trastornos alimentarios y se aplicaron los cuestionarios EDI-2 y BSQ. La muestra quedó conformada por dos grupos: 12 a 14 años y 18 a 20 años. El análisis de los resultados mostró una correlación positiva entre la insatisfacción con la imagen corporal y aspectos de los trastornos alimentarios, no encontrándose diferencias entre ambos grupos. Los resultados obtenidos indican el valor predictivo de la insatisfacción con la imagen corporal en relación a la presencia de alteraciones alimentarias.

La investigación titulada Evaluación de las actitudes alimentarias

y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes realizada por Merino Madrid, Pombo y Godás Otero de la Universidad de Santiago de Compostela en España utiliza La Escala de Actitudes Alimentarias (EAT-40) y un cuestionario de Imagen Corporal que fueron administrados a un grupo de 220 adolescentes de la provincia de La Coruña. Los sujetos que se autopercebían obesos, aquellos que se habían sometido a dietas restrictivas en algún momento de sus vidas para adelgazar y concretamente, a dietas frecuentes, obtuvieron puntuaciones superiores en la escala de conductas alimentarias.

Una investigación realizada por Ferrando Ballester, de Gracia, Patiño, Suñol y Ferrer en el 2002 en la ciudad de Girona, demostró que un 16,3% de las mujeres adolescentes de una muestra no clínica presentan riesgo potencial de Trastornos alimentarios, un 9% de las mujeres adolescentes presenta una extrema preocupación por su figura y peso, mientras que el 13,1% mostraba una preocupación moderada. Las mujeres adolescentes que manifiestan una mayor sintomatología propia de los trastornos de la alimentación, también presentan asociada una mayor insatisfacción y preocupación con la imagen corporal.

La investigación titulada “Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios” realizada por Lameiras Fernández, y otros en España, en el año 2003, ha sido un fundamental antecedente para esta investigación. Demuestra que hay una mayor preocupación de las mujeres por el peso y la imagen corporal, siendo ellas quienes en mayor medida recurren a las dietas para conseguir el peso ideal. En esta investigación se entrevista a 482 estudiantes universitarios/as a los que se les aplica el Eating Disorders Inventory (EDI) y un cuestionario sobre comportamientos alimentarios e imagen

corporal. Los resultados muestran la mayor preocupación de las mujeres por el peso y la imagen corporal, siendo ellas además las que en mayor medida recurren a las dietas para alcanzar el peso ideal.

Otro parámetro que demuestra el interés por el tema de alimentación e imagen corporal es el creciente desarrollo de instrumentos evaluadores de factores de riesgo o de actitudes alimentarias y la percepción de la imagen corporal; por ejemplo, el Eating Attitudes Test (EAT) cuyo objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas, el Eating Disorder Inventory (EDI) para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, Bulimia Test – Revised (BULIT-R) para detectar en la población general quién o cuáles son los riesgos para presentar bulimia. El Body Shape Questionnaire (BSQ) permite obtener datos sobre la insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja autoestima por la apariencia y deseo de perder peso, entre otros. Valga la aclaración de que ninguno de los tests hasta ahora realizados y que son utilizados en la actualidad sirven para hacer un diagnóstico de trastornos alimentarios; la mayoría determina factores de riesgo y preocupaciones en cuanto a los hábitos alimentarios.

Una investigación realizada por Sánchez y otros, titulada “Actitud alimentaria anómala y su relación con la imagen corporal en una muestra urbana de adolescentes valencianos” mostró que la prevalencia de riesgo de sufrir un trastorno de la alimentación, fue del 19,8% en las mujeres (n=197) y la distorsión de la imagen corporal fue significativamente superior en las mujeres con sobrepeso objetivo, las que se auto-valoraban con problemas de peso, las que deseaban estar más delgadas y las que hacían dieta.

Una última investigación que a los autores les gustaría mencionar es una investigación realizada en Valparaíso, Chile, en la que se administró el Test de Actitudes Alimentarias y el Test de Imagen Corporal y se realizó medición de peso y talla para la obtención del Índice de Masa Corporal. Los resultados mostraron que el porcentaje de alumnos en riesgo de desarrollar alguna patología alimentaria en la muestra total fue de 12%, de un 23% para las mujeres y 2% para los varones y se detectó un alto porcentaje de insatisfacción corporal en la muestra total (65%); sin embargo, éste fue significativamente mayor en los alumnos que presentaron riesgo, ya que casi en su totalidad desearían ser más delgados.

Con respecto al tratamiento de los trastornos de la alimentación, según Cecile Herscovici (1995) el tratamiento de los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia deben ser multidimensionales e interdisciplinarios. En una encuesta realizada para una Tesis de Licenciatura de la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción (Aquino y Arza, 2005) se menciona que el 80% de los encuestados; médicos, psicólogos y nutricionistas (profesionales de la salud) manifiesta estar de acuerdo con el enfoque interdisciplinario para una atención integral al paciente anoréxico. En la revisión bibliográfica que se ha hecho de las investigaciones realizadas en nuestro país, se han encontrado numerosas investigaciones sobre temas relacionados a los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia, la prevalencia de los trastornos en adolescentes de Asunción, entre otras, pero no se ha encontrado información específica sobre estudios realizados referente a la satisfacción con la imagen corporal y las actitudes alimentarias en una población no clínica, y tampoco ninguna muestra que compare grupos de mujeres universitarias según estén en carreras

afines o no afines a la salud; por lo menos a las que los autores hayan tenido acceso.

Hábitos alimentarios

Los hábitos alimentarios implican, por un lado, la relación directa con el alimento y, por el otro, todo lo que circunda y lo entorna. (Torrensani, M., Somoza, M. 2003).

Con respecto a la relación directa con el alimento se sabe que los humanos, a diferencia de los animales, no comen solo por el hecho de estar vivos. El alimento para los humanos adquiere otras significaciones: ser protegido, abandonado, ser amado o no y tantas otras. (Torrensani, M., Somoza, M. (2003).

Es sabido que la instalación de todos los hábitos higiénico-dietéticos que hacen a la condición humana, como la alimentación, la higiene, el control esfinteriano, etc., en un comienzo se instalaron como un pedido del otro.

Comenzaron siempre para el otro y por el amor del otro. Así como en nuestra infancia, en un comienzo, esto fue de esta manera, llega un momento de la vida donde estos hábitos se incorporan como propios y pasan a ser parte de uno mismo. (Torrensani, M., Somoza, M. (2003).

Cuando los hábitos alimentarios se transforman en trastornos

No siempre es fácil advertir cuándo se está frente a alguien que tiene un trastorno alimentario. Seguir un régimen, ayunar, hacer actividad física y estar pendientes del peso o la comida son tan comunes en nuestra cultura que serían pocas las mujeres que quedarían excluidas si este fuese el criterio de clasificación. (Herscovici, 1995)

Para lograr el ideal de delgadez que actualmente se difunde, se recurre frecuentemente entre otras acciones a la práctica generalizada de dietas restrictivas e hipocalóricas así como ayunos voluntarios, los cuales pueden

desembocar en no pocas ocasiones en importantes perturbaciones como graves trastornos psicológicos como anorexia o bulimia nerviosa (Acosta, Llopis, Gómez y Pineda, 2005)

Evidentemente, según George Hsu (1997) el hecho de realizar una dieta no significa que esa persona vaya a desarrollar un trastorno alimentario, pero si a ello añadimos un deseo de estar delgado combinado con problemas en la autoestima de la persona, sus relaciones interpersonales o abuso de otras sustancias, es posible que se desarrolle.

Hay conductas que marcan diferencias. Cuando existe un trastorno alimentario, el problema no es solo la comida, también hay problemas de orden psicológico, que no siempre el observador los puede detectar. La persona está obsesionada por la comida y el peso. Esto le genera una preocupación constante que tiñe su existencia y condiciona su estado de ánimo. Cuando la persona toma decisiones importantes según los deseos de adelgazar para cierto acontecimiento; cuando salir una noche con amistades depende de cómo se siente con respecto a su cuerpo; cuando posterga las vacaciones porque todavía no llegó al peso deseado o cuando el estado de ánimo o la autovaloración dependen de cuán floja le quede la ropa, nos encontramos frente a alguien que sufre y está en riesgo. (Herscovici, 1995)

Trastornos Alimentarios

La anorexia nerviosa se caracteriza por ser un trastorno en el que la persona se niega a mantener un peso mínimo dentro de la normalidad, tiene miedo intenso a ganar peso, y una significativa mal interpretación de su cuerpo y su forma. Se caracteriza por una profunda distorsión de la imagen corporal y una implacable búsqueda de delgadez, que a menudo llega a la inanición. La prevalencia es mucho mayor en mujeres que en hombres y

suele tener su inicio en la adolescencia. (Kaplan y Sadock, 1999)

Los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa en el DSM IV consisten en un rechazo a mantener el peso corporal en o por encima de un peso mínimo esperado (por ejemplo, pérdida de peso que llegan a menos del 85% del peso esperado), o incapacidad en ganar el peso esperado durante el período de crecimiento, llegando a un peso corporal inferior al 85% del peso esperado. De forma característica, los pacientes temen llegar a ser obesos, incluso teniendo un peso drásticamente inferior al deseado, lo cual pone de relieve la distorsión de su imagen corporal; se sienten gordos o deformes y con frecuencia niegan su emaciación. Para cumplir los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa, las mujeres posmenárquicas deben tener una ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Kaplan y Sadock, 1999)

El DSM IV divide los episodios de anorexia en dos tipos: el tipo restrictivo, en el cual las personas restringen la ingesta pero no se dan atracones ni realizan purgas mediante el vómito o usando laxantes o diuréticos; y el tipo compulsivo/purgativo, durante los cuales se producen atracones o purgas por medio del vómito autoinducido o el uso de laxantes o diuréticos. Los síntomas bulímicos pueden darse como un trastorno separado (Bulimia nerviosa) o como parte de la anorexia nerviosa. En cualquiera de estos casos, las personas están excesivamente preocupadas por el peso, la comida y la figura corporal. (Kaplan y Sadock, 1999)

La bulimia nerviosa es un trastorno consistente en atracones de comida y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Los episodios recurrentes de bulimia nerviosa, que son más comunes que la anorexia nerviosa, se acompañan de sentimientos de estar fuera de control.

La interrupción social o el malestar físico (el dolor abdominal o las náuseas) terminan con el atracón de comida, que a menudo se sigue de sentimientos de culpa, depresión o autodesprecio. Las personas con bulimia nerviosa muestran también conductas recurrentes compensatorias, tales como la purga (autoinducción del vómito, uso repetido de laxantes o diuréticos), ayuno o ejercicio excesivo, para prevenir la ganancia de peso. Según los criterios diagnósticos para bulimia nerviosa en el DSM IV, los atracones de comida y los métodos compensatorios deben aparecer al menos dos veces por semana durante tres meses. (Kaplan y Sadock, 1999)

La bulimia nerviosa no puede diagnosticarse si aparece únicamente durante episodios de anorexia nerviosa. El DSM IV también enumera varios tipos de bulimia nerviosa: los pacientes con el tipo purgativo del trastorno se provocan el vómito regularmente y abusan de laxantes y diuréticos. Los pacientes con el tipo no purgativo realizan otras conductas inapropiadas para evitar el aumento de peso, como el ayuno o el ejercicio, pero no la purga. (Kaplan y Sadock, 1999)

El Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE) es una categoría residual de la clasificación diagnóstica del DSM IV para aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no reúnen criterios para un trastorno específico de la conducta alimentaria. Estos pacientes no están especialmente preocupados con la figura corporal y el peso. (Kaplan y Sadock, 1999)

Se ha demostrado de manera empírica un importante crecimiento de las formas atípicas de los trastornos alimentarios, un incremento de las formas purgativas de Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa y un crecimiento de la prevalencia de trastornos alimentarios en varones. Estas cifras puede que no sean excesivamente alarmistas, pero si tenemos en cuenta que los trastornos

alimentarios aparecen en países o sociedades desarrolladas, donde la insatisfacción con la imagen corporal está muy difundida, dado que el modelo a seguir entre los jóvenes es extremadamente delgado, los alimentos son abundantes y fácilmente asequibles y, como consecuencia de esto, está aumentando el sobrepeso, podemos entender la alarma social y el creciente problema de salud pública que se avecina si no se frena esta tendencia. (Gil Canalda, Villanueva y Rodríguez, 2003)

Algunos ejemplos de Trastornos Alimentarios no especificados según el DSM IV son: En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa pero, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas llamadas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

El empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal como por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido algo dulce también sería un ejemplo de un trastorno alimentario no especificado. Otro ejemplo sería que la persona mastica y expulsa los alimentos, pero no llega a tragar cantidades importantes de comida. El trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

El trastorno por atracón de comida, es decir, episodios repetidos de

atracones en la ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la bulimia nerviosa cae dentro de esta categoría.

La Imagen Corporal

Hay varias definiciones de qué es la imagen corporal, la más clásica podría ser la de Schilder (Williamason, Davis, Duchman, McKenzie y Watkins, 1990 en Raich, 2004) que la describe como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente.

Desde un punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. (Raich, 2004)

Una concepción más dinámica es la de Fisher, que la define en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Bemmis y Hollín (en Raich, 2004) advierten la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto. (Raich, 2004)

De acuerdo con Rosen (1995, en Raich, 2004) Imagen Corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea que se contemplan aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como: satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad y aspectos conductuales.

Trastorno de la auto imagen corporal

Se ha sostenido a lo largo del tiempo que los pacientes con desorden alimentario tienen distorsionada su imagen corporal, y perciben su cuerpo o ciertas partes de él más grandes, voluminosas o desproporcionadas de lo que son realmente. La insatisfacción con el propio cuerpo suele estar vinculada a

determinadas partes (caderas, pozos en la piel de la parte posterior de los muslos, etc), cuyo aspecto es reprobado por la persona. Algunas veces, esta distorsión se extrapola a la conducta, y entonces, por ejemplo, usa ropas sueltas que le ocultan la figura, elude el contacto íntimo con alguien del sexo opuesto o reduce su ingesta. (Herscovici, 1995)

Brusch (1965, en Rivarola, 2003) es la primera autora en sugerir la existencia de un trastorno de la imagen corporal en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, entendiendo al mismo como a) alteración del propio concepto corporal; b) trastorno en la percepción e interpretación cognitiva de los propios estímulos interoceptivos, y c) sensación de descontrol respecto a las propias funciones corporales.

Al estudiar la relación entre la aparición de un trastorno alimentario, la preocupación excesiva y la insatisfacción por el propio peso y tamaño corporal, se ve que la sobreestimación del tamaño del cuerpo no es privativa de la anorexia nerviosa ni de la bulimia sino que se observa también en sujetos sanos. Está influenciada por factores independientes de la sintomatología del desorden alimentario, como ser el género, el estado de ánimo, la autoestima, etc. El temor a engordar se manifiesta aún en personas que no sobreestiman el tamaño de su cuerpo, oscureciendo así la relación entre ambos. (Herscovici, 1995)

Algunos estudios (Perpiñá, 1988; Wardle, 1987 en Perpiñá, Baños, 1990) están poniendo de manifiesto la relevancia que tienen actitudes y conductas asociadas a conseguir un "cuerpo socialmente deseable", factores todos ellos que son comunes tanto a pacientes anoréxicas o bulímicas, como a las adolescentes normales.

Para Gil Canalda, Villanueva y Rodríguez (2003) en la actualidad los factores socioculturales son, de entre todos los factores etiopatogénicos, los

que explicarían el cambio producido en la clínica. Es decir, el aumento de formas atípicas de los trastornos y en la forma de presentación de los Trastornos alimentarios (manifestaciones clínicas muy aparatosas que no cumplen todos los criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa)

En la reciente revisión realizada por Toro de diversos estudios españoles, se observó que la insatisfacción de las adolescentes con su imagen y el deseo de reducir peso alcanzaba al 50% de la población estudiada. Estudios realizados en otros países nos muestran que un 16% de las jóvenes y un 7% de los varones de 11-15 años han usado al menos un método de riesgo para perder peso, ya sea el ayuno, el vómito o el abuso de laxantes. (Gil Canalda, Villanueva, Rodríguez, 2003)

En un meta-análisis de 66 estudios sobre percepción y actitud hacia la imagen corporal en trastornos alimentarios comparado con grupo control, Cash y Deagle (1997, en Espina, Ortego, Ochoa, Yenes, Alemán, 2001) concluyen que las pacientes con anorexia nerviosa y bulimia, tienen mayor insatisfacción corporal y distorsión perceptiva sobre su cuerpo y talla que las mujeres sin trastornos alimentarios. Fairburn, Jones, Peveler, Hope y O'Connor (1993, en Espina, Ortego, Ochoa, Yenes, Alemán, 2001) y Rosen (1992, en Espina, Ortego, Ochoa, Yenes, Alemán, 2001) destacan que el trastorno de la Imagen corporal juega un papel importante en el mantenimiento y pronóstico de los trastornos de alimentación.

Actitudes

Se utiliza el término actitud para hacer referencia a un pensamiento o sentimiento positivo o negativo que tiene una persona hacia los objetos, las situaciones o hacia otras personas. Está relacionado con los sentimientos y formas de actuar ante hechos o

situaciones determinadas (Prat Grau, Soler Prat 2002)

Lucini (1992 en Prat Grau, Soler Prat 2002) destaca como principales características de las actitudes las siguientes:

1. Las actitudes no son innatas, sino que se adquieren, se aprenden, se modifican y maduran, son educables, como los valores.
2. Son predisposiciones estables, es decir, son estados personales adquiridos de forma duradera.
3. Tiene un carácter dinámico, entran menos en el campo de los ideales y de las creencias, y son contrariamente, mucho más funcionales y operativas.
4. Las actitudes se fundamentan en los valores, lo que implica que los valores se expresan, se concretan y se alcanzan con el desarrollo de las actitudes.

Prats, deduce que las actitudes no son innatas, sino que se adquieren y que por tanto son susceptibles de ser modificadas y educadas, aunque se trate de disposiciones relativamente estables.

Las actitudes se construyen a partir de creencias y valores según algunos psicólogos sociales como Jones y Gerard (1967, en Kimble Ch. Hirt, E 2000). Se consideran la conclusión de un silogismo cuyas premisas son una creencia y un valor. Las creencias son pensamientos no evaluativos referentes a las características de los “objetos” de nuestro mundo y los valores son evaluaciones de la bondad o maldad de los objetos del pensamiento. Las actitudes son el resultado de una combinación lógica de estos elementos. Por ejemplo,

-Creencia: Los alimentos con muchas calorías engordan.

-Valor: Engordar es malo.

-Actitud: Los alimentos con muchas calorías son malos.

Por lo planteado anteriormente, se puede deducir que éstas son las formas de pensar y de valorar a los alimentos y por ende estas formas de pensar y valoraciones hacen que las personas actúen de cierta manera o presenten cierto tipo específico de conducta hacia los alimentos. Supóngase pues que una persona con actitudes negativas hacia los alimentos o hacia cierto tipo específico de alimento será una persona que pueda presentar conductas más patológicas hacia ellos. Es decir optará, por ejemplo, por retirar ese alimento de su dieta o disminuir su ingesta. Por el contrario, las personas que valoren los alimentos o ciertos tipos de alimentos de forma positiva podrían tener conductas normales hacia ellos, por ejemplo los incluirían en su dieta.

Para hacer un resumen de todo lo expuesto anteriormente los autores quieren citar a Raich; (1998, en Lameiras Fernández, 2003) quien dice que la opinión más generalizada en lo referente a la etiología de los trastornos alimentarios es que tienen un origen multicausal, dentro de los que la preocupación por la figura y el seguimiento de dietas de adelgazamiento son consideradas conductas de riesgo, por ello la investigación epidemiológica de los trastornos de la alimentación no solamente se dirige hacia el estudio de cuadros clínicos.

En el marco de los trastornos alimentarios 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 conductual, la alteración de la imagen corporal según Thompson (1990, en Lameiras Fernández, 2003) supone un desequilibrio o perturbación en sus componentes, y la alteración de la imagen corporal tiene una participación causal en los trastornos alimentarios (Attie y Brooks – Gunn, 1989 en Lameiras Fernández, 2003)

Como se citó anteriormente la distorsión de la imagen corporal es un criterio diagnóstico para los trastornos alimentarios. Las personas con trastornos alimentarios perciben su cuerpo o ciertas partes de él, más grandes, voluminosas o desproporcionadas de lo que realmente son. (Hersovici, 2004).

Bruch (1962, en Espina, Ortego, Ochoa y otros. 2001) destacó que en los pacientes con trastornos alimentarios la percepción que tienen sobre su cuerpo y la realidad, no concuerdan.

Sentirse gordo/a es una de las causas más frecuentes que incide en la aparición de los trastornos alimentarios, aunque no es preciso un sobrepeso real, la consecuencia lógica de la preocupación por el peso es el establecimiento de métodos de control dentro de los que se destaca el seguimiento de dietas, y ésta es un importante factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria. (Johnson, Lewis, Love, 1984 en Lameiras Fernández, 2003)

Después de la revisión bibliográfica que se ha hecho de las diferentes investigaciones, y de diferentes textos y dado todo lo anteriormente mencionado surge el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son las actitudes alimentarias en mujeres universitarias en nuestro país y cuál es la valoración de su propia imagen corporal según cursen carreras afines a la salud y no afines a la salud?

Es de interés de los autores conocer si existen diferencias significativas entre aquellas estudiantes de carreras afines a la salud y posibles integrantes de un equipo interdisciplinario (para tratar personas con trastornos alimentarios) y aquellas que están en una carrera no afín a la salud.

Hipótesis

Hipótesis Nula

No existen diferencias significativas en las actitudes alimentarias y en la satisfacción con la propia imagen corporal entre mujeres universitarias de carreras afines a la salud y aquellas no afines a la salud.

Hipótesis Alternativa

Existen diferencias significativas en las actitudes alimentarias y en la satisfacción con la propia imagen corporal entre mujeres universitarias de carreras afines a la salud y aquellas no afines a la salud.

Objetivos

Objetivo General:

Comparar actitudes alimentarias y satisfacción con la propia imagen corporal en mujeres universitarias de carreras afines y no afines a la salud.

Objetivos específicos:

1. Identificar síntomas y actitudes hacia los alimentos, características de los trastornos alimentarios en una muestra no clínica.
2. Determinar índice de masa corporal mediante medidas antropométricas.
3. Identificar la valoración actual que hace la mujer de su propia imagen corporal.
4. Identificar la imagen corporal ideal de las participantes.
5. Comparar Índice de masa corporal con la valoración actual de la imagen corporal.
6. Establecer si hay preocupación con respecto a la imagen corporal
7. Detectar diferencias entre la valoración actual de la imagen corporal entre mujeres de carreras afines a la salud y las carreras no afines a la salud.
8. Detectar diferencias entre la preocupación con respecto a la imagen corporal entre mujeres de

carreras afines a la salud y aquellas no afines a la salud.

Método

Población

La colección más grande de participantes es la población o universo en un estudio. La población de participantes se define como todos los individuos posibles que se pueden seleccionar para su estudio. (Mc Guigan, 2003). En el caso de este estudio la población serían todas las mujeres universitarias de la ciudad de Asunción.

Participantes

La muestra estuvo conformada aproximadamente por 200 mujeres de una universidad privada de la ciudad de Asunción. La muestra fue seleccionada intencionalmente, ya que las participantes fueron incluidas según el criterio de que pertenezcan a esta universidad; y estratificada ya que se seleccionaron muestras de 50 participantes por carrera, es decir, 50 de psicología, 50 de enfermería, 50 de nutrición y 50 de administración de empresas.

El muestreo estratificado, asegura que los estratos de la población mantienen una determinada representación en la muestra. (León, Montero, 2003)

En la revisión bibliográfica que se realizó para hacer este trabajo tanto para la parte de antecedentes como para el marco teórico se ha encontrado que la mayoría de las investigaciones han incluido en su muestra tanto a hombres como a mujeres en las muestras. Sin embargo los autores han preferido trabajar solamente con una población de mujeres ya que según estas investigaciones, las mujeres presentan riesgos más elevados de padecer algún tipo de trastorno de la alimentación.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos para poder obtener los datos necesarios para esta investigación:

-Medidas antropométricas: De cada participante en el estudio se tomaron las medidas correspondientes a peso y altura.

-Índice de masa Corporal (I.M.C) ($\text{peso}/\text{altura}^2$): Los límites aceptables del IMC están comprendidos entre 20 y 25 kg/m^2 . Un IMC inferior a 20 puede indicar riesgo de hiponutrición, un IMC superior a 25 indica sobrepeso y mayor de 30, obesidad. (Rodríguez, Cruz, 2006).

-Test de siluetas: Está basado en la Contour Drawing Rating Scale, de Thompson y Gray. El instrumento se compone de nueve figuras femeninas, vistas de frente que van de más delgada a más gorda (estas diferencias pueden apreciarse tanto en el cuerpo como en la cara de las siluetas) (Rodríguez, Cruz, 2006). Tomando como referencia estas figuras a continuación se detallan las preguntas realizadas a los sujetos de la muestra: Señala la figura que representa tu peso actual y señala cual sería tu figura ideal.

El grado de satisfacción o índice de discrepancia se obtiene mediante la diferencia entre la imagen deseada y la percibida. La diferencia de dos puntos se correlaciona con una alteración de la imagen. La diferencia media de la población general es de 1,27 y en los trastornos alimentarios de 3,15 (Gila, 1994 en Arrufat, N. 2006)

-Body Shape Questionnaire: (BSQ) Adaptado por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1996) La versión original del Body Shape Questionnaire fue diseñada por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn en 1987 para medir en población femenina la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de situaciones en las que la

aparición física pudiera atraer la atención de otros. Se ha utilizado con el objetivo de evaluar el malestar por la figura corporal en personas que no sufren trastornos alimentarios. Es un cuestionario autoaplicado de 34 ítems, con seis opciones de respuesta tipo Likert. A partir de la puntuación total obtenida es posible establecer cuatro categorías: no hay preocupación por la imagen corporal menor a 81, leve preocupación 81-110, preocupación moderada 111-140 y preocupación extrema mayor a 140. (Rodríguez, Cruz, 2006). (Espina, Ortego, Ochoa, Yenes, Alemán, 2001)

-Eating Attitude Test: El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año 1979, contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. Su objetivo es identificar síntomas y preocupaciones que sean característicos de los trastornos de alimentación en muestras no clínicas. Los reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. Los autores del EAT sugieren utilizar los siguientes puntos de corte para identificar a los individuos con algún TCA: más de 30 puntos para el EAT-40 y más de 20 puntos para el EAT-26 (Garner, Garfinkel 1979). (Ver Anexo B). Se analizó la consistencia interna de los instrumentos mediante el Índice de Alfa de Cronbach en donde se halló que ambos instrumentos son fiables y que sus mediciones son estables y fiables.

EAT: N de Casos = 196; N de Items = 26; Alfa de Cronbach = ,7756
BSQ: N de Casos = 198; N de Items = 34; Alfa de Cronbach = ,9573

Diseño

El diseño empleado en esta investigación es de dos grupos independientes. En este tipo de diseño los participantes se encuentran sólo en uno de dos grupos. (McGuigan, 2003)

En el caso de esta investigación, las participantes pertenecerán al grupo estudiantes de carreras a fines a la salud o al grupo carrera no afín a la salud. Aunque también se hicieron análisis por carrera es decir, según pertenezcan a Psicología, Nutrición, Enfermería o Administración.

Es una investigación no experimental, ya que se observa el fenómeno tal como sucede, sin intervención del investigador (Solano, Serón, s.f.).

El método que nos permite comparar las respuestas diferenciales de categorías o grupos de sujetos de condiciones diferentes en una misma variable es el método comparativo. Dichas condiciones las establecerá el investigador utilizando las diferencias ya existentes en los sujetos. Trabaja con variables en las que para establecer distintos valores o condiciones dentro de la misma variable, se utilizan las diferencias ya existentes en los sujetos. (Martínez Hernández, 1984).

Los estudios correlacionales buscan representar la relación existente o no entre diversos fenómenos. Son útiles porque brindan información sobre el comportamiento de una variable a partir de otra, evaluando la relación entre ellas, generalmente conllevan poco tiempo y son económicos de realizar. Las posibles dificultades radican en que no se pueden controlar los efectos de potenciales factores contundentes (Tapia, 2000).

Resultados

El análisis de datos comprendió estadística descriptiva e inferencial, y fue ejecutado mediante el programa SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), versión 11.5.1. Se realizó con puntajes brutos de cada escala.

En el análisis descriptivo se incluye distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de dispersión y correlaciones de Pearson y Spearman.

Entre las pruebas inferenciales se incluyen la prueba de homocedasticidad de Levene, la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, la prueba T de comparación de medias independientes, la prueba U de Mann Whitney, ANOVA con prueba post-hoc de Scheffé, y la prueba de Kruskal-Wallis. (No todas han sido incluidas en este manuscrito).

La muestra quedó conformada por un total de 198 personas; 57 han sido de la carrera de nutrición correspondiendo un 28,8% del total de la muestra. 61 participantes son de la carrera de psicología correspondiendo un 30,8 % de la muestra, 33 participantes de la carrera de enfermería que corresponden a un 16,7% del total de la muestra y 47 de la carrera de administración que corresponden a 23,75 del total de la muestra.

La muestra se dividió en dos grupos. El primer grupo corresponde a las carreras afines a la salud con 151 participantes que corresponden al 76,3% y el segundo grupo es de carreras que no son afines a la salud con 47 participantes, o sea el 23,7% de la muestra.

El promedio de edad de las participantes es de 23,71 años, la mediana es de 22 y la moda de 21, siendo la desviación típica de 5,68 años y la varianza de 32,013. La edad mínima hallada es de 17 años y la edad máxima 51.

Con respecto al peso, la media es de 58,41 kilogramos, la mediana es de 57 kilos y la moda de 54 kilos, con una desviación típica de 8,914 y la varianza de 79,451. El peso mínimo es de 44 kilos y el peso máximo de 98 kilos.

La altura promedio es de 1,6277, la mediana de 1,6200 y la moda de 1,62 con una desviación típica de ,06134 y la varianza ,0037. La altura mínima es de 1,50 y la altura máxima 1,89.

El promedio del índice de masa corporal de las participantes es de 22,0717 es decir, se encuentra dentro del peso normal, la mediana es de 21,6000 y la moda es de 20,20, siendo la desviación típica de 3,27425 y la varianza de 10,72069. El Índice de masa corporal mínimo es de 15,59, que está por debajo del peso normal, y el máximo es de 37,34 significando esto un índice de masa corporal que corresponde a una obesidad de tipo II.

Con respecto al EAT, el promedio de puntajes es de 12,69, es decir la mayoría de las participantes se encuentran en el rango de No caso, muestran bajo riesgo de trastornos ya que sus actitudes alimentarias son menos patológicas; la mediana es 11,00 y la moda es de 3, indicando también no casos. La desviación típica es de 9,203 y la varianza de 84,693. El puntaje mínimo es de 0 y el puntaje máximo es de 45 que puede considerarse como caso.

En el caso del BSQ el promedio de puntajes es de 83,14 puntos, la mediana de 78,00 y la moda de 49 correspondiendo este a una baja preocupación con respecto a la imagen corporal. La desviación típica es de 33,274 y la varianza es de 1107,174. El puntaje mínimo obtenido en este test es de 34 que corresponde a una leve preocupación y el máximo es 184 que corresponde a una alta preocupación.

El test de la silueta actual tiene un promedio de 4,99, una mediana de 5,00 y la moda es de 5, indicando que las

participantes con un IMC normal, se ven a sí mismas con una imagen que está de acuerdo a su peso. La desviación típica es de 1,882 y la varianza de 3,320. La imagen actual mínima es la número 1 y la máxima elegida para la figura actual es de 9.

La silueta ideal tiene un promedio de 3,73, la mediana es de 4,00 y la moda es también de 4, siendo la desviación típica 1,324 y la varianza de

1,753. La imagen ideal mínima elegida es la 1 y la máxima elegida es de 8.

La media de las diferencias de la Imagen corporal es de 1,26, la mediana es de 1,00 y la moda es 2. La desviación típica es 1,502 y la varianza es de 2,256. La diferencia mínima hallada -4 demostrando que alguien que tenía un peso por debajo de lo normal o normal deseaba tener un peso mayor. La máxima diferencia es de 6.

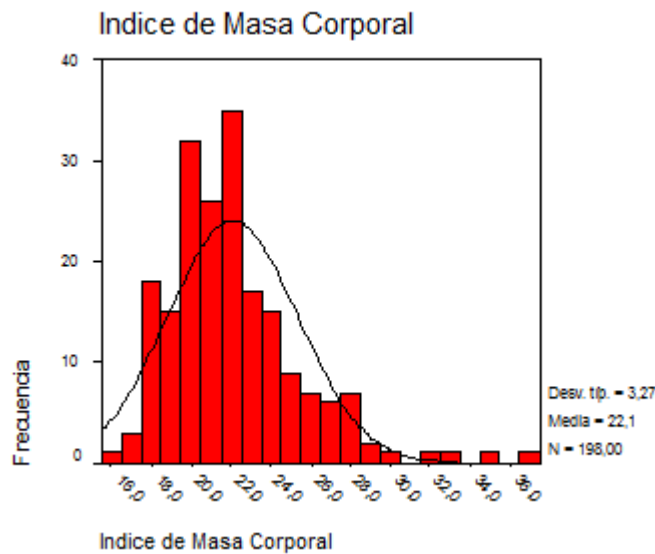


Gráfico 1: Frecuencia de Índice de Masa Corporal o IMC.

En el histograma anterior se ve una distribución del Índice de masa corporal de las participantes, el promedio tiene un peso que se considera normal.

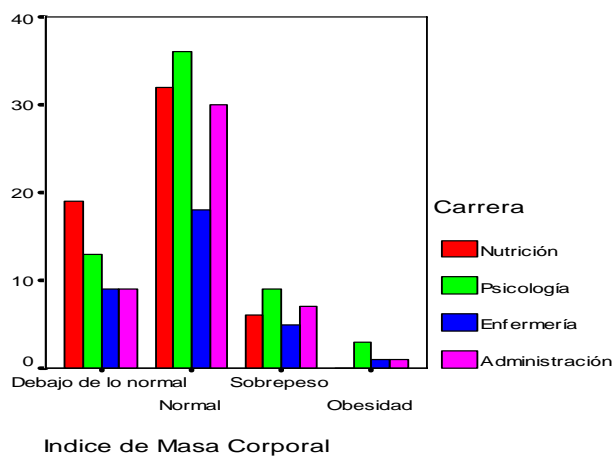


Gráfico 2: Frecuencia de Índice de masa corporal según carrera.

El gráfico muestra que las participantes de la carrera de nutrición son las que más presentan un índice de masa corporal por debajo de lo normal y no hay participantes de esta carrera que tengan obesidad. Las de la carrera de psicología son las que en su mayoría tienen un índice de masa corporal normal. Aunque también es la carrera con mayor cantidad de participantes con obesidad.

Se encuentra sobre peso en las participantes de todas las carreras.

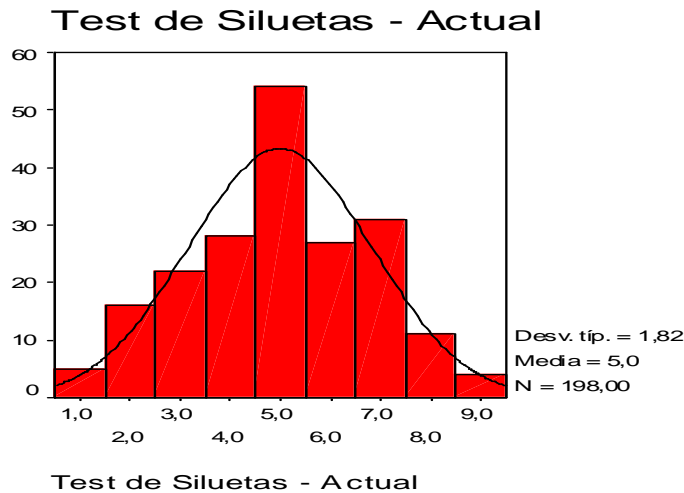


Gráfico 3: Frecuencia del Test de Siluetas Actual.

Se puede observar en el histograma que las puntuaciones se distribuyen de manera normal y que la mayoría de las participantes elige una silueta media, ni muy flaca ni muy gorda.

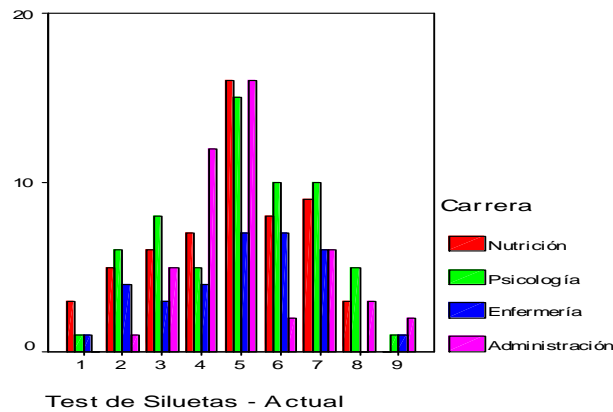


Gráfico 4: Distribución de Frecuencias del Test de Siluetas Actual según carrera.

En el gráfico anterior se puede observar la elección de las participantes en cuanto a la figura actual según carrera. Las participantes de nutrición fueron quienes más optaron por la figura número 1. En mismas cantidades quedan psicología y enfermería mientras que ninguna participante de la carrera de administración se identificó con la figura 1. Las de psicología fueron quienes más eligieron la figura 2 y 3. La figura 4 fue la más elegida por las participantes de administración.

La figura 5 fue elegida en su mayoría por administración y nutrición. Las figuras 6, 7 y 8 fueron elegidas en su mayoría por psicología y la figura 9 fue elegida en su

mayoría por participantes de administración, aunque también la eligieron participantes de enfermería y nutrición.

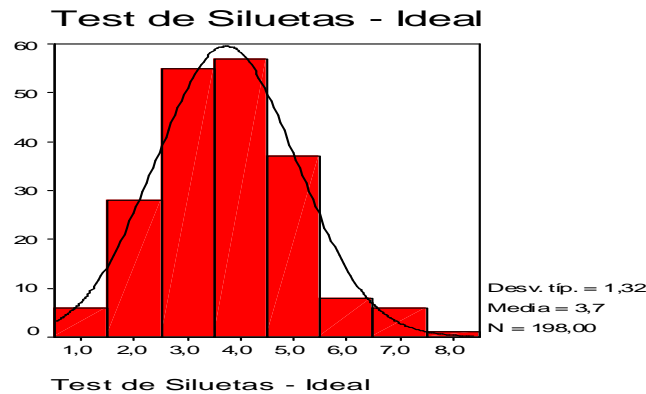


Gráfico 5: Frecuencia del Test de Siluetas Ideal.

El 28,8% de las participantes eligió la figura número 4 del test de siluetas. El 27,8% eligió la figura 3 y el 18,7% eligió la figura número 5. Sólo un 3% eligió la figura número 1 (la más delgada), aunque también se eligieron las figuras 6, 7 y 8 con 4%, 3% y 0,5% respectivamente. La única figura no tomada en cuenta por las participantes, fue la figura 9. Es decir nadie que se haya identificado con una figura 9 le gustaría quedarse igual.

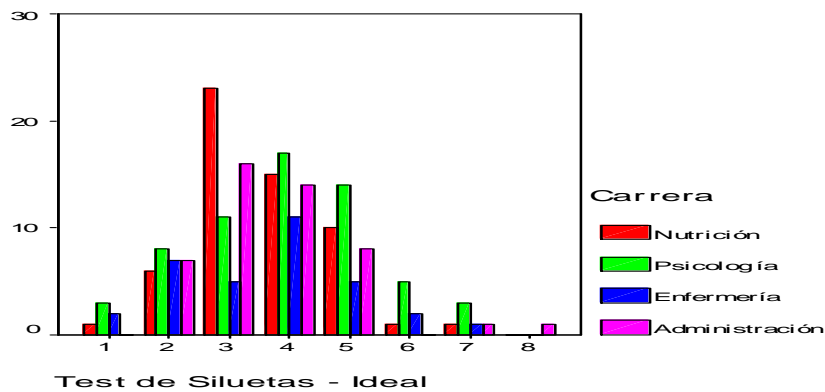


Gráfico 6: Distribución de frecuencias de puntajes de la Figura Ideal Según Carrera.

El grafico 6 muestra la elección de las participantes en cuanto a su figura ideal según la carrera. Se observa que la figura 1 fue elegida en su mayoría por participantes de psicología y enfermería, ninguna participante de nutrición la marcó como figura ideal.

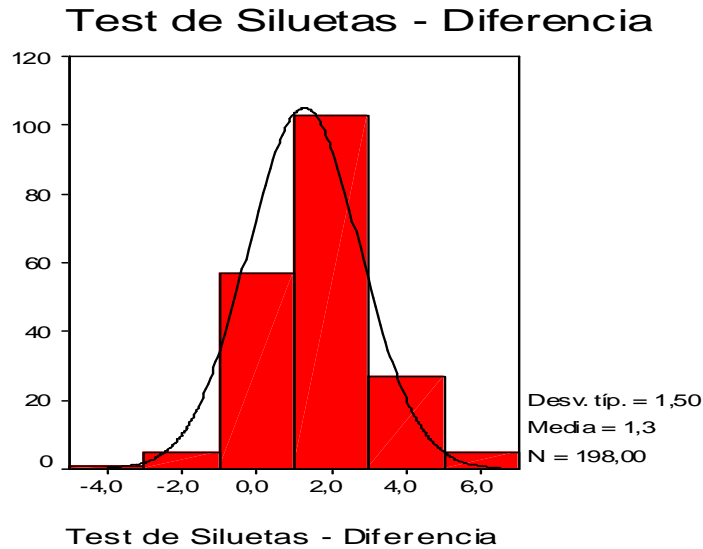


Gráfico 7: Distribución de frecuencia en las Diferencias del Test de Siluetas.

Con respecto a las diferencias entre figuras actual e ideal se pudo observar que el 26,3% de las participantes muestra una diferencia de por lo menos 2 puntos, es decir le gustaría verse 2 figuras más delgadas de la que consideró como actual. La diferencia de dos puntos se correlaciona con una alteración de la imagen. Se podría decir que la mayoría de las participantes están insatisfechas con su figura. El 25,8% marcó por lo menos una figura menor y el 24,7% de las participantes no encuentra diferencia entre su figura actual e ideal, es decir estarían conformes con su figura.

También hubo quienes eligieron una figura ideal mayor que la actual, por eso se observaron resultados negativos entre las diferencias.

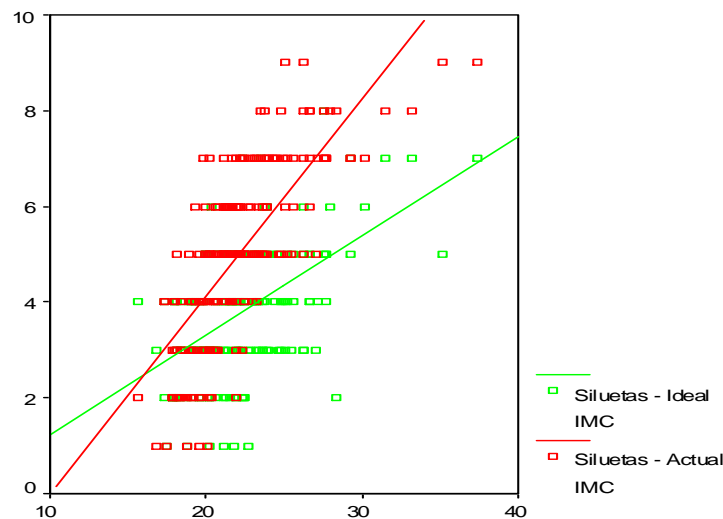


Gráfico 8: Relación de las Siluetas Actual e Ideal con Índice de Masa Corporal.

Se puede observar en el gráfico 8, que en la relación entre silueta actual y el índice de masa corporal; a menor IMC menor es la imagen actual elegida por las participantes, y cuanto mayor es su IMC, la figura elegida también es mayor, es decir, perciben su figura en relación con su peso.

Con respecto a la Silueta Ideal, se puede observar que las participantes que tienen un IMC bajo tienden a elegir figuras menores o iguales a las actuales. Y que las participantes con un IMC alto también eligen figuras ideales menores.

Se realizó la prueba t de muestras relacionadas para ver si las diferencias entre las figuras actuales e ideales de las participantes son significativas. Se puede observar que existen diferencias significativas entre las siluetas actuales e ideales que eligieron las participantes. Es decir, las mujeres universitarias no están conformes con su figura actual y las diferencias entre una y otra son significativas.

Tabla 1: Estadísticos de muestras relacionadas.

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Test de Siluetas – Actual	4,99	198	1,822	,129
	Test de Siluetas – Ideal	3,73	198	1,324	,094

Tabla 2: Prueba t de muestras relacionadas.

		Diferencias relacionadas				T	Gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Test de Siluetas - Actual - Test de Siluetas – Ideal	1,26	1,502	,107	1,05	1,47	11,830	197	,000

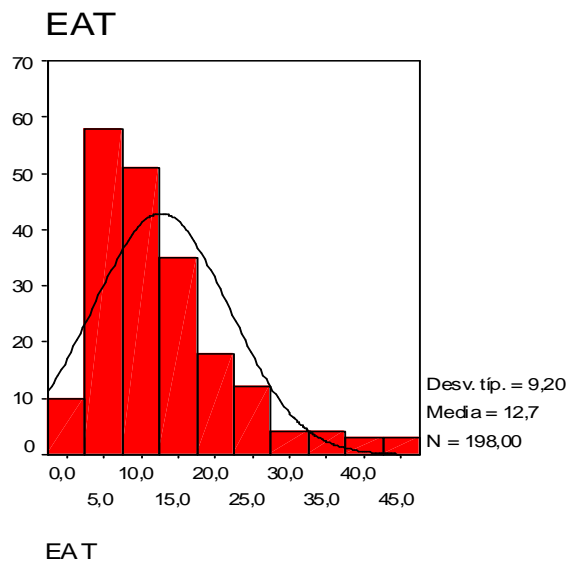


Gráfico 10: Distribución de Frecuencia de Puntajes del EAT 26.

El histograma muestra las puntuaciones obtenidas por las 198 participantes en el Eating Atitude Test (EAT 26). El punto de corte para caso y no caso en este test es de 20 puntos, por lo tanto se asumiría que la mayoría de las participantes esta dentro de un no caso y sus actitudes alimentarias no son consideradas patológicas como para tener riesgo de trastorno alimentario.

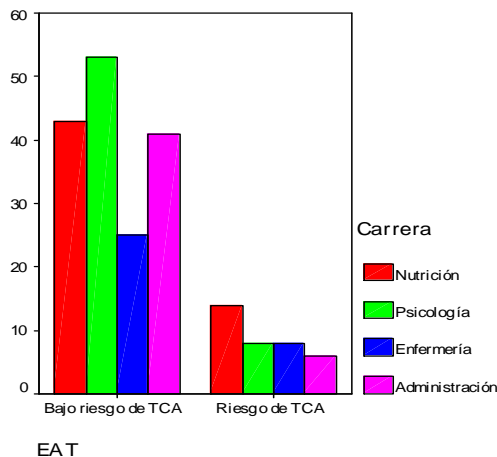


Gráfico 11: Frecuencia de Puntuaciones del EAT según Carrera.

El grafico que se expone muestra las puntuaciones del Eating Atitude Test 26 según carrera y según se vea bajo riesgo de TCA y riesgo de TCA. Las participantes de la carrera de nutrición son quienes presentan más actitudes alimentarias patológicas.

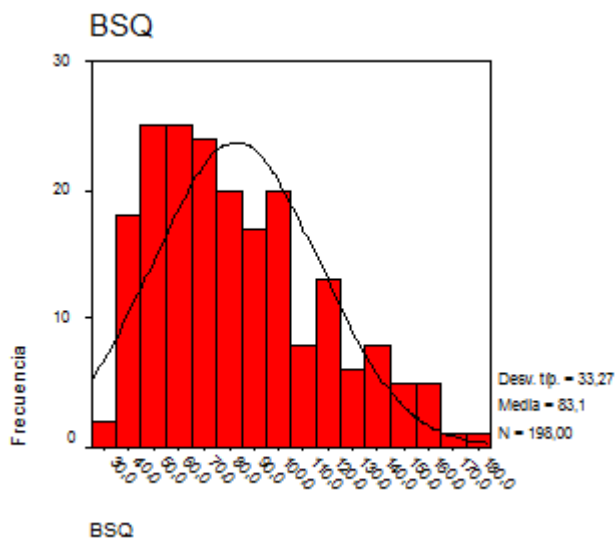


Gráfico 12: Distribución de Frecuencia de Puntajes del Body Shape Questionnaire.

El histograma muestra las puntuaciones obtenidas por las 198 participantes en el Body Shape Questionnaire. Los índices dicen que a partir de 81 puntos se puede considerar preocupación leve. Es decir, la mayoría de las participantes tiene una preocupación con respecto a su figura corporal.

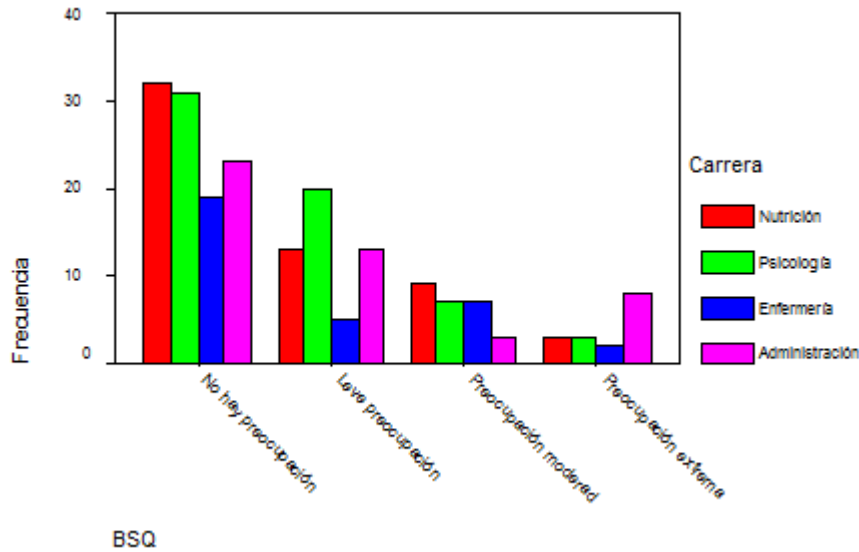


Gráfico 13: Frecuencia de Puntuaciones del BSQ según carrera.

El gráfico representa las puntuaciones del Body Shape Questionnaire según carrera. Se puede observar que las participantes con mayor preocupación son de la carrera de administración a pesar de que según el EAT sus actitudes hacia los alimentos son menos patológicas. Quienes en su mayoría no tienen preocupación son las estudiantes de nutrición, sin embargo sus actitudes hacia los alimentos son más patológicas según el EAT.

Tabla 3: Prueba de homogeneidad de varianzas.

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Índice de Masa Corporal	,471	3	194	,703
EAT	,591	3	194	,622
BSQ	1,334	3	194	,265
Test de Siluetas – Actual	,644	3	194	,588
Test de Siluetas – Ideal	1,346	3	194	,261
Test de Siluetas – Diferencia	1,625	3	194	,185

Con el fin de de comprobar la homogeneidad de las varianza se procedió a realizar la prueba de Levene que demuestra homogeneidad de las varianzas entre las diferentes carreras.

Tabla 4: Pruebas de normalidad.

	Carrera	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Índice de Masa Corporal	Nutrición	,123	57	,033			
	Psicología	,150	61	,002			
	Enfermería				,848	33	,000
	Administración				,898	47	,001
EAT	Nutrición	,128	57	,021			
	Psicología	,154	61	,001			
	Enfermería				,919	33	,017
	Administración				,798	47	,000
BSQ	Nutrición	,113	57	,068			
	Psicología	,130	61	,012			
	Enfermería				,933	33	,044
	Administración				,915	47	,002
Test de Siluetas – Actual	Nutrición	,173	57	,000			
	Psicología	,152	61	,001			
	Enfermería				,950	33	,136
	Administración				,914	47	,002
Test de Siluetas – Ideal	Nutrición	,230	57	,000			
	Psicología	,153	61	,001			
	Enfermería				,945	33	,096
	Administración				,872	47	,000
Test de Siluetas – Diferencia	Nutrición	,142	57	,006			
	Psicología	,188	61	,000			
	Enfermería				,941	33	,072
	Administración				,934	47	,010

a Corrección de la significación de Lilliefors

Con el fin de de comprobar la normalidad de los grupos se procedió a realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Las pruebas de normalidad indican que la mayoría de las escalas no se distribuyen de manera normal por carrera; las únicas distribuciones normales son el test de siluetas tanto para la silueta actual como la ideal y la diferencia en Enfermería. Por lo tanto, se realizaron pruebas no paramétricas tanto como pruebas paramétricas, debido al supuesto estadístico de que si las muestras fueran más grandes, se comprobarían los supuestos de normalidad y homocedasticidad

Tabla 5: ANOVA de un factor

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Índice de Masa Corporal	Inter-grupos	32,907	3	10,969	1,024	,383
	Intra-grupos	2079,069	194	10,717		
	Total	2111,976	197			
EAT	Inter-grupos	785,921	3	261,974	3,197	,025
	Intra-grupos	15898,665	194	81,952		
	Total	16684,586	197			
BSQ	Inter-grupos	1483,996	3	494,665	,443	,723
	Intra-grupos	216629,322	194	1116,646		
	Total	218113,318	197			
Test de Siluetas – Actual	Inter-grupos	3,731	3	1,244	,371	,774
	Intra-grupos	650,248	194	3,352		
	Total	653,980	197			
Test de Siluetas – Ideal	Inter-grupos	4,609	3	1,536	,875	,455
	Intra-grupos	340,663	194	1,756		
	Total	345,273	197			
Test de Siluetas – Diferencia	Inter-grupos	2,611	3	,870	,382	,766
	Intra-grupos	441,733	194	2,277		
	Total	444,343	197			

El análisis de varianza (ANOVA) sirve para comparar si los valores de un conjunto de datos numéricos son significativamente distintos a los valores de otro o más conjuntos de datos. Según este análisis no existen diferencias significativas en los puntajes entre carreras salvo en el Eating Attitude Test. Por haber encontrado diferencias en los puntajes del EAT se realizó la prueba post hoc de Scheffé.

Tabla 6: Prueba Post hoc de Scheffé

Variable dependiente	(I) Carrera	(J) Carrera	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
EAT	Nutrición	Psicología	3,34	1,668	,263	-1,36	8,05
		Enfermería	-2,02	1,980	,792	-7,60	3,57
		Administración	2,54	1,784	,569	-2,49	7,57
	Psicología	Nutrición	-3,34	1,668	,263	-8,05	1,36
		Enfermería	-5,36	1,956	,061	-10,88	,16
		Administración	-,81	1,757	,976	-5,76	4,15
	Enfermería	Nutrición	2,02	1,980	,792	-3,57	7,60
		Psicología	5,36	1,956	,061	-,16	10,88
		Administración	4,55	2,056	,183	-1,25	10,35
	Administración	Nutrición	-2,54	1,784	,569	-7,57	2,49
		Psicología	,81	1,757	,976	-4,15	5,76
		Enfermería	-4,55	2,056	,183	-10,35	1,25

La tabla 6 muestra el análisis de la prueba post hoc de Scheffé donde se determinó que a pesar de las diferencias significativas en los puntajes según carrera en el EAT, no es posible determinar cuál es el grupo que difiere de los otros.

Discusión

Los resultados demuestran que un 18,27% del total de la muestra han superado los 20 puntos de corte del EAT-26 y por lo tanto son susceptibles a presentar un trastorno de la alimentación. De este total de personas con riesgo, el 50% tienen preocupación moderada o extrema por la figura corporal, y de acuerdo con el test de siluetas se demostró que la mayoría de las participantes muestra una diferencia de por lo menos 2 puntos, es decir le gustaría verse 2 figuras más delgadas de la que consideró como actual. Esta diferencia de dos puntos se correlaciona con una alteración de la imagen.

El 47,2% de las participantes tienen algún tipo de preocupación por su imagen corporal

En los estudios revisados se encuentran diferentes metodologías para determinar la prevalencia de trastornos alimentarios, unos basan su información en los datos aportados exclusivamente por los test y medidas de autoinforme mientras que otros utilizan estas medidas para la detección de sujetos en riesgo y posteriormente evalúan individualmente a los sujetos detectados mediante una entrevista personal, siguiendo los criterios diagnósticos internacionales de trastornos de la alimentación, DSM III-R, DSM IV o CÍE 10 (Cotrufo *et al.*, 1998 en Sánchez, Hurtado, Murillo, Colomer, Saravia, Monleón, Soriano, 2000)).

Dado que el EAT, el BSQ y el Tests de siluetas es un cuestionario de autoinforme, la posibilidad de respuestas falsas positivas o falso negativo debería considerarse a la hora de interpretar los resultados, siendo probablemente un factor a tener en cuenta en las divergencias en la prevalencia estimada por los diferentes estudios. Sin embargo al hacer esta investigación los autores creen que las respuestas han sido en su mayoría sinceras, ya que se les aclaró a

las participantes que el cuestionario era anónimo y que en ningún momento se publicarían los resultados con sus nombres o haciendo alguna mención de ellas.

En las comparaciones entre grupos de estudiantes de carreras afines a la salud y no afines a la salud se ha demostrado gracias a los análisis estadísticos que el 20% tiene riesgo de trastorno de la alimentación, este resultado se puede contrastar con la investigación titulada “Actitud alimentaria anómala y su relación con la imagen corporal en una muestra urbana de adolescentes valencianos” mencionada en la introducción que mostró que la prevalencia de riesgo de sufrir un trastorno de la alimentación, fue del 19,8% en las mujeres (n=197).

Siendo las alumnas de la carrera de Nutrición quienes más lo presentan se podría decir que las actitudes hacia los alimentos son más patológicas en estas participantes y son de esta carrera las que más presentan un índice de masa corporal por debajo de lo normal, fueron quienes más optaron por la figura número 1 como silueta actual, es decir, su percepción estaría de acuerdo con la realidad. No hay participantes de ésta que tengan obesidad. La mayoría no presenta una preocupación por la imagen corporal.

Las participantes de la carrera de psicología presentan el mayor índice de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, son quienes presentan un menor riesgo de trastornos alimentarios, sus actitudes hacia los alimentos no son patológicas como para desarrollar un trastorno como la bulimia o la anorexia. La mayoría solo tiene una leve preocupación con respecto a su figura corporal.

Las participantes de psicología y enfermería presentan riesgo de trastornos alimentarios en igual medida. En su mayoría las participantes de enfermería no presentan una preocupación por la figura corporal, sin embargo también

hay participantes de esta carrera con una preocupación extrema.

El grupo de comparación que fue el grupo de carrera no afín a la salud fue de la carrera de administración. Las participantes de ésta, en su mayoría no presentan riesgos de trastornos alimentarios, pero son las que mayor cantidad de participantes con una preocupación extrema por la figura corporal presentan. La mayoría tiene un índice de masa corporal normal. Es decir, estas mujeres se preocuparían por cómo se ven o cómo se perciben pero sus actitudes alimentarias no son patológicas como para poder desarrollar un trastorno alimentario.

A pesar de poder expresar estas diferencias, los resultados estadísticos han demostrado que en la comparación de actitudes alimentarias y satisfacción con la imagen corporal entre estudiantes universitarias de carreras a fines a la salud y no afines a la salud no se han encontrado diferencias significativas. Al ser comparados los grupos no se puede afirmar que uno tiene más o menos actitudes alimentarias que llevan a conductas patológicas o mayor o menor satisfacción con la imagen corporal.

Se pudo comprobar que la sobreestimación del tamaño del cuerpo no es privativa de la anorexia nerviosa ni de la bulimia sino que se observa también en sujetos sanos, se pudo observar cómo la imagen corporal está influenciada por factores independientes de la sintomatología del desorden alimentario, el estado de ánimo, la autoestima, etc., el temor a engordar se manifiesta aún en personas que no sobreestiman el tamaño de su cuerpo, oscureciendo así la relación entre ambos. (Herscovici, 1995) ya que se pudo observar que a pesar de existir un bajo riesgo de trastornos de alimentación las participantes igual presentan una preocupación de algún tipo por su imagen corporal y la mayoría está insatisfecha con su silueta.

Es importante mencionar que la mayoría de las participantes tiene un índice de masa corporal que se encuentra dentro del peso normal y esto les pareció a los investigadores un tanto alentador. Sin embargo, el 73,9% de las personas que tienen riesgo de trastornos y un índice de masa corporal normal presentan algún tipo de preocupación por la imagen corporal, es decir son más las participantes con un índice de masa corporal normal las que presentan riesgo y preocupaciones por la imagen corporal que las que tienen un índice de masa corporal bajo.

Los resultados en este estudio ponen de manifiesto la importancia que tiene para el individuo la percepción del propio cuerpo. Se pudo observar que en la relación entre la silueta actual y el índice de masa corporal; a menor Índice de Masa Corporal menor es la imagen actual elegida por las participantes, y cuanto mayor es su Índice de Masa Corporal, la figura elegida también es mayor, es decir, perciben su figura en relación con su peso.

Con respecto a la Silueta Ideal, se puede observar que las participantes que tienen un Índice de Masa Corporal bajo tienden a elegir figuras menores o iguales a las actuales. Y que las participantes con un Índice de Masa Corporal alto también eligen figuras ideales menores.

A los autores les pareció relevante mencionar que hubo participantes que obtuvieron una puntuación negativa en la diferencia de las siluetas, es decir a pesar de haber elegido una figura actual menos, eligieron una figura ideal mayor, es decir mayor en la escala de figuras. Algunos estudios (Perpiñá, 1988; Wardle, 1987 en Perpiñá, Baños, 1990) están poniendo de manifiesto la relevancia que tienen actitudes y conductas asociadas a conseguir un "cuerpo socialmente deseable", factores todos ellos que son comunes tanto a pacientes anoréxicas o

bulímicas, como a las adolescentes normales. Un cuerpo socialmente deseable, para estas participantes no era el cuerpo que ellas presentaban en la actualidad por ser demasiado delgado. Evidentemente, estas participantes no tenían como modelo el estereotipo de mujer ultra delgada que en ciertos casos dicta la moda, a pesar de no estar conformes con su figura, estas participantes salieron de la norma al marcar figuras ideales mayores que las actuales.

Para terminar se podría decir que se observa que la insatisfacción con la imagen corporal no es privativa de los trastornos de la alimentación y se presenta en muestras no clínicas, como es el caso de esta investigación, lo cual, según la opinión de los autores, podría deberse a una influencia socio-cultural, específicamente a ideales dictados por la moda o por la influencia que los medios de comunicación ejercen. Como se ha citado anteriormente en este trabajo existen investigaciones como la de Trigo (1995, en Acosta, M. Llopis, J. Gómez, G. Pineda, G. 2005) que especifica que se vive una época muy sensual en la que los cuerpos lo venden todo. En la misma línea, Toro (1999, en Acosta, M. Llopis, J. Gómez, G. Pineda, G. 2005) indicó que la influencia de las imágenes o reproducciones corporales que aparecen en los medios de comunicación social afectan a la población en general, pero especialmente a las mujeres jóvenes.

Lo que se observa es que, si bien, la mayoría de las participantes presentan algún tipo de insatisfacción con la imagen corporal, no adoptan ningún tipo de medida para cambiar su realidad, limitándose así el fenómeno solo a la preocupación.

Conclusión

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación se quiere resaltar la inexistencia de diferencias significativas entre las

actitudes alimentarias y la satisfacción con la imagen corporal en mujeres universitarias estudiantes de carreras afines y no afines a la salud.

En este apartado de la tesina de grado “Actitudes alimentarias y satisfacción con la imagen corporal en mujeres universitarias” se exponen las conclusiones a las que se llegó han llegado según cada objetivo planteado en la investigación.

El objetivo general de esta investigación fue “Comparar actitudes alimentarias y satisfacción con la propia imagen corporal en mujeres universitarias de carreras afines y no afines a la salud”. Se concluye que no hay diferencias significativas al comparar estos grupos. Al comparar a las diferentes carreras no se encontraron diferencias significativas salvo en los puntajes del EAT, pero no se pudo determinar cual grupo difiere de los otros.

En cuanto a los objetivos específicos, el primero; Identificar síntomas y actitudes hacia los alimentos, características de los trastornos alimentarios en una muestra no clínica se concluye que del total de la muestra 81,7% de las mujeres encuestadas tiene bajo riesgo de trastorno de alimentación según el EAT. Un 18,27% presentan riesgo de trastorno de la alimentación. Es decir, la mayoría no presenta síntomas y actitudes que lleven a desarrollar un trastorno de la alimentación.

Sobre el segundo objetivo específico; Comprobar el índice de masa corporal mediante medidas antropométricas de peso y altura, se puede concluir diciendo que de la muestra total el promedio de Índice de masa corporal fue de 22 y esto se encuentra dentro de los límites de la normalidad, es decir la mayor cantidad de participantes tiene un peso normal. No obstante esto, no quiere decir que no tengan una preocupación de algún tipo,

ya sea leve, moderada o exagerada por su imagen corporal.

Identificar la valoración actual que hace la mujer de su propia imagen corporal fue el tercer objetivo específico que se tenía para la realización de esta investigación; con respecto a esto se puede concluir que las mujeres universitarias de carreras afines y no afines a la salud eligen una figura mediana en la escala de figuras, una figura que siendo delgada, no es la más delgada, pero tampoco es una figura gorda.

El objetivo número cuatro de esta investigación fue Identificar la imagen corporal ideal de las participantes. Después de los análisis correspondientes se puede concluir que las figuras ideales de las participantes eran en su mayoría dos figuras menores que las elegidas como figuras actuales. Las mujeres no están satisfechas con su figura actual y gracias a los análisis respectivos se ha demostrado que existen diferencias significativas entre las siluetas actuales e ideales elegidas por las participantes.

Al comparar el Índice de masa corporal de las participantes con la valoración actual de su imagen corporal, el objetivo 5 de esta investigación, se pudo establecer que a menor índice de Masa Corporal menor es la imagen actual elegida por las participantes, y cuanto mayor es su índice de Masa Corporal, la figura elegida también es mayor, es decir, perciben su figura en relación con su peso.

Con respecto a la Silueta Ideal, se puede observar que las participantes que tienen un Índice de Masa Corporal bajo tienden a elegir figuras menores o iguales a las actuales. Y que las participantes con un Índice de Masa Corporal alto también eligen figuras ideales menores en la escala.

El objetivo específico número 6 fue establecer si hay preocupación con respecto a la imagen corporal, se puede concluir que el 47,2% presenta algún

tipo de preocupación por la imagen corporal. Y de éstas, el 21,3% presentan preocupación moderada o extrema. La gran mayoría de las participantes de la muestra presenta una preocupación de algún tipo por su imagen corporal, aunque no se puede concluir que todas las participantes que tengan preocupación necesariamente tengan actitudes alimentarias que ayuden a desarrollar un trastorno de la alimentación.

Detectar diferencias en la valoración actual de la imagen corporal entre mujeres de carreras afines a la salud y no afines a la salud. Este fue el objetivo específico número 7, gracias a los resultados de las pruebas estadísticas se pudo comprobar que no existen diferencias significativas en la valoración de la imagen actual elegida por las mujeres al dividir la muestra en carreras afines y no afín a la salud.

Sobre el objetivo específico número 8, Detectar diferencias entre la preocupación con respecto a la imagen corporal entre mujeres de carreras afines a la salud y no afines a la salud, se puede concluir que el 46% de las estudiantes de carreras de salud presentan algún tipo de preocupación por la imagen corporal, mientras que de la carrera no afín a la salud, el 51% de las participantes tiene algún tipo de preocupación por la imagen corporal, ya sea leve moderada o extrema.

Por todo lo expuesto creemos necesaria la realización de nuevos estudios y la puesta en marcha de programas preventivos, con la finalidad de educar en y para la optimización de la salud.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, M. Llopis, J. Gómez, G. Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. *International Journal of Psychology an Psychological Therapy*. Universidad de Almería (España). Mayo 11, 2009. www.redalyc.org

- Arrufat, F.J. (2006). *Estudio de Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona*. Consultado en Abril 3, 2009 en http://www.tesisenxarxa.net/TDX/TDX_U B/TESIS/AVAILABLE/TDX-0212108-164406/FJAN_TESIS.pdf.
- Avilés, M. (2006, Abril). Talles "una ley para que salir de compras deje de ser una pesadilla". *La Ventana*, pp. 3,4.
- Behar, R. Alviña, M. González, T. Rivera, N. (2007). Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de viña del mar. *Revista chilena de Nutrición*. Consultado en Abril, 3, 2009 en <http://www.scielo.cl/scielo.php>.
- Bellester, de Gracia, Patiño, Suñol y Ferrer (2002). *Actitudes Alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes, Un estudio de prevalencia*. Marzo 9, 2009. www.universia.es/novedades/internet/satisfaccion_corporal.pdf.
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de Psicología Fisiológica*. Madrid: Pearson Educación.
- Caro Gabalda, I. (2001) *Genero Y Salud Mental*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Espina, A., Ortego, M., Ochoa, I., Yenes, F., Alemán, A. (2001). *La Imagen Corporal En Los Trastornos Alimentarios*. Abril 3, 2008. <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Garner DM, Garfinkel PE (1979). *The Eating Attitudes Test: An Index Of The Symptoms Of Anorexia Nervosa*. Octubre 28, 2008. <http://www.cuantolibro.com/libro/2637/Cuestionario-De-Actitudes-Ante-La-Alimentacion--Eat+-26-.html>.
- George Hsu, L.K. (1997). Can dieting cause an eating disorder?. *Psychological Medicine*, 27:509-513 Cambridge University Press Copyright © 1997 Cambridge University Press.
- Gil Canalda, M.I. Villanueva, J.P.Rodríguez, C. (2003). *Atención primaria y trastornos de la alimentación* (I). Abril 3, 2009. <http://es.salut.conecta.it/pdf/gilcanalda1.pdf>.
- Raich, R. (2004). *Una perspectiva desde la Psicología de la salud de la Imagen Corporal*. Consultado en Marzo 9, 2009. <http://bit.ly/96zlxw>
- Herscovici, C. (1994). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. Marzo 10, 2009. <http://www.redsistemica.com.ar/herscovici.htm>
- Herscovici, C. (1995) *La Esclavitud De Las Dietas. Guía para reconocer y encarar un trastorno alimentario*. Buenos Aires: Paidós.
- Herscovici, C., Bay, L. (2004) *Anorexia Nerviosa y Bulimia. Amenazas A La Autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Kimble, Ch. (2002). *Psicología Social de las Américas*. Madrid: Pearson Educación.
- Lameiras Fernández, M. Calado, M., Rodríguez, et. al. (2003). *Hábitos Alimentarios E Imagen Corporal En Estudiantes Universitarios Sin Trastornos Alimentarios*. Consultado en Abril, 3, 2008. en www.redalyc.com.
- León, O., Montero, I. (2003). *Métodos De Investigación En Psicología Y Educación*. Madrid: McGraw Hill.
- Mc Guigan, F. (2003). *Psicología Experimental*. México: Prentice Hall.
- Merino, H. Pombo, M. Godás, A. (2001). *Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes*. Marzo 9, 2009. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72713402.pdf>
- National Eating Disorder Association. (2006). *¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria?* Octubre 15, 2009. www.nationaleatingdisorders.org
- Perpiñá, C. Baños, R. (1990). *Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes*. Universidad de Valencia (España) Consultado el Octubre 15, 2009. http://www.um.es/analesps/v06/v06_1/01-06_1.pdf.
- Polanco, M. (2002) APASTYLE. *Guía para la elaboración de referencias bibliográficas*. Windows 9.x/ME.
- Rodríguez, A. (1991). *Psicología Social*. México: Trillas
- Rivarola, M. (2003). *La Imagen Corporal en Adolescentes Mujeres: Su valor predictivo en Trastornos Alimentarios*. Marzo 9, 2009. <http://bit.ly/aB9VhW>

- Rodríguez, S., Cruz, S. (2006). *Evaluación De La Imagen Corporal En Mujeres Latinoamericanas Residentes En Guizpúcoa*. Consultado en Abril, 3, 2008 en <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Sánchez, A. Hurtado, I Murillo, Colomer, F. Saravia, J. Monleón, S. Soriano, A. (2000). Actitud alimentaria anómala y su relación con la imagen corporal en una muestra urbana de adolescentes valencianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Abril, 3, 2009. <http://bit.ly/9h5ROX>
- Sociedad Paraguaya de Psicología (2004). *Código De Ética Para El Ejercicio Profesional De La Psicología*. Asunción.
- Solano, R. y Serón, P. (s.f.). *Diseños de investigación clínica*. Mayo, 1, 2008. <http://bit.ly/b49CQ6>.
- Tapia, María Antonieta B. (2000). *Apuntes. Metodología De La Investigación*. Consultado en Mayo, 1, 2008. <http://bit.ly/asxBTD>.
- Torrensani, M., Somoza, M. (2003). *"Lineamientos Para El Cuidado Nutricional"*. Buenos Aires: Eudeba.

Recibido: Agosto/2010

Aceptado: Setiembre/2010