



Revista Hacia la Promoción de la Salud

ISSN: 0121-7577

reprosa@ucaldas.edu.co

Universidad de Caldas

Colombia

Deossa Restrepo, Gloria Cecilia; Restrepo Betancur, Luis Fernando; Velásquez Vargas,  
John Edinson

ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS, COLOMBIA

Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 20, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 67-82

Universidad de Caldas

Manizales, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309142716005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS, COLOMBIA

*Gloria Cecilia Deossa Restrepo\**  
*Luis Fernando Restrepo Betancur\*\**  
*John Edinson Velásquez Vargas\*\*\**

Recibido en octubre 7 de 2014, aceptado en marzo 13 de 2015

---

## Citar este artículo así:

Deossa GC, Restrepo LF, Velásquez JE. Actitudes y comportamientos de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes universitarios, Colombia. *Hacia promoc. salud.* 2015; 20(1): 67-82.

---

## Resumen

**Objetivo:** Conocer las actitudes y los comportamientos asociados a la figura corporal y, por ende, a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en estudiantes de la Universidad de Antioquia (Colombia). **Materiales y Métodos:** El tamaño de la muestra estuvo constituido por 267 estudiantes (125 hombres y 142 mujeres), pertenecientes al estrato bajo, medio y alto ( $n = 92, 99$  y  $76$ , respectivamente); se utilizó análisis multivariado de la varianza (MANOVA) con contraste canónico de tipo ortogonal, análisis del factor, análisis de correspondencia múltiple y análisis de frecuencias de tipo unidimensional; para esto, se analizó la información recopilada mediante encuesta de acuerdo con los factores de discriminación por sexo y estrato socioeconómico. **Resultados:** Se encontró diferencia altamente significativa entre géneros referente al concepto que tienen sobre la condición corporal. De igual manera, se detectó diferencia estadística entre estratos socioeconómicos ( $p < 0,0001$ ). **Conclusiones:** Hay diferencias en las percepciones con respecto a la apariencia entre estrato y género; mientras los hombres juzgan y generan presiones en las mujeres por su apariencia, estas tratan de hacer controles en el consumo, seguir dietas, realizarse tratamientos para adelgazar, entre otros, lo que demuestra posiblemente que ellas perciben la presión de los comentarios y del medio en que viven y, por ende, adoptan conductas de riesgo para la salud, con el fin de lograr y mantener una figura delgada y lograr aceptación.

## Palabras clave

Imagen corporal, delgadez, dieta, modelos (*fuentes: DeCS, BIREME*).

---

\* Magíster en Ciencias de la Alimentación y Nutrición Humana. Profesora Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: gloria.deossa@udea.edu.co

\*\* Especialista en Estadística, Especialista en Biomatemática. Profesor Facultad de Ciencias Agrarias, Grupo Giser, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: frbstatistical@yahoo.es

\*\*\* Estudiante de Pregrado. Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: johneve911@gmail.com

## RISK ATTITUDES AND BEHAVIORS RELATED TO EATING DISORDERS AMONG UNIVERSITY STUDENTS IN COLOMBIA

### Abstract

**Objective:** To determine the attitudes and behaviors associated with body image and therefore to Eating Disorders (EDs) among students attending Universidad de Antioquia (Colombia). **Methods:** The size of the sample was composed of 267 students (125 men and 142 women), belonging to the low, middle and high socioeconomic classes ( $n = 92, 99$  and  $76$ , respectively). Multivariate analysis of variance (MANOVA) with orthogonal-type canonical contrast, factor analysis, multiple correspondence analysis and dimensional-type frequency analysis were used. To do this, the information collected through a survey according to the discriminating factors gender and socioeconomic class was analyzed. **Results:** A highly significant difference between genders regarding the concept of corporal condition was found. Similarly, statistical differences between socioeconomic classes ( $p < 0.0001$ ) was also found. **Conclusions:** There are differences in body image perceptions between social class and gender: while men judge and generate pressure on women because of their physical appearance, women, try to control food intake, follow diets and go through slimming treatments, among others, which possibly shows that women perceive the pressure of comments and of the environment they live in and, therefore, they adopt health risk behaviors in order to achieve and maintain a slim figure and gain acceptance.

### Key words

Body image, thinness, diet, models (*source: DeCS, BIREME*).

## ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRASTORNOS DA CONDUTA ALIMENTARIA EM JÓVENS UNIVERSITARIOS, COLÔMBIA

### Resumo

**Objetivo:** Conhecer as atitudes e os comportamentos associados à figura corporal e, por conseguinte, aos Transtornos da Conduta Alimentaria (TCA) em estudantes da Universidade de Antioquia (Colômbia). **Materiais e Métodos:** O tamanho da amostra esteve constituído por 267 estudantes (125 homens e 142 mulheres), pertencente ao estrato baixo, meio e alto ( $n = 92, 99$  e  $76$ , respectivamente); utilizou-se análise multivariada de variação (MANOVA) com contraste canônico de tipo ortogonal, análise de fator, análise de correspondência múltipla e análise de frequências de tipo unidimensional; para isto, se analisou a informação recopilada mediante enquete de acordo com os fatores de discriminação por sexo e estrato socioeconômico. **Resultados:** Encontrou-se diferença altamente significativa entre gêneros referentes ao conceito que tem sobre a condição corporal. De igual maneira, detectou-se diferença estatística entre estratos socioeconômicos ( $p < 0,0001$ ). **Conclusões:** Tem diferenças nas percepções com respeito à aparência entre estrato e gênero; enquanto os homens julgam e geram pressões nas mulheres por sua aparência, estas tratam de fazer controles no consumo, seguindo regimes, realizar-se tratamentos para adelgaçar, entre outros, o que demonstra possivelmente que elas percebem a pressão dos comentários e do meio em que vivem e, por conseguinte, adotam condutas de risco para a saúde, com o fim de lograr e manter uma figura delgada e lograr aceitação.

### Palavras chave

Imagem corporal, magreza, regime, modelos (*fonte: DeCS, BIREME*).

## INTRODUCCIÓN

En 2005, en Medellín, un grupo de profesionales con apoyo político y con alta preocupación por el aumento de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) en las jóvenes de la ciudad, llevaron a cabo varios talleres para combatir “El proyecto delgadez”, el cual causaba deterioro en el desarrollo de las mujeres; dicho proyecto ponía de manifiesto el tema de la búsqueda de la delgadez como ideal de éxito, aceptación social e inequidad de género, llevando principalmente a las mujeres a presentar insatisfacción corporal, temor a engordar y un impulso por la delgadez, “cosificando” a la mujer, al convertirla en objeto consumible y comercializable para el éxito económico de otros, como los empresarios de casas de modelos, gimnasios, promotores de medicamentos para adelgazar, de masajes, de cirugías estéticas, del comercio de dietas, entre otros; este “proyecto delgadez” transmitía el mensaje a la mujer: “todo entra por los ojos” y la belleza del cuerpo consiste en “estar muy flaca” (1).

Al ser asumida la delgadez como fundamental para la vida de las mujeres, se generan costumbres como el consumo frecuente de comida *light*, adopción de dietas muy restrictivas y ejercicio físico intenso, modas que requieren de una figura muy delgada y el uso de productos para bajar de peso de manera rápida, entre otras, pues el tema de la apariencia genera demasiada presión, aprovechando la vulnerabilidad en la imagen corporal.

Paul Schilder en su libro: *Imagen y apariencia del cuerpo humano*, propone la primera definición de imagen corporal, en la que se conjugan aportes de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola así: “la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (2). Por otro lado, recopilando diversas definiciones, Baile propone una definición con carácter integradora: “la imagen corporal es un constructo psicológico

complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia, genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas” (2). El tener una buena o mala imagen corporal influye en los pensamientos, sentimientos y conductas y, además, en la forma de interrelación con los demás (3).

Otras definiciones, plantean tres componentes que integran la imagen corporal de un sujeto (al igual que Pruzinsky y Cash), y afirman cómo la imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, e incluye los componentes perceptual, cognitivo y conductual (4). Entre los talleres y herramientas para combatir “El proyecto delgadez” en la ciudad de Medellín (Colombia), se definió un cuestionario de 22 preguntas, denominado ¿Cómo nos “toca” el proyecto delgadez?, el cual pretendía dar a conocer las actitudes o comportamientos, que permitían ver cómo la gente era tocada por dicho proyecto y cómo se contribuye a la difusión de la anorexibulimia (1).

Un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TAC) se define como un comportamiento irregular con respecto a la alimentación de un individuo; surge de una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico (4); en dichos casos, la alimentación se convierte en el centro de la vida, afectando su calidad (5).

Existen varios TCA. Entre los más comunes sobresalen la AN y la BN, que se caracterizan por comportamientos inapropiados para perder peso o evitar la ganancia del mismo (6); se pueden presentar en cualquier persona, pero son más comunes en preadolescentes o adolescentes de sexo femenino. Existen factores de riesgo para que se presenten, como son: la práctica de determinados deportes o actividades como el modelaje, el ballet o la gimnasia, para quienes es importante lograr una figura delgada, y se generan mayores presiones por la delgadez (7).

La AN es una enfermedad que se caracteriza por el miedo intenso a ganar peso, y por una imagen distorsionada del propio cuerpo (dismorfofobia); quienes la padecen presentan pérdidas de peso graves, debido a dietas extremadamente bajas en calorías, junto a exceso de ejercicios; por lo general, no se asocia con enfermedades orgánicas previas (8, 9).

La BN se considera un desorden alimenticio, causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva, seguidos de inducción del vómito, uso de laxantes, dietas exageradas y/o abuso del ejercicio para controlar el peso (9, 10).

Para explicar la génesis de estos trastornos se utiliza el enfoque de modelo “biopsicosocial” (11), que abarca varios factores como una posible vulnerabilidad biológica, de tipo genético (como desregulación de determinados neurotransmisores y hormonas) (12); una probable vulnerabilidad determinada por rasgos de personalidad (perfil de perfeccionismo-autoexigencia-competitividad en las AN restrictivas versus un perfil de descontrol impulsivo-propensión adictiva-inestabilidad en AN purgativas y bulímicas); una probable influencia de factores sociales (estereotipos estéticos, exaltación inadecuada de la perfección física, acción nociva de la publicidad y de los medios de comunicación), y una probable influencia de factores familiares (madre poderosa, madre preocupada excesivamente por la delgadez, padre poco relevante, estilo alimentario peculiar de muchas familias), todos estos factores y otros inciden en personas que están en una fase difícil de su vida, que se caracteriza por cambios físicos y psíquicos profundos, como es la adolescencia, produciéndose la enfermedad (13, 14).

Entre los factores de tipo social que están directamente involucrados en la adquisición de los TCA se destaca: la influencia de los medios de comunicación y las redes sociales, que se han

convertido en focos publicitarios, cuyo objetivo principal son los jóvenes, quienes pueden adquirir conductas de riesgo, trastornados por la imagen corporal que les sugieren y que pueden llegar a ser contraproducente para la salud.

En Internet se pueden encontrar *blogs* como “Mis amigas Ana y Mía”, en el cual se puede tener una directriz de cómo llegar a la AN y a la BN, pues se detalla el paso a paso de cómo llegar a un TCA, y además testimonios de adolescentes que viven estos trastornos y alientan a otra u otras jóvenes para que opten por este estilo de vida (15); llama la atención que las redes sociales y la Internet publiquen estas páginas.

Los criterios diagnósticos de los TCA se encuentran en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV)* y la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*, y surge una nueva clasificación denominada trastornos alimentarios no especificados “EDNOS”, lo que puede aumentar la dificultad de establecer las tasas de ocurrencia de TCA en la población adolescente y adulta joven (11, 14, 16).

En Medellín en 2014 se validó y utilizó la escala *Actitudes hacia la comida*, cuya versión original consta de 40 ítems, consolidados en 26, conservando sus características, confiabilidad y validez para la evaluación del riesgo de TCA en población femenina (17); este instrumento multidimensional modificado y abreviado, presenta excelentes valores de confiabilidad y sensibilidad y un adecuado valor de especificidad para el cribado de un posible TCA en población de riesgo; es útil en atención primaria para hacer detección temprana en mujeres jóvenes (14). Entre los principales hallazgos de la investigación en la que se usó dicho instrumento y participaron 136 mujeres de 15-25 años, se encontró que el 60% presentó comorbilidad depresiva, el 52% AN y el resto BN (17).

El objetivo de esta investigación es conocer las actitudes y los comportamientos asociados a la



figura corporal y, por ende, a los TCA en estudiantes de la Universidad de Antioquia (Colombia).

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo exploratorio de tipo multidimensional de corte transversal, con carácter inferencial. Para llevar a cabo el proceso investigativo se diseñó una encuesta de tipo estructurado, con 22 preguntas, adaptado de “El proyecto delgadez”, el cual pretende conocer cómo se contribuye a la difusión de la anorexia bulimia o de los TCA en población joven (1), teniendo en cuenta variables de tipo cualitativo asociadas a patrones probabilísticos, multinomial y binomial. La encuesta se sometió a juicio de expertos con el objetivo de verificar la pertinencia de las preguntas y de la metodología propuesta. Adicionalmente, se realizó un control de calidad sobre la digitación de la información y sobre el proceso de recopilación de los datos en campo, con el objetivo de validar los resultados generados del proceso estadístico.

La encuesta contenía las siguientes preguntas: V1= Sexo. V2= Estrato. V3= ¿Obsesivamente estoy indagando y experimentando con dietas? V4= ¿Soy fanática(o) de la comida *light*? V5= ¿Siempre estoy evaluando la figura de las otras personas? V6= ¿Se me volvió como automático mirar de arriba abajo las mujeres?, ¿cómo va vestida, qué tiene?, ¿hago el chequeo de qué tan gorda o qué tan flaca está? V7= Frecuentemente pregunto: ¿Usted qué hace o cómo hace para estar tan flaca? V8= ¿Cuando me reúno con otras personas siempre saco el tema de la apariencia física? V9= ¿Acepto los cambios propios de mi cuerpo, según la edad que tengo? V10= ¿Cada vez que entro al gimnasio estoy en competencia y me exijo más allá de la cuenta? V11= ¿Yo creo que hay que seguir la moda aunque incomode? V12= ¿Hago críticas mal intencionadas sobre la

figura corporal de otras personas? V13= ¿Tiendo a identificarme con modelos, olvidándome de lo que quiero ser yo misma(o)? V14= ¿Compro basada(o) en la publicidad? V15= ¿Realmente me interesa mucho el “qué dirán”? V16= ¿Me gustaría realizarme una cirugía estética? V17= ¿Me gustaría realizarme un tratamiento para adelgazar? V18= ¿Me pongo el jean de moda así haga sufrir a mi cuerpo? V19= ¿Siento fastidio por los gordos y no los contrataría? V20= ¿Me interesa, compro y consumo todo lo que ofrecen para adelgazar? V21= ¿No me pierdo la sesión de farándula de la TV? V22= ¿Cómo hombre solo me fijo en el cuerpo de las mujeres y no me gustan las gordas? V23= ¿Cuando salimos en grupo nos dedicamos a clasificar los cuerpos femeninos: “buena”, “ballena”, “no clasifica”? V24= Pienso como hombre: ¿“esa mujer es especial, pero muy gorda”? Anotando que las preguntas V3, V4, V5, V6, V8, V10, V11, V18, V20 y V21 tenían las siguientes alternativas de respuesta: siempre, casi siempre, a veces, nunca; mientras que para las demás era sí o no.

### Muestra

La técnica de muestreo empleada fue muestreo aleatorio de proporciones en forma doblemente estratificado, por género y estrato socioeconómico. Se utilizó un nivel de confiabilidad del 95% y un error máximo permisible del 6%, donde los parámetros estimados P y Q adoptaron el valor del 50%, debido a que no se poseen estudios anteriores sobre el proyecto asociado con la encuesta aplicada en una población de universitarios en la ciudad de Medellín, cuya edad osciló entre los 18 a 24 años de edad. El tamaño definitivo de la muestra fue de 267 estudiantes. La muestra se eligió en forma aleatoria, condicionada, de acuerdo con el criterio de estratificación antes citado, utilizando una distribución uniforme para la escogencia de los estudiantes a encuestar. La encuesta fue aplicada con la participación voluntaria de los estudiantes. La base de datos se elaboró en una hoja electrónica de acuerdo con el formato delineado en la encuesta,

y se realizó un estricto control de calidad en tres etapas del proceso investigativo, con el fin de garantizar los resultados y conclusiones generadas a la luz de la información.

La fórmula de muestreo empleada para la selección del número de estudiantes fue:

$$n = z^2(1-\alpha/2)*P*Q/\epsilon^2$$

$z(1-\alpha/2)$ : corresponde al valor que se deriva de la distribución normal, para un nivel de significancia  $\alpha = 0,05$ .

$P = 0,5$  valor asociado con el parámetro de interés;  
 $Q = 1-P$ .

$\epsilon$ : es el error máximo permisible, para el estudio se escogió el valor del 6%.

No se aplicó factor de ajuste por finitud, debido a que el tamaño de la muestra es menor al 5% en relación al tamaño de la población. Para la elección de los estudiantes de acuerdo con el género, se aplicó la fórmula:  $nh = (n*Nh/N)$ .

$Nh$ : corresponde al tamaño del estrato;  $nh$ : tamaño de la muestra dentro del estrato.

Para la elección de estudiantes dentro del estrato se aplicó el criterio de ponderación (34% bajo, 37% medio, 29% alto).

### Ficha Técnica

La población objetivo estuvo conformada por estudiantes universitarios estatales pertenecientes a la Universidad de Antioquia matriculados en el periodo académico I del año 2014, donde el tamaño de la población fue de 30919. Se tuvo en cuenta el estrato socioeconómico reclasificándolo en alto, medio y bajo. El tamaño de la muestra fue de 267 estudiantes (125 hombres, 142 mujeres). Se eligieron 92 de estrato bajo, 99 de estrato medio y 76 de estrato alto.

Para el análisis estadístico de los datos, se empleó la técnica multivariada de la varianza

MANOVA con contraste canónico ortogonal, estableciendo la dimensionalidad de la comparación multidimensional, por medio del criterio de máxima verosimilitud observando el mayor valor propio significativo; el estudio se efectuó con variables respuestas de tipo cualitativo, las cuales están asociadas a distribuciones probabilísticas de tipo binomial expresada en porcentaje de acuerdo con los criterios de estratificación, donde el MANOVA se realizó sobre el constructor de las componentes derivados del análisis del factor, empleando la matriz de correlación tetracórica y estableciendo las ecuaciones derivadas de cada eje; se utilizó la rotación oblicua y método GLS (mínimos cuadrados generalizados) de estimación; se empleó el análisis paralelo para la selección del número de factores. Adicionalmente, se elaboraron cruces de variables mediante tablas de contingencia bidimensionales, comprobando la relación de variables por la técnica  $\chi^2$ . Finalmente, se efectuaron análisis de frecuencia unidimensionales por sexo y estrato. Se empleó el paquete estadístico SAS versión 9.0, el paquete FACTOR 8, SPAD 3.5 y el paquete SYSTAT.

### Consideraciones éticas

Según el Ministerio de Salud de Colombia, en la Resolución número 008430, de octubre de 1993, artículo 11, la investigación se clasificó con riesgo mínimo, y cumplió con todas las consideraciones éticas. Todos los estudiantes universitarios indagados aceptaron la participación en el estudio de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado.

## RESULTADOS

Al efectuar el análisis comparativo entre sexos para las variables bajo estudio, se detectó diferencia estadística ( $p < 0,05$ ) relacionada con un mayor porcentaje de respuestas dadas por las mujeres, para el siguiente conjunto de variables: ¿Obsesivamente estoy indagando y experimentando con dietas? (V3); ¿Soy fanática(o) de la comida *light*? (V4);

Frecuentemente pregunto: ¿Usted qué hace o cómo hace para estar tan flaca? (V7); ¿Me gustaría realizarme una cirugía estética? (V16); ¿Me gustaría realizarme un tratamiento para adelgazar? (V17); ¿Me interesa, compro y consumo todo lo que ofrecen para adelgazar? (V20).

Los hombres presentaron mayor porcentaje de respuestas relacionadas con el siguiente conjunto de variables ( $p < 0,05$ ): ¿Se me volvió como automático mirar de arriba abajo las mujeres?, ¿cómo va vestida, qué tiene?, ¿hago el chequeo de

qué tan gorda o qué tan flaca está? (V6); ¿Cada vez que entro al gimnasio estoy en competencia y me exijo más allá de la cuenta? (V10); ¿Hago críticas mal intencionadas sobre la figura corporal de otras personas? (V12); ¿Cómo hombre solo me fijo en el cuerpo de las mujeres y no me gustan las gordas? (V22); ¿Cuando salimos en grupo nos dedicamos a clasificar los cuerpos femeninos: “buena”, “ballena”, “no clasifica”? (V23); Pienso como hombre: ¿“esa mujer es especial, pero muy gorda”? (V24). (Ver Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución porcentual y comparativa por sexo para las variables indagada**

Variable	Masculino (%) n = 125					Femenino (%) n = 142				
	Sí	S	CS	AV	N	Sí	S	CS	AV	N
V3	20,0b	2,4	3,2	14,4	80,0	52,1a	2,1	8,4	41,6	47,9
V4	27,2b	4,0	3,2	20,0	72,8	40,1a	2,8	5,6	31,7	59,9
V5	75,2a	7,2	15,2	52,8	24,8	78,2a	10,6	16,2	51,4	21,8
V6	91,1a	18,6	25,8	46,7	8,9	75,3b	7,8	17,6	50	24,6
V7	21,7b	1,6	3,2	16,9	78,3	53,5a	3,5	9,1	40,9	46,5
V8	54,4a	3,2	6,4	44,8	45,6	57,3a	4,2	4,2	48,9	42,7
V9	86,9a	.	.	.	.	82,8a	.	.	.	.
V10	55,6a	11,3	13,7	30,6	44,4	43,8b	2,9	7,9	33	56,2
V11	8,8a	.	.	.	.	7,0a	.	.	.	.
V12	54,0a	4,8	3,2	46,0	46,0	45,8b	4,2	0,7	40,9	54,2
V13	12,9a	3,2	0,8	8,9	87,1	12,6a	0,7	2,1	9,8	87,4
V14	36,3a	.	.	.	.	33,8a	.	.	.	.
V15	20,9a	.	.	.	.	22,5a	.	.	.	.
V16	16,0b	.	.	.	.	52,8a	.	.	.	.
V17	11,2b	11,2	88,8	.	.	99,3a	41,5	57,7	0,1	0,7
V18	3,2a	.	.	.	.	3,6a	.	.	.	.
V19	8,1a	.	.	.	.	13,0a	.	.	.	.
V20	13,8b	2,4	0,8	10,6	86,2	29,8a	0,7	2,8	26,3	70,3
V21	39,3a	.	.	.	.	33,6a	.	.	.	.
V22	73,1a	13,8	17,9	41,4	26,9	16,7b	.	.	.	83,3
V23	74,7a	15,4	15,4	43,9	25,3	26,0b	1,2	24,7	0,1	74,0
V24	41,6a	.	.	.	.	10,0b	.	.	.	.

Letras distintas indican diferencia significativa ( $p < 0,05$ ). S: siempre; AV: a veces; CS: casi siempre; N: nunca. Espacios vacíos: no se preguntó por la alternativa, colocándose un punto (.).

*Fuente: Elaboración propia.*



El análisis comparativo entre estratos para la modalidad “siempre”; presentó diferencia altamente significativa ( $p < 0,0001$ ) entre el estrato alto con respecto a los demás estratos, para las variables: ¿Soy fanática(o) de la comida *light*? (V4); ¿Se me volvió como automático mirar de arriba abajo

las mujeres?, ¿cómo va vestida, qué tiene?, ¿hago el chequeo de qué tan gorda o qué tan flaca está? (V6); ¿Cada vez que entro al gimnasio estoy en competencia y me exijo más allá de la cuenta? (V10); Pienso como hombre: ¿“esa mujer es especial, pero muy gorda”? (V24). (Ver Tabla 2).

**Tabla 2. Análisis comparativo por estrato, expresado en porcentaje para la modalidad “siempre” lo hago**

Variable	Estrato		
	Bajo (%) n = 92	Medio (%) n = 99	Alto (%) n = 76
V3	1,9a	2,2a	3,0a
V4	1,9b	1,6b	12,1a
V5	5,7a	9,5a	9,0a
V6	11,5b	11,2b	24,2a
V7	1,9a	2,2a	3,0a
V8	3,9a	3,3a	3,0a
V9	82,6a	85,8a	81,2a
V10	0,0c	6,2b	21,2a
V11	7,6a	7,3a	9,0a
V12	3,9a	5,0a	3,0a
V13	1,9a	1,7a	3,0a
V14	26,9b	37,6a	30,3ab
V15	15,3b	24,1a	18,1ab
V16	23,0b	38,5a	39,4a
V17	21,1a	28,4a	27,2a
V18	3,9a	3,4a	3,0a
V19	9,6a	11,5a	9,1a
V20	1,9a	1,1a	3,0a
V21	23,2b	38,2a	43,7a
V22	10,3a	9,7a	2,0b
V23	12,5a	8,0a	11,5a
V24	41,3b	31,0c	50,0a
Prueba	Sexo (valor de p)		Estrato (valor de p)
Wilks' Lambda	< 0,0001		< 0,0001
Pillai's Trace	< 0,0001		< 0,0001
Hotelling-Lawley T	< 0,0001		< 0,0001
Roy's Greatest R	< 0,0001		< 0,0001

Fuente: elaboración propia.

El análisis multivariado de la varianza (MANOVA), permitió detectar diferencia altamente significativa entre sexos en algunos aspectos relacionados con la condición corporal ( $p < 0,0001$ ), tomando todas las variables bajo estudio de manera simultánea. De igual forma, se detectaron diferencias altamente significativas entre estratos socioeconómicos ( $p < 0,0001$ ), lo que indica que el hacer comentarios sobre el cuerpo, también está diferenciado entre las clases sociales. (Ver Tabla 2).

El análisis del factor, permitió la definición de tres clúster de variables para cada género, así: el factor 1 para el sexo masculino está definido por: ¿Obsesivamente estoy indagando y experimentando con dietas?; Frecuentemente pregunto: ¿Usted qué hace o cómo hace para estar tan flaca?; ¿Cuando me reúno con otras personas siempre saco el tema de la apariencia física?; ¿Yo creo que hay que seguir la moda aunque incomode?; ¿Siento fastidio por los gordos y no los contrataría?; ¿Me interesa, compro y consumo todo lo que ofrecen para adelgazar?

Para el factor 1, las mujeres se identifican con las variables: ¿Obsesivamente estoy indagando y experimentando con dietas?; ¿Siempre estoy evaluando la figura de las otras personas?; ¿Se me volvió como automático mirar de arriba abajo las mujeres?; ¿cómo va vestida, qué tiene?; ¿hago el chequeo de qué tan gorda o qué tan flaca está?; Frecuentemente pregunto: ¿Usted qué hace o cómo hace para estar tan flaca?; ¿Cuando me reúno con otras personas siempre saco el tema de la apariencia física?; ¿Acepto los cambios propios de mi cuerpo, según la edad que tengo?; ¿Hago críticas mal intencionadas sobre la figura corporal de otras personas?; ¿Realmente me interesa mucho el “qué dirán”?; ¿Me gustaría realizarme una cirugía estética?; ¿Me gustaría realizarme un tratamiento para adelgazar?; ¿Me interesa, compro y consumo todo lo que ofrecen para adelgazar? (Ver Tabla 3).

El factor 2 para el sexo masculino lo definió el siguiente conjunto de variables: ¿Siempre estoy evaluando la figura de las otras personas?; ¿Se me volvió como automático mirar de arriba abajo las mujeres?; ¿cómo va vestida, qué tiene?; ¿hago el chequeo de qué tan gorda o qué tan flaca está?; ¿Me gustaría realizarme un tratamiento para adelgazar?; ¿No me pierdo la sesión de farándula de la TV? El factor 2 para el sexo femenino lo definen las variables: ¿Obsesivamente estoy indagando y experimentando con dietas?; ¿Soy fanática(o) de la comida *light*?; ¿Compro basada(o) en la publicidad?; ¿Siento fastidio por los gordos y no los contrataría?, tal como se aprecia en la Tabla 3.

El análisis del factor para el estrato socioeconómico bajo (Tabla 4) prioriza el siguiente conjunto de variables asociadas con el factor 1: ¿Obsesivamente estoy indagando y experimentando con dietas?; ¿Soy fanática(o) de la comida *light*?; Frecuentemente pregunto: ¿Usted qué hace o cómo hace para estar tan flaca?; ¿Yo creo que hay que seguir la moda aunque incomode?; ¿Tiendo a identificarme con modelos, olvidándome de lo que quiero ser yo misma(o)?; ¿Me gustaría realizarme una cirugía estética?; ¿Me gustaría realizarme un tratamiento para adelgazar?; ¿Me pongo el jean de moda así haga sufrir a mi cuerpo?; ¿Me interesa, compro y consumo todo lo que ofrecen para adelgazar?

Para el estrato medio el primer componente lo definen: ¿Obsesivamente estoy indagando y experimentando con dietas?; ¿Siempre estoy evaluando la figura de las otras personas?; ¿Se me volvió como automático mirar de arriba abajo las mujeres?; ¿cómo va vestida, qué tiene?; ¿hago el chequeo de qué tan gorda o qué tan flaca está?; ¿Cuando me reúno con otras personas siempre saco el tema de la apariencia física?; ¿Tiendo a identificarme con modelos, olvidándome de lo que quiero ser yo misma(o)?; ¿Me gustaría realizarme una cirugía estética?

Tabla 3. Análisis del factor por sexo

Variable	Sexo masculino n = 125			Sexo femenino n = 142		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 1	Factor 2	Factor 3
V3	0,73	0,1	-0,06	0,64	-0,50	-0,12
V4	0,50	-0,25	-0,07	0,42	-0,44	0,01
V5	0,51	0,47	0,33	0,68	0,18	-0,34
V6	0,48	0,50	0,34	0,65	0,27	-0,39
V7	0,75	0,06	-0,18	0,69	-0,28	-0,06
V8	0,68	0,01	0,04	0,55	0,34	-0,03
V9	-0,30	0,16	0,07	-0,53	0,30	0,16
V10	0,43	0,05	0,42	0,48	0,01	-0,15
V11	0,57	-0,31	0,09	0,34	-0,08	0,59
V12	0,67	0,23	0,08	0,51	0,27	-0,19
V13	0,80	-0,21	-0,03	0,50	0,01	0,38
V14	0,39	0,09	0,33	0,20	0,51	0,14
V15	0,39	-0,02	0,37	0,55	0,37	0,14
V16	0,54	0,13	-0,45	0,54	0,07	0,06
V17	0,37	0,43	-0,36	0,63	-0,21	0,04
V18	0,70	-0,41	-0,17	0,25	0,12	0,60
V19	0,69	-0,40	-0,06	0,25	0,61	0,12
V20	0,84	0,09	-0,20	0,67	-0,34	0,21
V21	0,10	-0,50	0,47	0,02	0,20	-0,30
Proporción*	0,2671	0,3746	0,4508	0,3425	0,4268	0,4984
Estadísticos	KMO = 0,778	Test esfericidad Bartlett = 5475,7 p < 0,01		KMO = 0,715	Test esfericidad Bartlett = 4348,6 p < 0,01	

\* Proporción acumulada.

Fuente: elaboración propia.

Para el estrato alto el primer factor se define a partir del conjunto de variables: ¿Obsesivamente estoy indagando y experimentando con dietas?; ¿Siempre estoy evaluando la figura de las otras personas?; Frecuentemente pregunto: ¿Usted qué hace o cómo hace para estar tan flaca?; ¿Hago críticas mal intencionadas sobre la figura corporal

de otras personas?; ¿Tiendo a identificarme con modelos, olvidándome de lo que quiero ser yo misma(o)?; ¿Me pongo el jean de moda así haga sufrir a mi cuerpo?; ¿Siento fastidio por los gordos y no los contrataría?; ¿Me interesa, compro y consumo todo lo que ofrecen para adelgazar?

**Tabla 4. Análisis del factor por estrato**

Variable	Estrato bajo n = 92		Estrato medio n = 99		Estrato alto n = 76	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
V3	0,75	0,04	0,65	-0,51	0,74	-0,39
V4	0,62	0,04	0,49	-0,37	0,38	-0,10
V5	0,56	0,60	0,59	0,14	0,67	-0,50
V6	0,28	0,72	0,60	0,29	0,37	-0,35
V7	0,76	0,02	0,69	-0,35	0,77	-0,19
V8	0,55	0,51	0,58	0,38	0,72	0,27
V9	-0,44	-0,14	-0,37	0,21	-0,62	0,50
V10	0,37	0,16	0,44	0,21	0,42	-0,45
V11	0,70	-0,16	0,36	0,15	0,59	0,35
V12	0,54	0,63	0,55	0,29	0,77	0,17
V13	0,84	-0,34	0,57	0,20	0,86	0,32
V14	0,28	-0,12	0,27	0,44	0,29	0,35
V15	0,54	-0,34	0,48	0,38	0,51	0,33
V16	0,62	-0,39	0,56	-0,28	0,38	0,12
V17	0,73	-0,24	0,48	-0,47	0,59	-0,28
V18	0,68	-0,24	0,29	0,23	0,86	0,21
V19	0,45	-0,59	0,40	0,46	0,68	0,43
V20	0,91	0,08	0,69	-0,33	0,85	0,00
V21	-0,12	-0,15	0,07	0,26	0,03	0,14
Proporción*	0,36	0,50	0,26	0,37	0,39	0,50
	KMO = 0,78	TEB = 4786 p < 0,01	KMO = 0,74	TEB = 4522 p < 0,01	KMO = 0,68	TEB = 4385 p < 0,01

TEB=Test de esfericidad de Bartlett. \* Proporción acumulada.

*Fuente: elaboración propia.*

Al aplicar la técnica no paramétrica Chi<sup>2</sup>, se detectó relación estadística (p < 0,05) entre el sexo y la evaluación de la figura de otras personas, de igual forma entre el sexo y la aceptación de los cambios del cuerpo de acuerdo a la edad que se tiene (p < 0,05). (Ver Tabla 5).

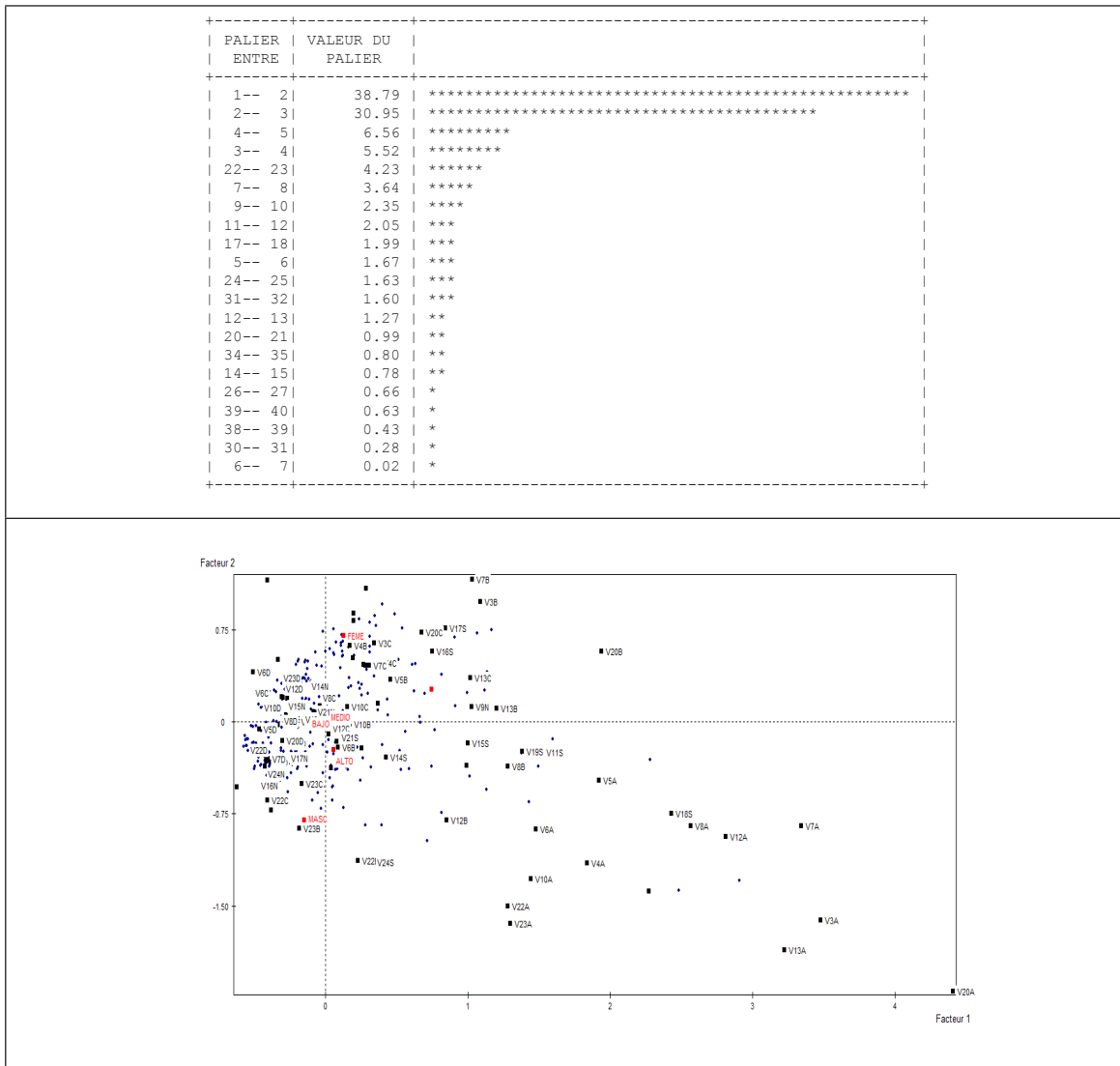
**Tabla 5. Prueba Chi-Cuadrado bidimensional**

Relación entre	Valor p
Género y (¿Siempre estoy evaluando la figura de las otras personas?)	0,03
Género y (¿Acepto los cambios propios de mi cuerpo, según la edad que tengo?)	0,03

*Fuente: elaboración propia.*

Al efectuar el análisis factorial de correspondencia múltiple se determinaron dos factores de interés, de acuerdo con la dinámica asociada al histograma, con lo cual se justifica proyectar las modalidades sobre el plano factorial. En dicho plano se aprecia una divergencia conceptual entre géneros, como se puede observar en la oposición de cuadrantes. De igual forma, existió discrepancia entre los estratos bajo y medio con respecto al alto, lo que ratifica la

conclusión generada a partir del análisis multivariado de la varianza (ver Figura 1). Lo más característico de los hombres es fijarse en el cuerpo femenino, donde las mujeres gordas no gustan en general a dicho género. Lo más característico de las mujeres fue la obsesión por las dietas en especial por las comidas *light*. En el estrato alto la apariencia física tiene mucha incidencia en los estudiantes, donde se fijan cómo van vestidas y si son gordas o no.



**Figura 1. Histograma y plano factorial, asociado con las modalidades atribuibles a cada variable.**

## DISCUSIÓN

En Colombia, diversos estudios realizados en mujeres adolescentes y jóvenes de los primeros años universitarios reportan una incidencia de TCA del 0,5% (17). En una investigación con 8.377 mujeres universitarias de Medellín (Colombia), entre 16 y 30 años, se identificó que una de cada dos mujeres universitarias ha recibido críticas por su figura, en especial de su madre; mientras que siete de cada 10 están insatisfechas con su cuerpo (18). De igual forma, se encontró que de los factores de riesgo: impulso por la delgadez, conductas bulímicas e insatisfacción corporal, el 40,8 % presentó al menos uno de estos tres factores de riesgo y un 4,7% compartió las tres tendencias (18), en dicha investigación se destaca cómo los factores de riesgo para TCA no se asocian con el estrato socioeconómico; hallazgo que difiere de los nuestros, ya que en nuestra investigación se encontraron diferencias significativas por estrato en algunas variables, siendo el estrato alto el que tiene mayor tendencia a la comida *light*, a realizar el chequeo de la figura de las personas, a estar en competencia en el gimnasio y a exigirse cada vez más; además, en casi todas las universidades participantes del estudio en mención, se presentó miedo a la edad madura y baja autoestima; un 30,9% manifestó haber tenido exceso de peso al menos una vez en la vida y el 6,5% se había realizado cirugías estéticas especialmente en abdomen y senos (18), dato que se relaciona con nuestros hallazgos, pues un 52,8% de las mujeres encuestadas reportaron que les gustaría realizarse una cirugía estética.

En un estudio realizado en 165 estudiantes universitarios de Manizales (Colombia), se encontró que el 17,3% de la población femenina presentaba mayor riesgo para TCA (19). En la ciudad de Pereira (Colombia) se realizó un estudio en mujeres de 10 a 17 años, encontrando que un 41% de las participantes presentaban signos asociados a BN; también, se identificaron estrategias de autoinculparse y de búsqueda de

apoyo espiritual (20). En Bogotá (Colombia) se realizó una investigación con 937 estudiantes entre 12 y 20 años de edad, encontrando 15% casos probables de TCA, la mayoría en mujeres (21). Para nuestro estudio al igual que en los estudios realizados en las ciudades de Manizales, Pereira y Bogotá, las mujeres son quienes presentaron mayor número de respuestas asociadas a las actitudes y comportamientos de riesgo para TCA ( $p < 0,05$ ).

En una investigación realizada con 792 estudiantes universitarios (480 de Chile y 312 de Panamá) sobre “la autopercepción de la imagen corporal”, se encontró una tendencia a la sobrestimación del peso en quienes presentaban un peso normal en ambos países y una subestimación en los obesos; además, se evidenció que las causas de insatisfacción corporal eran diferentes en hombres y en mujeres, pues los hombres querían tener un cuerpo más musculoso y las mujeres estar más delgadas (22), resultados similares a nuestros hallazgos, pues los hombres fueron quienes reportaron de forma significativa estar en competencia y exigirse cada vez más en el gimnasio.

En la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia) se realizó un estudio con 199 estudiantes con edad promedio de 23,3 años y un IMC de 22,7, cuyo objetivo era analizar la relación entre el IMC y la percepción de la imagen corporal; se encontró que 68,4% sobreestiman su imagen corporal y 4,5% la subestiman (23). Con estos datos, se puede ver cómo existe distorsión de la autoimagen corporal y, aunque en esta investigación no se indagó directamente sobre la percepción corporal, estos resultados pueden relacionarse con insatisfacción personal de acuerdo con los cánones de belleza.

En Costa Rica, se realizó una investigación que pretendía describir la imagen corporal actual y deseada por estudiantes universitarios (44 hombres y 82 mujeres); se reportó que los hombres y las mujeres valoran su imagen corporal de diferente manera; pues son las mujeres las que se encuentran



insatisfechas con su imagen corporal, mientras que los hombres manifiestan sentirse conformes (24), resultados que podrían estar en la misma vía de los nuestros, pues se percibe cómo las mujeres son las que reportan utilizar más estrategias para lograr la figura deseada.

En Sevilla (España), en 2009, se llevó a cabo un estudio sobre conducta alimentaria e imagen corporal en 841 estudiantes, entre 12 y 19 años; entre los principales hallazgos se evidenció que las mujeres entre los 12 y 17 años tenían mayor insatisfacción corporal, además que las alteraciones alimentarias se centraban entre quienes tenían 14 y 16 años; la insatisfacción corporal se correlacionó positiva y significativamente con el IMC (25), en nuestro estudio las mujeres indagan por las dietas, les interesa el consumo de todo lo que ofrezcan para adelgazar, les gustaría realizarse un tratamiento para adelgazar y una cirugía estética y con frecuencia preguntan ¿usted qué hace o cómo hace para estar tan flaca?, lo cual al igual que en el estudio realizado en España, podría estar manifestando insatisfacción corporal.

En la zona metropolitana de México, se realizó un estudio con 455 estudiantes de instituciones públicas y privadas (245 mujeres y 210 hombres), con una edad promedio de 15,4 años, para describir los patrones de consumo ante sintomatología de TCA; se encontró que los hombres consumían significativamente más número de comidas al día que las mujeres, sin embargo las mujeres consumían mayor cantidad de dulces y golosinas entre comidas (26); las mujeres evidenciaron significativamente mayor influencia emocional en el consumo de alimentos que los hombres; de igual manera, en este estudio demuestran que las mujeres con sintomatología de TCA consumen significativamente más productos *light* y acostumbran comer en el mismo lugar (26), resultados similares a nuestros hallazgos, pues son las mujeres quienes se identifican más por el consumo obsesivo de productos *light* en comparación a los hombres.

## CONCLUSIÓN

En conclusión, nuestros resultados demuestran diferencias en las percepciones con respecto a la apariencia por estrato y sexo; mientras los hombres están juzgando y generando presiones en las mujeres por la figura corporal deseada, estas tratan de hacer controles en el consumo, seguir dietas, realizarse tratamientos para adelgazar, entre otros, lo que demuestra posiblemente que ellas perciben la presión de los comentarios y del medio en que viven y adoptan conductas de riesgo para controlar el aumento de peso que pueden atentar contra la salud.

La detección oportuna de conductas de riesgo en un grupo poblacional tan susceptible como son los jóvenes, en quienes aún su cuerpo está culminando una etapa de crecimiento y desarrollo, en la cual los cambios corporales hacen parte del proceso fisiológico, contribuirá a prevenir complicaciones para la salud tanto a corto como a mediano y largo plazo; es por esto que los resultados de esta investigación pretenden aportar al conocimiento de algunos comportamientos que pueden inducir a los TCA y que pueden ser objeto de futuras investigaciones; además, se espera aportar a la toma de decisiones para la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de condiciones de salud.

Entre las limitaciones del estudio se destaca el no haber tomado el IMC e indagar sobre la autopercepción de la figura corporal y su relación con la aceptación o satisfacción, y no haber conocido qué conductas practican o llevan a cabo para controlar el aumento de peso o para bajar de peso.

## AGRADECIMIENTOS

Se agradece a los participantes y a los encuestadores por hacer posible este estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero C. No comer... cuento. Guía para procesos de formación y multiplicación. Campaña de prevención de la Anorexia bulimia en Medellín. Medellín, Colombia, 2006.
2. Schilder P. Imagen y apariencia del cuerpo humano: estudio sobre las energías constructivas de la psique. Madrid: Paidós, 1983.
3. Quiles Y. Taller de imagen corporal y alimentación. Elche, España: Universidad Miguel Hernández - Centro de Psicología Aplicada; 2003.
4. Treasure J. Eating disorders. *Medicine*. 2012; 40(11): 607-612.
5. Jenkins P, Rienecke R, Meyer C, Blissett J. Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31: 113-121.
6. Hartmann A, Greenberg L, Wilhelm S. The relationship between anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology Review*. 2013; 33: 675-685.
7. Torres V, Ruiz JC, García B, Pérez MJ, Ternero CA, Mesa A. Prevención en salud pública: Anorexia nerviosa en mujeres deportistas. *Hig. Sanid. Ambient*. 2010; 13(5): 1108-1121.
8. Alvarenga MS, Koritar P, Pisciolaro F, Mancini M, Cordás T, Scagliusi F. Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: differences and similarities. *Physiology & Behavior*. 2014; 131: 99-104.
9. Kirch W. *Encyclopedia of Public Health*. Springer; 2008.
10. Steinhausen H, Weber S. The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One Quarter Century of Research. *Am J Psychiatry*. 2008; 166(16): 1331-1341.
11. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009; 18(1): 31-47.
12. Klump KL, Keel PK, Sisk C, Burt SA. Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychol Med*. 2010; 40(10): 1745-53.
13. San Sebastián J. Trastornos del comportamiento alimentario [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema18/trastornos0.htm>
14. Portela de Santana ML, Da Costa H, Mora M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutr. Hosp*. 2012; 27(2): 391-401.
15. Mis Amigas Ana y Mia. Porque la comida es como el arte... existe solo para mirarla [Internet]. [citado 14 de julio de 2014]. Disponible en: <http://amigasanaymia.blogspot.com/>
16. Micali N, House J. Assessment Measures for Child and Adolescent Eating Disorders: A Review. *Child Adolesc Ment Health*. 2011; 16(2): 122-7.
17. Constaín GA, Ricardo C, Rodríguez M, Álvarez M, Marín C, Agudelo C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria*. 2014; 46(6): 283-289.
18. El Tiempo. Anorexia y bulimia estarían en riesgo de sufrir 1.200 universitarias paisas [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-3653841>
19. Cano A, Cataño J, Corredor D, García A, González M, Lloreda O, et al. Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. *Med UNAB*. 2007; 10(3): 187-194.
20. Bahamón MJ. Bulimia y estrategias de afrontamiento en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Pereira, Colombia. *Psicol. Caribe*. 2012; 29(1): 105-122.

21. Piñeros S, Molano J, López C. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2010; 39(2): 313-328.
22. Durán S, Rodríguez MP, Record J, Barra R, Olivares R, Tapia A, et al. Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile y Panamá. *Rev. Chil. Nutr.* 2013; 40(1): 26-32.
23. Alcaraz G, Lora E, Berrío MG. Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en estudiantes de enfermería. *Index Enferm.* 2011; 20(1-2): 11-15.
24. Meneses M, Moncada J. Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudiantes Universitarios costarricenses. Escuela de Educación Física y Deportes, Universidad de Costa Rica. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte.* 2008; 3(1): 13-30.
25. Jáuregui I, Romero J, Bolaños P, Montes C, Díaz R, Montaña M, et al. Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutr Hosp.* 2009; 24(5): 568-573.
26. Vázquez R, Ruiz A, Mancilla JM, Álvarez G. Patrones de consumo alimentario en mujeres y hombres con sintomatología de trastorno alimentario. *RESPYN.* 2008; 9(3): 1-11.