

**IMAGEN CORPORAL Y RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA ESPAÑOLA:
DIFERENCIAS DE GÉNERO.**

**BODY IMAGE AND RISK OF EATING DISORDERS AMONG UNDERGRADUATE
SPANISH STUDENTS: GENDER DIFFERENCES**

**Javier García Alba, Irene Solbes Canales,
Eva Expósito Casas y Enrique Navarro Asencio.**

RESUMEN

Esta investigación analiza la imagen corporal y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en un grupo de estudiantes universitarios españoles (n=563), mediante la aplicación de dos cuestionarios: el EDI-3-RF y el IMAGEN. Los resultados muestran una proporción elevada de universitarios que se encuentran en riesgo de padecer un trastorno de este tipo. Además, se observaron niveles significativos de obsesión por la delgadez, rasgos bulímicos o insatisfacción corporal, todos ellos claros factores de riesgo asociados al desarrollo de estas patologías. Las mujeres presentaron puntuaciones más elevadas en casi todas las variables, sin que se observaran diferencias relacionadas con la edad. Los resultados constatan la necesidad de implementar estrategias de prevención e intervención en este tipo de población.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, imagen corporal, Factor de riesgo, estudiantes de pregrado

ABSTRACT

This research analyzes body image and risk of eating disorders among Spanish university students (n=563), thorough the application of two questionnaires: EDI-3-RF and IMAGEN. Results showed a high proportion of students who are at risk of suffering one of these disorders. Furthermore, data showed significant scores in the scales related with drive for thinness, bulimic traits or body dissatisfaction, all of them clear risk factors associated to the development of these pathologies.

Women showed higher levels in almost every variable analyzed, but differences between age groups were not significant. Results point out the need of implementing intervention and prevention strategies in this population.

Key words: eating behavior disorders, body image, risk factor , Higher education.

Recepción del artículo: 17.09.2012 • Aprobación del artículo: 23.10.2012

Javier García Alba, Irene Solbes Canales, Eva Expósito Casas y Enrique Navarro Asencio.

Correspondencia: Facultad de Educación - Centro de Formación del Profesorado.
Despacho 4203. Universidad Complutense de Madrid. C/ Rector Royo Villanova,
s/n, 28040 - Madrid. Tel. (+34) 913946239

Mail: jgalba@edu.ucm.es

Introducción

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) están clasificados como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (DSM-IV-TR). En el caso de la AN no es frecuente que aparezca antes del inicio de la pubertad. Cuando se inicia en etapas prepuberales los trastornos mentales asociados suelen ser de mayor gravedad, sin embargo, cuando el inicio es en la primera adolescencia el pronóstico suele ser mucho más favorable (DSM-IV-TR). Hasta el momento, los estudios de prevalencia, en el caso de mujeres adolescentes y jóvenes adultas, sitúan un porcentaje de 0,5-1% para los cuadros que cumplen todos los criterios diagnósticos (DSM-IV-TR) con un edad promedio de inicio de la enfermedad de unos 17 años, observándose cierta variabilidad en función de la zona geográfica y estatus social. La edad media de comienzo se sitúa en torno a los 14 y 18 años.

En las últimas décadas se observa en los países desarrollados un incremento de la preocupación por los TCA ligado a varios aspectos (Ballester y Guirado, 2003): (1) el incremento de la incidencia de los TCA. Existen estudios que advierten de un inicio cada vez más temprano. En este sentido hay que aclarar que las tasas de prevalencia de los TCA son bajas (Lask y Bryant-Waugh, 2000), aunque la prevalencia de formas del trastorno parcial es elevada (entre un 4-10%) (Erickson y Gerstle, 2007); y (2), la complejidad de la etiología y patogenia de los TCA, con tasas de mortalidad que se sitúan entre el 8,2% (Crow, Praus y Turras, 1999) y el 18% (Theander, 1970).

Los datos de prevalencia en el caso de las mujeres adolescentes y jóvenes adultas de países desarrollados presentan porcentajes entre el 1-8% (Dorian y Garfinkel, 1995). En esta población se acepta un porcentaje de 0,5-1% de AN, de 1-3% de BN y de aproximadamente 3% de TCA no Especificados, según el Protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (Insalud, 1995) y de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR; APA, 2000).

Recientes estudios han presentado datos de prevalencia de TCA en población española de la Comunidad de Madrid, revelando unas tasas de prevalencia de TCA del 3,43%. Las estimaciones de prevalencia fueron las siguientes para las mujeres (5,34%): trastornos alimentarios no Especificados 2,72%, BN 2,29% y AN 0,33%. Para los hombres (0,64%), las tasas para los trastornos no Especificados fueron del 0,48%, para la BN 0,16% y para la AN 0,00% (Pelaez, Labrador y Raich, 2007).

Otros estudios realizados en la Comunidad de Navarra (España) con participantes cuyas edades estaban comprendidas entre 12 y 21 años hallaron datos de prevalencia total de TCA del 4.1%. Para los TCA no específicos encontraron un porcentaje de 3,1, 0,8% para la BN y 0,3% para la AN (Pérez-Gaspar et al., 2000). La revisión realizada por Castro y Toro (2004) sobre diversos estudios epidemiológicos en mujeres de 14 a 24 años informó de porcentajes más altos: AN (0,3-0,5%), BN (0,8-1,1%) y TCA no Especificado (4,5%). En este sentido, hay que tener en cuenta que los últimos datos obtenidos en este último trabajo pertenecen a una

publicación realizada cuatro años más tarde que el estudio de Pérez-Gaspar et al. (2000).

En la actualidad, como se comentó anteriormente, asistimos a un considerable incremento de las cifras de prevalencia respecto a las últimas tres décadas. A nivel internacional, datos de recientes revisiones de estudios epidemiológicos aportan una prevalencia de un 0,5%-1% para la AN, de 1-3% para la BN, y de aproximadamente un 3% para los TCA no Especificados (Hoek y van Hoeken, 2003).

La edad de inicio de los TCA se sitúa habitualmente en un rango amplio entre las edades prepuberales (poco frecuente) y la primera adolescencia, apareciendo los mayores porcentajes de prevalencia entre los adultos jóvenes, entre los cuales se encontraría la población universitaria. Un estudio epidemiológico realizado por la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) y Adeslas con población universitaria de la Comunidad de Cataluña (España) de entre 18 y 25 años de edad, confirma que un 11,48% de la población universitaria de dicha comunidad presentaría alto riesgo de sufrir un TCA, mientras que un 6,38% podría estar sufriendolo ya realmente. De tal forma, parece existir una proporción importante de alumnos universitarios en riesgo de padecer o desarrollar en el futuro un TCA. Así lo confirman también los resultados de un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Madrid por Sepúlveda, Gandarillas y Carboles (2005) en el que el 14,9% de los hombres y el 20,8% de las mujeres presentaban alto riesgo de padecer TCA.

Aunque este tipo de trastornos presentan proporciones muy distintas en los dos sexos (ratio de 1/6) (Andersen, 2005), es importante destacar el constante aumento de hombres en riesgo. Entre los varones, hay más casos de sintomatología restrictiva, alto consumo de laxantes y niveles más bajos de obsesión por la delgadez, estando caracterizados la mayoría de los casos por un deseo de mayor masa muscular (Olivardia, Pope, Borowiecki y Cohane, 2004).

La imagen corporal en el marco de los TCA se define como la representación mental de los diferentes aspectos de la apariencia física constituida por tres componentes: el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual (Lameiras, Calado, y Rodríguez, 2003). Un desequilibrio en la imagen corporal puede suponer una perturbación en sus componentes (Thompson, 1990) y posee una indudable participación causal en los TCA (Baile, Guillén y Garrido 2002).

Un estudio valoró la imagen corporal y comportamientos alimentarios en estudiantes universitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia (España), observando una mayor preocupación por el peso y la imagen corporal en las mujeres, presentando éstas variables cognoscitivas como comportamentales de riesgo para la aparición de TCA. Los autores advierten en función de los resultados de la importancia de crear programas de prevención dirigidos a estudiantes universitarios (Lameiras, Calado y Rodríguez, 2003). De tal forma, parece desprenderse de estos datos que una amplia representación de las universitarias no parecen estar satisfechas con su aspecto físico aunque se encuentran en valores de normopeso, siendo la insatisfacción

con el propio cuerpo y el peso lo que propicia la aparición de conductas de control de peso como la realización de dietas (Abraham y Llewellyn-Jones, 1997). En este sentido, Lameiras, Calado y Rodríguez (2003) constataron que el 38,6% de las chicas y el 19,1% de los chicos habían realizado dieta al menos una vez al mes en el periodo de los últimos seis meses anteriores a la evaluación.

Observadas estas diferencias respecto al género es necesario remarcar la relevancia que tiene esta variable en los TCA, asociada al fuerte peso de los aspectos socioculturales en su etiología, más significativos en el caso de las mujeres: importancia de la imagen y la delgadez transmitida desde los medios de comunicación, presión del grupo de iguales, etc. (Polivy y Herman, 2002). Estudios realizados con adolescentes en esta línea confirman que las mujeres jóvenes presentan mayor grado de distorsión de su imagen corporal que los adolescentes (Maganto y Cruz, 2000). La insatisfacción corporal parece estar relacionada con los TCA en las mujeres, y está considerada como un claro factor de riesgo en dichos trastornos (Stice y Shaw, 2002). No obstante, aunque los problemas de imagen corporal alcancen niveles clínicamente significativos, no es posible diagnosticar un TCA únicamente considerando esta variable (Rosen, 1993).

Según muestran algunos trabajos, como no podría ser de otro modo, los profesores no parecen ser inmunes a las actitudes sociales imperantes en relación a la imagen corporal, la estigmatización del sobrepeso y otras variables relacionadas con los TCA (O'Brien, Hunter y Banks, 2006; Rich et al., 2008). Recientes investigaciones indican que los propios educadores en formación presentan también altas tasas de trastornos de la conducta alimentaria y problemas relevantes de imagen corporal (Yager y O'Dea, 2009), especialmente en el caso de los futuros profesores de Educación Física o de aquellos que van a impartir clases relacionadas con la Educación para la Salud. Otro estudio reciente (O'Dea y Abraham, 2001) muestra cómo los estudiantes de magisterio presentan además actitudes y conocimientos distorsionados en cuanto a la etiología de la obesidad, la nutrición equilibrada o la realización de dietas, presentando ellos mismos factores de riesgo de TCA como el empleo de técnicas de control de peso inadecuadas (uso de laxantes o vómitos), especialmente entre las mujeres.

Conocer las actitudes y preocupaciones de los profesores en activo y de los profesionales de la salud mental, o de los jóvenes que se están formando para serlo en un futuro cercano, puede ser especialmente necesario para fomentar la salud de los alumnos de todas las edades. La investigación en el área destaca la necesidad de que este colectivos posean unos conocimientos, actitudes y visiones de la imagen corporal y los temas relacionados con el peso y su control adecuados y saludables, pues ellos son quienes trabajarán con niños y jóvenes en programas de intervención en salud, prevención de la obesidad y de los trastornos de la conducta alimentaria, promoción de la actividad física, fomento de la autoestima, etc. Tal y como plantean expertos en el área (Yager y O'Dea, 2005), el rol de los educadores en general a la hora de participar en la prevención de este tipo de problemas de

salud es importante, pero debe hacerse a partir de una formación adecuada y un análisis riguroso de sus propias actitudes, conocimientos y conductas.

La mayor parte de los estudios sobre TCA se centran en población adolescente. Parece conveniente remarcar la importancia de realizar más estudios en población universitaria para estimar en profundidad el grado de impacto en esta población de los TCA. El objetivo de esta investigación es precisamente conocer el riesgo de TCA y la imagen corporal de un grupo de estudiantes universitarios de la Universidad Complutense de Madrid.

Método

Participantes

Los participantes fueron seleccionados a través de un procedimiento incidental, accediendo a la recogida de información en aquellos grupos de alumnos a los que se tenía fácil acceso durante el curso. La muestra final estuvo compuesta por 563 estudiantes repartidos en las facultades de Psicología (185, 32,8%) y Educación (378, 67,2%), pertenecientes a las titulaciones de Psicopedagogía (122, 21,6%), Psicología (185, 32,8%), Pedagogía (87, 15,4%), Educación social (49, 8,7%), Educación primaria (69, 12,2%) y Educación Infantil (51, 10,2%) de la Universidad Complutense de Madrid. De ellos, 85 estudiantes eran hombres (15,1%) y 478 eran mujeres (84,9%), proporción que coincide con la distribución por género característica de estas titulaciones. La edad media de la muestra es de 21,43 años (DT = 3.57), aunque para la presente investigación los participantes se agruparon en tres grupos de edad: 17-19 años (179, 31,8%); 20-23 años (294, 52,2%) y 24 años o más (90, 16%).

Procedimiento

La recogida de datos fue realizada en los grupos naturales de clase, empleándose unos 30 minutos en la aplicación de los instrumentos en formato papel.

Instrumentos

- Inventario de Trastornos del Comportamiento Alimentario (EDI-3-RF) (*Eating Disorders Inventory*) (Garner, Olmstead y Polivy, 1983). El EDI-3 es una medida estandarizada que ofrece puntuaciones objetivas y perfiles de gran utilidad para el enfoque del caso y para la planificación del tratamiento de personas con sospecha o diagnóstico de TCA. Permite además realizar un rápido screening de los sujetos en riesgo y está especialmente indicado para su uso en centros educativos o centros de atención primaria. El cuestionario está basado en un conjunto de reglas de decisión que, a partir de las escalas de riesgo y varios datos críticos (IMC del

sujeto, presencia de patrones de alimentación insanos), indican si es necesario derivar al sujeto a un servicio de atención especializada para descartar o confirmar la presencia de un TCA. Permite obtener, entre otras, tres puntuaciones en las correspondientes escalas: obsesión por la delgadez (DT – 7 ítem), comportamientos bulímicos (B – 8 ítem) e insatisfacción corporal (BD – 10 ítems), además de una puntuación total.

- Cuestionario *Imagen: Evaluación de la insatisfacción con la imagen corporal* (Solano y Cano, 2010). Consta de 38 ítems y su aplicación permite la obtención de una puntuación total de insatisfacción con la imagen corporal, y tres puntuaciones independientes para sus principales componentes: insatisfacción cognitivo-emocional (ICE – 21 ítem), perceptiva (IPE – 10 ítem) y comportamental (ICL – 7 ítem). Incluye baremos contruidos a partir de muestras de población normal adolescente tanto femenina como masculina, así como de grupos con patología alimentaria y con riesgo de padecerla. Es de fácil aplicación y muy breve, por lo que se puede considerar una herramienta útil desde el punto de vista preventivo y terapéutico en ámbitos diversos como el clínico o el educativo.

En relación a la fiabilidad de ambas pruebas, se analizó la consistencia interna de ambas mediante el estadístico *alfa de Cronbach*, obteniéndose para el instrumento EDI-3-RF un valor de 0,91, y para el cuestionario IMAGEN un valor de 0,95, valores que concuerdan con los aportados en los estudios previos de ambos instrumentos y que arrojan una fiabilidad que podría ser considerada como “excelente” (George y Mallery, 1995).

Por otro lado, se recogió información de algunas variables sociodemográficas consideradas de interés, tales como la edad, la titulación cursada actualmente y el índice de masa corporal (kg/m^2). No obstante, este último dato no se han considerado en el análisis del presente artículo por exceder los objetivos del mismo.

Análisis de datos

Se emplearon técnicas descriptivas (tendencia central y dispersión) para el análisis global de resultados, y técnicas inferenciales para el contraste de hipótesis. De manera complementaria fueron utilizadas técnicas correlacionales con el fin de estudiar, fundamentalmente, las características del instrumento. Los análisis fueron realizados a través del programa *IBM Statistics SPSS 19*. En todos los casos se ha tomado el valor 0.05 como valor de significación que corresponde con un nivel de confianza del 95%.

Un análisis previo de las puntuaciones obtenidas mostró la ausencia de diferencias significativas en las escalas de los test en relación al tipo de carrera cursada y en función del centro (Facultad de Educación / Psicología), por lo que se decidió considerar a toda la muestra de forma unitaria para los análisis posteriores.

Dentro del análisis inferencial, con el fin de seleccionar las pruebas estadísticas más adecuadas a las características de los datos muestrales, se realizó un análisis previo de normalidad y homogeneidad de las distintas variables dependientes mediante

los estadísticos de *Kolgomorov-Smirnov* y *Shapiro-Wilk* (normalidad) y *F de Levene* (homogeneidad). Utilizando las variables independientes edad (recodificada en tres categorías) y titulación, las puntuaciones de los sujetos en ambas pruebas se distribuyen normalmente. Sin embargo, no sucede lo mismo si se utiliza la variable independiente del género.

Por lo tanto, en el primer caso los análisis inferenciales se realizaron por medio de técnicas paramétricas, y en el segundo por medio de técnicas no paramétricas. En concreto, las pruebas utilizadas fueron: (1) *t de Student*, para el análisis de diferencia de medias en las escalas de los dos cuestionarios en función del grupo de edad, considerando los dos niveles extremos de edad de los participantes (17-19 años por un lado, 24 años o más por otro), y (2) *U de Mann-Whitney*, empleado para la comparación de diferencias en los rangos de las puntuaciones en los cuestionarios en función del género.

Finalmente, realizamos un análisis complementario con el objetivo de conocer la cantidad de participantes que se encuentran en una situación de riesgo real de padecer TCA y que, en función de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario EDI-3-RF, deberían ser derivados a un especialista para un análisis más extenso. Siguiendo los criterios propuestos en el propio cuestionario, hemos incluido en esta categoría a los sujetos que obtuvieron en la escala de Obsesión por la delgadez (DT) una puntuación igual o superior a 12 puntos.

Resultados

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones medias globales de los participantes en las distintas escalas de los instrumentos empleados. La información relativa a este análisis puede verse en la Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos cuestionarios EDI-3-RF e IMAGEN

	N	Rango	Media	Desv. típica
Cuestionario EDI-3-RF				
DT	552	0-35	7,6	7,25
B	553	0-40	4,58	4,64
BD	548	0-50	11,53	9,02
Cuestionario IMAGEN				
ICE	547	0-84	29,56	19,26
IPE	559	0-40	3,43	5,13
ICL	563	0-28	1,21	2,62
TOTAL	543	0-152	34,14	24,63

Por otro lado, los análisis relativos a las diferencias de edad mostraron que las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (participantes más jóvenes, 17-19 años, frente a los mayores, de 24 años o más) resultaron ser estadísticamente similares. No obstante, en una de las escalas del cuestionario IMAGEN (IPE - componente perceptivo de la imagen corporal) la puntuación p referida a esta diferencia alcanzó un valor próximo a la significatividad [$t(130,962)=-1,817, p=0,072$], siendo los participantes mayores los que obtuvieron puntuaciones más altas asociadas a una imagen corporal negativa en la forma en la que perciben su propio cuerpo ($X = 4,25$, frente a $X = 2,98$ en el grupo de los más jóvenes).

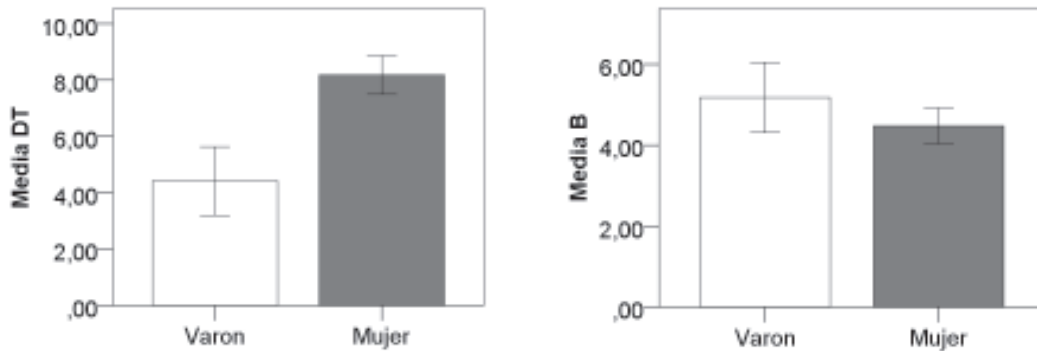
En el caso de las diferencias de género, los resultados estadísticos correspondientes a estos análisis pueden observarse en la Tabla 2. Como puede observarse, las diferencias de género en las puntuaciones de ambos cuestionarios en todos sus componentes resultaron estadísticamente significativas, a favor de la mujeres que puntuaron más alto en todas las escalas, excepto en la escala B del EDI-3-RF (comportamientos bulímicos), en la que los hombres obtuvieron puntuaciones ligeramente más elevadas. Las diferencias pueden observarse con detalle en las Figuras 1 y 2 que se muestran más abajo.

Para terminar, realizamos un análisis complementario con el objetivo de conocer el porcentaje de la población universitaria participante que se encontraba en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria según los criterios diagnósticos planteados en el EDI-3-RF. Este cuestionario considera un claro punto de corte que permite decidir al evaluador cuándo una persona debe ser derivada a un especialista para un estudio más riguroso de su caso, por encontrarse en riesgo elevado de padecer un TCA. Concretamente, sugiere considerar la escala DT (obsesión con la delgadez) como medida de screening, planteando la necesidad de derivar a las personas que obtengan una puntuación de 12 o más en este componente. Siguiendo este criterio, comprobamos que el 11,9% de los varones y el 29,9% de las mujeres estaban incluidas en este grupo de "alto riesgo".

Tabla 2. Análisis de diferencias de género – resultados prueba U de Mann-Whitney

	Sexo	Rango	Suma promedio	Z de rangos	p
DT	H	198,08	16639	-4,91	0,000
	M	290,57	135989		
B	H	312,89	26283	-2,25	0,024
	M	270,57	126898		
BD	H	185,41	15203,5	-5,53	0,000
	M	290,18	135222,5		
ICE	H	181,87	15277	-5,77	0,000
	M	289,61	133508		
IPE	H	214,57	18024	-4,12	0
	M	290,44	137379		
ICL	H	239,72	20376	-2,9	0,004
	M	288,37	137265		
TOTAL	H	179,85	14927,5	-5,77	0
	M	287,52	131683,5		

Figura 1. Diferencias de género en las escalas del cuestionario EDI-3-RF



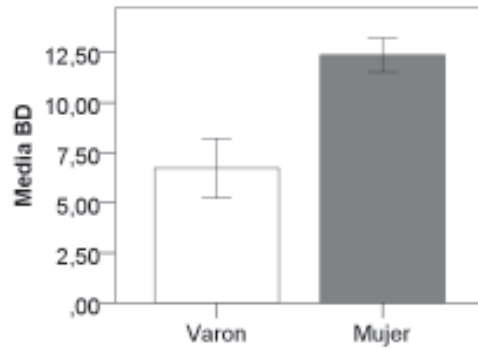
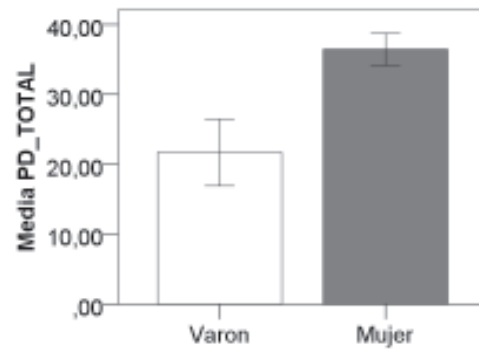
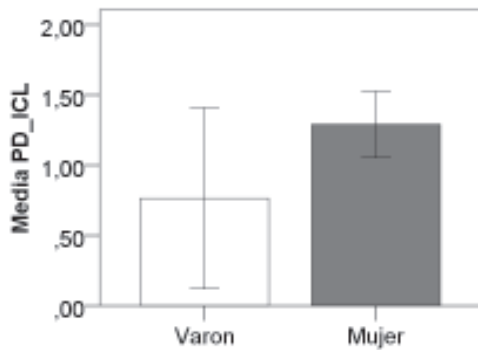
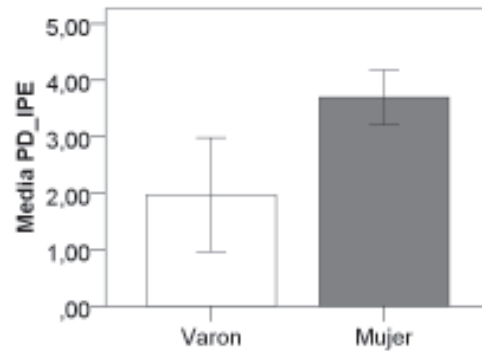
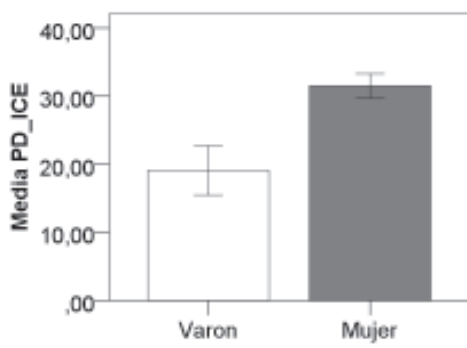


Figura 2. Diferencias de género en las escalas del cuestionario IMAGEN



Por otro lado, el porcentaje de sujetos en riesgo fue muy similar en los tres grupos de edad estudiados, aunque se constató un descenso significativo en el porcentaje conforme avanza el grupo de edad (29,2% en el grupo de 17-19 años; 26,8% en el grupo de 20-24 años y 24,4% en el de los mayores). No obstante, la prueba de Chi-cuadrado no arrojó diferencias estadísticamente significativas en relación a esta variable.

Conclusiones

Los resultados generales observados en este estudio preliminar indican que existe una proporción importante de estudiantes universitarios que se encuentran en riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta alimentaria, presentando puntuaciones relativamente elevadas en los distintos componentes de los dos instrumentos empleados. Así, las puntuaciones obtenidas en el cuestionario EDI-3-RF indican que los universitarios que participaron en el estudio muestran niveles significativos de obsesión por la delgadez, rasgos bulímicos o insatisfacción corporal elevada, todos ellos claros factores de riesgo asociados al desarrollo de TCA (Mazzeo y Bulik, 2009). Estos datos son similares a los encontrados en otros estudios previos realizados con universitarios en nuestro país (Lameiras, Calado y Rodríguez, 2003; Sepúlveda, Gandarillas y Carrobes, 2004).

Partiendo de la puntuación de una de las escalas de este instrumento observamos cómo el porcentaje de personas que deberían ser remitidas a un especialista clínico para una evaluación más extensa es muy elevado (27%). Esto indica que más de la cuarta parte de los alumnos consultados presentan sentimientos en relación a su propio cuerpo asociados a una fuerte insatisfacción corporal y que, siguiendo criterios clínicos, deberían ser sometidos a posteriores análisis que permitieran discernir si padecen ya de hecho algún tipo de TCA. Comparando estos datos con los del estudio de Sepúlveda, Gandarillas y Carboles (2005) observamos que la población analizada en nuestro trabajo presenta tasas significativamente superiores de personas en riesgo. Puesto que desconocemos a qué se debe esta mayor incidencia de riesgo de TCA entre los estudiantes de Educación y Psicología, comparado con otras muestras de universitarios en general, consideramos que es importante analizar en futuros trabajos si estas diferencias están relacionadas con los años transcurridos entre ambos estudios, los instrumentos de medida o posibles características específicas de estos alumnos que podrían situarlos en mayor riesgo.

Por su parte, los datos obtenidos en el cuestionario de IMAGEN indican que los participantes presentan de forma congruente niveles relativamente elevados de pensamientos, emociones, conductas y percepciones asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria.

Como era de esperar, las puntuaciones en ambos cuestionarios se distribuyen de una forma muy distinta en función del sexo, tal y como ocurre en todos los trabajos

comentados en la introducción (Andersen, 2005; Lameiras, Calado y Rodríguez, 2003; Sepúlveda, Gandarillas y Carboles, 2005).

Así, las alumnas obtienen puntuaciones más elevadas en casi todos los componentes analizados, presentando por lo tanto actitudes más negativas hacia su propia imagen corporal (a nivel afectivo, comportamental y perceptivo), mayor insatisfacción corporal y mayor obsesión por la delgadez que sus compañeros varones.

Sin embargo, resulta especialmente llamativo constatar que en una de las puntuaciones del EDI-3-RF, la correspondiente a la presencia de conductas bulímicas, los participantes varones han obtenido puntuaciones significativamente más elevadas que sus compañeras. Por el momento, no tenemos ninguna explicación que pueda arrojar luz sobre este resultado inesperado, aunque trabajos previos han constatado un importante aumento de la insatisfacción corporal y los TCA entre los hombres de países occidentales en los últimos años (Andersen, 2005). Conviene profundizar en esta línea en futuros trabajos y considerar posibles variables que estén influyendo en la aparición de esta diferencia de género, infrecuente en el área de los TCA. Así, deberían considerarse determinadas características individuales propias de la población de universitarios de carreras relacionadas con la educación/psicología que pudieran situarlos una posición de mayor riesgo a la hora de padecer este tipo de prácticas. En este sentido, habría que considerar por ejemplo la orientación sexual de los participantes, pues estudios recientes indican crecientes tasas de TCA entre hombres homosexuales (Feldman y Meyer, 2007). En este sentido, no debemos olvidar las reservas manifestadas en algunos trabajos (Andersen, 2005) en relación a la aplicación de este tipo de instrumentos en varones, diseñados en general para detectar las características del trastorno en población femenina. Además, las prácticas incluidas en esta escala están directamente relacionadas con la presencia de atracones y conductas de alimentación descontroladas.

Por otro lado, el análisis de diferencias relacionadas con los grupos de edad nos ha permitido constatar que el riesgo de TCA y los patrones de imagen corporal inadecuados se mantienen estables a lo largo de todas las edades analizadas, en línea con trabajos recientes realizados con mujeres a lo largo de todo el ciclo vital (Tiggemann y Lynch, 2001).

En este sentido, observamos cómo la población en riesgo de sufrir TCA es también muy amplia en el grupo de participantes mayores (25 años o más), lo que debería hacernos reflexionar sobre la necesidad de implementar estrategias de prevención e intervención que abarquen a grupos de edad más amplios de los que suelen ser habituales, orientados mayoritariamente a adolescentes.

No obstante, la investigación que se plantea en este trabajo presenta diferentes limitaciones que deben ser observadas a la hora de considerar los datos obtenidos. En primer lugar, la población de estudio es una muestra incidental, por lo que los resultados deben ser analizados con cautela a la hora de extrapolarlos a toda la

población universitaria de nuestra región o país. En esta línea, estamos actualmente ampliando el número de participantes con el objetivo de conseguir una muestra representativa de los estudiantes que asisten a la Facultad de Educación. Por otro lado, al tratarse de una evaluación que trata conceptos clínicos, expertos en el área destacan la absoluta necesidad de realizar estudios de doble fase para obtener datos de prevalencia exactos que puedan ser empleados por los profesionales (Peláez, Labrador y Raich, 2004). Estos estudios deben incluir la aplicación de pruebas de barrido o screening (como las utilizadas en este trabajo), así como sendas entrevistas diagnósticas, realizadas a los sujetos que hayan sido categorizados en este primer barrido como personas en "alto riesgo".

En definitiva, los datos contemplados en este trabajo destacan la gran relevancia social de los aspectos relacionados con la imagen corporal y los trastornos de la conducta alimentaria, considerados por algunos expertos como una "epidemia" en los países occidentales (Gordon, 2000). Como hemos visto, estos problemas parecen ser especialmente significativos entre las estudiantes universitarias, quienes parecen estar en riesgo elevado de desarrollar un problema de este tipo.

El rol preventivo que pueden ejercer profesores, psicólogos y en general cualquier profesional de la educación que trabaje con niños y jóvenes es indudable (Yager y O´Dea, 2005). Sin embargo, consideramos especialmente importante ampliar el conocimiento que poseemos sobre las actitudes, conocimientos y creencias de estos profesionales en este área, así como sus propias situaciones de riesgo, pues cualquier intervención de tipo preventivo o clínico que se realice en este sentido debe partir de las mismas para resultar óptima.

Los datos que obtenidos en este trabajo y en otros estudios previos (O´Dea y Abraham, 2001; Yager y O´Dea, 2009) parecen indicar la necesidad de comenzar las tareas de formación e intervención en este área durante los primeros años universitarios de aquellos que serán futuros profesores o psicólogos. Destacamos además, junto con otros autores (Lameiras, Calado y Rodríguez, 2003), la necesidad de implementar estrategias de intervención y prevención dirigidas específicamente a los estudiantes de nuestras universidades, tal y como se viene haciendo desde hace años en otros países como Estados Unidos (Taylor et al., 2006). A pesar de no encontrarse en la etapa de la adolescencia, en la que el riesgo de este tipo de trastorno alcanza sus cotas máximas, los niveles observados son suficientemente alarmantes como para plantearse este tipo de intervenciones.

Referencias bibliográficas

- Abraham, S. F., & Llewellyn-Jones, D. (1997). *Eating disorder: The facts*. Oxford: Oxford University Press.
- American Psychiatric Association. (2001) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR*. Barcelona: Masson. Autor.
- Andersen, A. (2005). Eating disorders in males. En C. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.). *Eating disorders and obesity, (2a. Ed.)*. A comprehensive handbook. NY: The Guildford Press.
- Baile, J., Guillén, F. & Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal con adolescentes medida con el body shape questionnaire /BSQ efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 439-450.
- Ballester, R. & Guirado, M. C. (2003). Detección de conductas alimentarias de riesgo en niños de once a catorce años. *Psicothema*, 15(4), 556-562.
- Castro, J. & Toro, J. (2004). *Anorexia nerviosa. El peligro de adelgazar*. Barcelona: Morales I Torres.
- Cooper, P., Taylor, M. , Cooper, Z., & Fairburn, C. . (1986). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Crow, S., Praus, B., & Thuras, P. (1999). Mortality from eating disorders –A 5 to 10 years record linkage study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 97-101.
- Dorian, B., & Garfinkel, P. (1995). The contributions of epidemiologic studies to the etiology and treatment of the eating disorders. *Psychiatric Annals*, 29, 187-192.
- Erickson, S., & Gerstle, M. (2007). Developmental considerations in measuring children's disordered eating attitudes and behaviors. *Eating Behavior*, 8(2), 224-235.
- Garner, D., Olmstead, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- George, D., & Mallery, P. (1995). *SPSS/PC+ step by step: A simple guide and reference*. Belmont, USA: Wadsworth.
- Gordon, R. (2000). *Eating Disorders: Anatomy of a social epidemic, (2a. Ed.)*. USA: Blackwell.

- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Lameiras, M., Calado, M. & Rodríguez., Y. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 23-33.
- Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (Eds.) (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Hove, England: Psychology Press.
- Maganto, C. & Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 30, 45-48.
- Mazzeo, S., & Bulik, C. (2010). Environmental and genetic risk factors for eating disorders: What the clinician needs to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 67-82.
- O'Brien, K., Hunter, J., & Banks, M. (2006). Implicit anti-fat bias in physical educators: Physical attributes, ideology, and socialization. *International Journal of Obesity*, 31, 308-314.
- O'Dea, J., & Abraham, S. (2001). Knowledge, beliefs, attitudes, and behaviors related to weight control, eating disorders, and body image in Australian trainee home economics and physical education teachers. *Journal of Nutrition Education*, 33(6), 332-340.
- Olivardia, R., Pope, H. , Borowiecki, J., & Cohane, G. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men and Masculinity*, 5(2), 112-120.
- Peláez, M., Labrador, F. & Raich, R. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 71(72), 33-41.
- Pelaez, M., Labrador, F., & Raich, R. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 681- 690.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., De Irala-Estévez, J., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F. & Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114, 481-486.

- Polivy, J., & Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology, 53*, 187-213.
- Rich, S., Essery, E., Sanborn, C., Di Marco, N., Morales, L., & LeClere, S. (2008). Predictors of Body Size Stigmatization in Hispanic Preschool Children. *Obesity, 16*, S11-S17.
- Rosen, J. C. (1993). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. En J.H. Crowther, S.E., Hobfoll, M.A.P. Stephens, y D.L. Tennebaum. (Eds.), *The aetiology of bulimia: The individual and family context*. Washington, DC: Hemisphere Publishers.
- Sepúlveda, A., Gandarillas, A. & Carrobles, J. (2004). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *Revista Psiquiatría. com.*, 8(2). Disponible en <http://www.psiquiatria.com/revista/index.php/psiquiatriacom/article/view/315/>
- Solano, N., & Cano, A. (2010). *Image n. Evaluación de la insatisfacción con la imagen corporal*. Madrid: TEA.
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research, 53*(3), 985-993.
- Taylor, C., Bryson, S., Luce, K., Cunnig, D., Doyle, A., Abascal L...Wilfley, D. (2006). Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry, 63*, 881-888.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. NY: Pergamon Press.
- Tiggeman, M., & Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology, 2*, 243-253.
- Yager, Z., & O´Dea, J. (2009). Body image, dieting and disordered eating and activity practices among teacher trainees: implications for school-based health education and obesity prevention programs. *Health Education Research, 24*(3), 472-482.
- Yager, Z., & O´Dea, J. (2005). The role of teachers and other educators in the prevention of eating disorders and child obesity: What are the issues? *Eating Disorders, 13*, 261-278.