



ORIGINAL

Satisfacción corporal y calidad de la dieta en estudiantes universitarias del País Vasco

Daniela Amaral Alves^a, Nerea Hernández Regidor^b, Nekane Basabe Baraño^b, Ana María Rocandio Pablo^a y Marta Arroyo Izaga^{a,*}

^a Departamento de Farmacia y Ciencias de los Alimentos, Facultad de Farmacia, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Vitoria, España

^b Unidad de Nutrición y Salud, Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad del País Vasco, Vitoria, España

Recibido el 6 de octubre de 2011; aceptado el 25 de enero de 2012

Disponible en Internet el 15 de marzo de 2012

PALABRAS CLAVE

Peso corporal;
Satisfacción personal;
Dieta;
Estudiantes;
Mujeres

Resumen El objetivo del estudio fue evaluar la satisfacción con el peso corporal y la calidad de la dieta en un grupo de estudiantes universitarias, y analizar las diferencias entre titulaciones de distintos ámbitos de conocimiento. La muestra estuvo formada por 47 mujeres voluntarias clasificadas como normopeso, 29 de la Diplomatura en Nutrición Humana y Dietética y 18 de Trabajo Social. La ingesta dietética se valoró con un cuestionario de frecuencias de consumo validado y a partir de estos datos se calculó el Índice de Calidad de la Dieta. Para evaluar la satisfacción con el peso corporal se utilizó el peso autodeclarado y el deseado. Además, se registraron datos sobre estilo de vida. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS V. 17.0. El 27,7% de las participantes estaban satisfechas con su peso corporal, el 57,4% insatisfechas y el 14,9% muy insatisfechas. No se registraron diferencias significativas entre grupos en la insatisfacción con el peso corporal. La puntuación media para el Índice de Calidad de la Dieta fue de $38,5 \pm 6,7$ y el 83% de las participantes presentaba una dieta clasificada como «necesita mejorar». Las estudiantes de Nutrición obtuvieron mayores puntuaciones para el Índice de Calidad de la Dieta ($41,5 \pm 5,1$) que las de Trabajo Social ($33,7 \pm 6,5$) ($p < 0,001$). En conclusión, un elevado porcentaje de las participantes se sentían insatisfechas con su peso corporal y deseaba pesar menos. Al parecer, los conocimientos de las estudiantes de Nutrición participantes repercuten en su práctica alimentaria, pero no son suficientes para conseguir una dieta saludable y reducir su insatisfacción corporal.

© 2011 SEEN. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta.arroyo@ehu.es (M. Arroyo Izaga).

KEYWORDS

Body weight;
Personal satisfaction;
Diet;
Students;
Female

Body satisfaction and diet quality in female university students from the Basque Country

Abstract The aim of this study was to analyze the body weight satisfaction and the diet quality in a group of female university students and to assess the differences between degrees in different fields of knowledge. Participants were 47 women volunteers classified as normal weight, 29 from the degree in Human Nutrition and Dietetics and 18 from the degree in Social Work. Dietary intake was evaluated by a validated food frequency questionnaire. This information was used to estimate the Diet Quality Index. Recalled weight and desired weight were used to measure weight satisfaction. Furthermore, lifestyle variables were registered. Data were analyzed using SPSS vs 17.0. The proportion of students who were satisfied with their body weight was 27.7%, 57.4% were dissatisfied and 14.9% very dissatisfied. Differences between degree courses were not found in weight satisfaction classification. The mean Diet Quality Index was 38.5 ± 6.7 , and 83% of participants had a diet classified as "needs to improve". Human Nutrition and Dietetics students had higher Diet Quality Index scores (41.5 ± 5.1) than Social Work students (33.7 ± 6.5) ($p < 0.001$). In conclusion, a large proportion of participants were dissatisfied with their body weight and they wished to weigh less than current weight values. It seems that the knowledge of Nutrition university student participants affects their food practice, but this is not enough to achieve a healthy diet and to reduce their body dissatisfaction.

© 2011 SEEN. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Algunos estratos de la población, en particular las mujeres jóvenes, se ven sometidas a una gran presión social con la imposición de un modelo estético de extrema delgadez¹. La importancia y triunfo de la imagen, y sobre todo de la imagen delgada, ha contribuido por un lado, a la insatisfacción con el propio cuerpo de la población general, y por otro, al aumento de conductas que tienen como finalidad perder peso y modificar el cuerpo².

La insatisfacción corporal se asocia a síntomas depresivos, estrés y disminución de la autoestima, y favorece las prácticas alimentarias no saludables, siendo estos factores de riesgo para el desarrollo de trastornos del comportamiento alimentario³. No obstante, el comportamiento alimentario no depende solo de la satisfacción corporal, son muchos los factores implicados en los hábitos dietéticos. A medida que el individuo adquiere autonomía para decidir comidas y horarios, los factores sociales, culturales y económicos, además de las preferencias alimentarias, contribuyen al establecimiento y al cambio del patrón de consumo⁴.

Diversos autores han destacado que la población universitaria es un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional, ya que se caracteriza por saltarse las comidas con frecuencia, picar entre horas, tener preferencia por la comida rápida y consumir alcohol frecuentemente⁵. El periodo de estudios universitarios suele ser el momento en que los estudiantes asumen por primera vez la responsabilidad de su comida. Por tanto, se trata de un periodo de educación crítica para el desarrollo de hábitos dietéticos que tienen mucha importancia en la futura salud.

Además, el nivel de conocimiento en temas relacionados con la alimentación podría ser determinante de los hábitos dietéticos. Puede pensarse que cuanto mayor sea la formación en Dietética y Nutrición del estudiante, mejores serán sus hábitos alimentarios. Sin embargo, aunque la población esté informada y tenga conocimientos básicos sobre la alimentación saludable, estos conocimientos no siempre se

traducen en consumos reales de alimentos que formen parte de una dieta equilibrada. Los conocimientos deben transformarse en actitudes positivas que incentiven la conducta recomendada. Como demuestra la revisión meta-analítica de 138 estudios, la intención de llevar a cabo conductas saludables está más fuertemente determinada por las actitudes que por los conocimientos⁶.

Por todas las razones anteriormente expuestas nos planteamos el presente trabajo, un estudio piloto que tiene como objetivo general evaluar la satisfacción con el peso corporal, la calidad de la dieta y las variables relacionadas con el estilo de vida (consumo de alcohol y actividad física) en un grupo de estudiantes universitarias clasificadas como normopeso. Además, este trabajo tuvo como objetivo específico analizar las posibles diferencias entre estudiantes de Nutrición Humana y Dietética (NHD) y estudiantes de otra titulación sin formación en Dietética y Nutrición como es Trabajo Social (TS). Ambas titulaciones universitarias (NHD y TS) se imparten en el mismo campus y por tanto tienen similares horarios y un comedor universitario común.

Material y métodos

Participantes

Este trabajo es un estudio piloto en el que participaron voluntariamente 47 mujeres estudiantes del Campus de Álava de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Los motivos por los que todas las participantes fueron mujeres fueron porque la mayoría de las matrículas de las titulaciones estudiadas corresponden a mujeres (el 80% de las matrículas en NHD y el 84% en TS)⁷ y porque, como señalan diversos autores, la presión social hacia la imagen corporal de la mujer es mayor que hacia la del hombre⁸. Se eligió TS porque es la titulación sin formación en Dietética y Nutrición que cuenta con mayor

número de matrículas por parte de alumnado femenino en el Campus de Álava⁷.

Se informó a las participantes que la investigación trataba sobre hábitos dietéticos, otros aspectos relacionados con estilos de vida y peso corporal. También se les explicaron los procedimientos y las medidas a realizar en el estudio y dieron su consentimiento informado. Los datos recogidos se codificaron para respetar la confidencialidad.

Del total de participantes, 29 eran estudiantes de la Diplomatura en NHD y 18 de la Diplomatura en TS. Todas ellas estaban realizando 2.^º o 3.^{er} curso de su titulación cuando se registraron los datos. La edad media de la muestra total fue de $20,0 \pm 1,3$ y no se encontraron diferencias significativas para la edad entre grupos (U de Mann-Whitney [1] = 222,0; p = 0,359). Todas las estudiantes fueron clasificadas como normopeso en base al índice de masa corporal ($IMC = \text{peso/talla}^2$, kg/m^2) según la clasificación de la OMS⁹.

Se excluyeron los casos con bajo peso (n = 3) y sobre-peso u obesidad (n = 5) porque se pretendía estudiar una muestra lo más homogénea posible y, porque tal y como han observado diversos autores, las mujeres con bajo peso o sobrepeso/obesidad tienden a sobre- o infraestimar su peso y/o talla y muestran mayor insatisfacción con su peso corporal¹⁰. El porcentaje de participación en el estudio sobre la población diana fue del 98% y la prevalencia de bajo peso, sobrepeso y obesidad fue similar a la encontrada en una muestra amplia de mujeres estudiantes universitarias del País Vasco (n = 745)¹¹.

Medidas

Todos los datos se registraron mediante cuestionarios que se cumplimentaron en una sala habilitada a tal efecto. Antes de llenar los cuestionarios, una persona cualificada explicó a las participantes cómo hacerlo y resolvió las dudas que surgieron durante su cumplimentación.

Así, se registraron datos de peso autodeclarado y deseado y de talla autodeclarada. Las preguntas a las que respondieron fueron las siguientes: «¿Cuánto pesas sin ropa ni zapatos?», «¿Cuánto mides sin zapatos?», «Idealmente, ¿Cuánto te gustaría pesar?». A partir de las medidas autodeclaradas de peso y talla se calculó el IMC. Se utilizaron datos autodeclarados porque, tal y como han constatado otros autores, los coeficientes de correlación entre el peso y la talla autodeclarados y los datos reales son muy elevados en población universitaria de adultos jóvenes¹².

Para la evaluación de la satisfacción con el peso corporal se utilizaron los valores de peso autodeclarado y deseado, la discrepancia entre estos 2 datos ha sido validada como medida de satisfacción corporal por Thompson et al.¹³. Los valores idénticos y diferentes de peso autodeclarado y deseado representan, respectivamente, satisfacción e insatisfacción con el peso. La interpretación de estos resultados se hizo de acuerdo con los criterios establecidos por Mendes Soares de Araújo et al.¹⁴ que clasifican los valores menores de 1 kg para la diferencia entre el peso autodeclarado y el deseado como satisfecho/a, entre 1 y 5 kg como insatisfecho/a, y más de 5 kg como muy insatisfecho/a.

Además, se verificó si las participantes deseaban ganar, mantener o perder peso mediante la pregunta «¿Te

gustaría... adelgazar, engordar o te sientes bien con tu peso actual?»¹⁵.

La ingesta dietética se valoró con un cuestionario de frecuencias de consumo de alimentos previamente validado¹⁶. A partir de los datos recogidos en el cuestionario de frecuencias, se estimó un Índice de Calidad de la Dieta (ICD) basado en el de Bowman et al.¹⁷. El índice desarrollado por Bowman et al. se ha utilizado previamente en otros estudios llevados a cabo en población española^{18,19}. En dicho ICD se incluyeron 5 componentes correspondientes al número de raciones para cada uno de los grupos de alimentos (cereales, verduras, frutas, lácteos y alimentos proteicos), así como la diversidad de la dieta. Cada componente recibió una puntuación de 0 a 10. Por lo tanto, la puntuación máxima para el ICD fue de 60 puntos.

Los datos del número de raciones para los grupos de alimentos se compararon con las recomendaciones establecidas en la guía dietética de la pirámide de los alimentos por categorías de edad y sexo²⁰. Se asignó la puntuación máxima cuando el valor de las raciones o del número de comidas realizadas, igualaba o excedía el valor recomendado¹⁷. Es decir, si para un grupo de alimentos se recomienda consumir 4 raciones y una persona consumía 2 raciones, se le asignaron 5 puntos. Y si tomaba 3 raciones, le correspondieron 7,5 puntos. Se adaptaron los criterios de Bowman et al.¹⁷ para definir la calidad de la dieta como «buena» (puntuación del ICD > 48 puntos), «necesita mejorar» (ICD entre 30,6 y 48 puntos) y «pobre» (ICD < 30,6).

Además, se registró la edad y datos sobre el estilo de vida (consumo de alcohol y actividad física). En relación al consumo de alcohol, recogido en el cuestionario de frecuencias de consumo de alimentos, se utilizó la unidad de bebida estándar (UBE) para estimar el contenido habitual de alcohol absoluto por tipo de consumición de acuerdo con los criterios de Llopis et al.²¹. A partir de los datos de UBE/semana se calculó el consumo de riesgo que se define como la pauta de consumo que puede implicar un alto riesgo de daños futuros para la salud física o mental pero que no se traducen en problemas médicos o psiquiátricos actuales. Los grupos que se establecieron en base al consumo de alcohol fueron: abstemia (sin consumo), bajo riesgo (<11 UBE/semana), riesgo medio (11-17 UBE/semana) y riesgo alto (>17 UBE/semana)²².

Para analizar la actividad física se utilizó un cuestionario en el que se preguntó por el número de horas diarias que dedicaban a dormir, a caminar, horas semanales que veían la televisión o estaban frente al ordenador, el número de veces por semana que practicaban algún ejercicio y el número de años que llevaban practicando ejercicio de forma regular.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS V. 17.0. Los resultados se presentan en forma de medias, desviaciones estándar y frecuencias. Se aplicó el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnoff-Lilliefors y se utilizaron test no paramétricos en aquellos casos en los que la distribución no fue normal. Las diferencias entre grupos, estudiantes de NHD y estudiantes de TS, se evaluaron mediante la prueba t de Student y el análisis χ^2 para variables continuas y variables discretas, respectivamente.

Tabla 1 Medidas antropométricas autodeclaradas

	Total ^a (n = 47)	NHD ^a (n = 29)	TS ^a (n = 18)	p ^b	d
Talla (cm) de los resultados obtenidos	164,1 ± 5,8	164,8 ± 5,7	162,9 ± 6,0	0,130	0,19
P (kg)	57,3 ± 6,7	58,5 ± 6,4	55,4 ± 7,0	0,285	0,46
IMC (kg/m ²)	21,2 ± 1,6	21,5 ± 1,7	20,8 ± 1,4	0,150	0,45
P deseado (kg)	54,0 ± 5,6	55,1 ± 5,2	52,2 ± 5,8	0,088	0,52
P autodeclarado-P deseado ^c	3,3 ± 3,1*	3,4 ± 3,6*	3,2 ± 2,3*	0,823	0,07
IMC autodeclarado-IMC deseado ^c	1,2 ± 1,1*	1,2 ± 1,3*	1,2 ± 0,8*	0,836	0,00

^amedia ± DE; ^bdiferencias entre grupos; ^cdiferencias entre las variables autodeclaradas y deseadas en la muestra total y por grupos; d: d de Cohen; IMC: índice de masa corporal; NHD: estudiantes de Nutrición Humana y Dietética; P: peso; TS: estudiantes de Trabajo Social. *p < 0,001.

Cuando la distribución de las variables continuas no fue normal (datos de actividad física, puntuación asignada al grupo de lácteos, alimentos proteicos y diversidad de la dieta) se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

Además, se realizó un análisis de la potencia de efecto utilizando el estadístico d de Cohen²³ en las comparaciones de medias, para estimar la magnitud y relevancia de los resultados obtenidos. Para la interpretación de los datos del tamaño del efecto se utilizaron los datos de referencia propuestos por Cohen: efecto bajo ($d \geq 0,20$), efecto medio ($d \geq 0,50$) y efecto grande ($d \geq 0,80$).

En el análisis χ^2 cuando la frecuencia esperada fue inferior a 5, se utilizó la corrección por continuidad (corrección de Yates) y pruebas exactas. Para analizar las diferencias entre muestras dependientes se empleó el test de Wilcoxon. El nivel de significación estadística que en todos los casos fue de $p < 0,05$.

Resultados

En la **tabla 1** se presentan las medidas autodeclaradas e índices derivados en la muestra total y según grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables entre los grupos de estudiantes (NHD y TS), pero el tamaño del efecto (d de Cohen) fue medio para el peso autodeclarado y el deseado y para el IMC. Las diferencias entre peso autodeclarado y deseado reflejaron el deseo de perder una media de 3,3 kg en la muestra total. Aunque la satisfacción con el peso corporal no difirió entre grupos, las diferencias entre el peso autodeclarado y

deseado en la muestra total y por grupos fueron significativas ($p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en el IMC según los estudios cursados ($t [1] = 1,5$; $p = 0,150$).

En la muestra total, el 2,1% de los participantes manifestaron que deseaban ganar peso, el 76,6% deseaba perder peso y el 21,3% restante deseaba mantener el peso. No se registraron diferencias significativas entre titulaciones en la clasificación según el deseo de ganar, perder o mantener peso corporal (Chi-cuadrado [1] = 1,273; $p = 0,529$). Según las diferencias entre peso autodeclarado y deseado, el 27,7% de la muestra total estaba satisfecha con el peso corporal, el 57,4% insatisfecha y el 14,9% muy insatisfecha. Las diferencias entre grupos no fueron significativas (Chi-cuadrado [1] = 3,056; $p = 0,217$).

En la **tabla 2** se presentan las puntuaciones asignadas a cada uno de los componentes del ICD y la puntuación total según grupos. En el grupo de NHD se obtuvieron puntuaciones más elevadas para los cereales, frutas y lácteos que en el grupo TS. Además, la puntuación total para el ICD fue mayor en las estudiantes de NHD que de TS ($t [1] = 4,6$; $p < 0,001$). El tamaño del efecto (d de Cohen) fue alto para la puntuación total del ICD, así como para los grupos de alimentos: cereales, frutas y lácteos. Mientras que para la puntuación asignada al grupo de las verduras y a la diversidad de la dieta el tamaño del efecto fue medio.

Al comparar los datos registrados para cada uno de los componentes del ICD con las recomendaciones establecidas en la guía dietética, encontramos que el 10,6% de la muestra presentaba una dieta «pobre», en el 83% fue clasificada como «necesita mejorar» y el 6,4% seguía una dieta «buena». En el grupo de NHD, el 10,3% se clasificó como dieta «buena»

Tabla 2 Puntuaciones de los componentes del Índice de Calidad de la Dieta

Puntuación	Total ^a (n = 47)	NHD ^a (n = 29)	TS ^a (n = 18)	p	d
Grupos de alimentos					
Cereales	3,8 ± 1,7	4,3 ± 1,9	3,1 ± 0,8	0,016	0,82
Verduras	3,2 ± 1,5	3,5 ± 1,6	2,8 ± 1,4	0,114	0,46
Frutas	5,3 ± 2,7	6,4 ± 2,4	3,5 ± 2,1	<0,001	1,28
Lácteos	9,1 ± 1,8	9,8 ± 0,7	8,0 ± 2,5	<0,001	0,98
Alimentos proteicos	9,0 ± 1,5	9,0 ± 1,5	9,1 ± 1,5	0,815	0,07
Diversidad	8,1 ± 2,4	8,6 ± 2,2	7,3 ± 2,6	0,067	0,54
TOTAL	38,5 ± 6,7	41,5 ± 5,1	33,7 ± 6,5	<0,001	1,33

^amedia ± DE; d: d de Cohen; NHD: estudiantes de Nutrición Humana y Dietética; TS: estudiantes de Trabajo Social.

Tabla 3 Actividad física

Horas/día	Total ^a (n = 47)	NHD ^a (n = 29)	TS ^a (n = 18)	p	d
Transporte privado o público	2,2 ± 4,3	1,6 ± 1,4	3,2 ± 6,8	0,288	0,32
Sueño	7,7 ± 1,1	7,6 ± 0,9	7,9 ± 1,0	0,231	0,31
TV, ordenador, etc.	2,2 ± 1,5	2,5 ± 1,7	1,5 ± 0,9	0,036	0,73
Caminar	1,1 ± 0,7	1,2 ± 0,7	1,1 ± 0,8	0,362	0,13

^amedia ± DE; d: d de Cohen; NHD: estudiantes de Nutrición Humana y Dietética; TS: estudiantes de Trabajo Social.

y el 89,7% como «necesita mejorar». En el grupo de TS, el 27,8% fue clasificado como dieta «pobre» y el 72,2% como «necesita mejorar».

Respecto al número de raciones para cada uno de los grupos de alimentos, el 40,4% de la muestra total no consumía las raciones recomendadas para el grupo de alimentos proteicos. Para el grupo de las frutas un 91,5% no llegó a las recomendaciones. Y el porcentaje de participantes que no cubría las recomendaciones para el grupo de los lácteos y cereales fue del 31,9 y del 97,9%, respectivamente. En el grupo de las verduras, ninguna estudiante cumplía las recomendaciones establecidas.

En relación con el consumo de bebidas alcohólicas, el número medio de UBE a la semana fue de $4,0 \pm 3,6$ en la muestra total y las diferencias entre grupos no fueron estadísticamente significativas ($t [1] = 1,1$; $p = 0,268$). Además, el tamaño del efecto (d de Cohen) fue medio-bajo para el consumo de alcohol según titulación ($d = 0,37$). Según el consumo de alcohol, el 6,4% de la muestra total se clasificó como abstemia, el 87,2% presentó bajo riesgo y el 6,4% riesgo medio. No se registraron diferencias estadísticamente significativas en la clasificación según el consumo de alcohol entre grupos (Chi-cuadrado [corrección de Yates][1] = 0,653; $p = 0,426$).

En la tabla 3 se presenta la actividad física de las participantes. Se registraron diferencias estadísticamente significativas en el número de horas que dedicaban a ver la televisión o al ordenador, siendo mayor en el grupo de NHD que en el de TS ($t [1] = 2,3$; $p < 0,05$). El tamaño del efecto (d de Cohen) para esta variable (televisión u ordenador) fue medio y para las horas dedicadas a transporte y a sueño fue medio-bajo. El 31,9% de las participantes declaró practicar ejercicio regularmente, el 27,6% en el grupo de NHD y el 38,9% en el de TS.

El grupo que practicaba ejercicio regularmente, llevaba haciéndolo desde hacía $3,0 \pm 5,0$ años. No se encontraron diferencias significativas en la media de años que llevaban practicando ejercicio según titulación (U de Mann-Whitney [1] = 255,5; $p = 0,891$). El grupo que hacía ejercicio lo practicaba con una frecuencia media de $1,7 \pm 1,7$ veces por semana. La frecuencia con la que hacían ejercicio no difirió entre los grupos según los estudios cursados (U de Mann-Whitney [1] = 240,0; $p = 0,637$).

Discusión

En general, los objetivos del presente estudio fueron describir la satisfacción con el peso corporal, la calidad de la dieta y variables relacionadas con el estilo de vida en un grupo de universitarias clasificadas como normopeso, y analizar las

diferencias entre estudiantes con formación en Nutrición (NHD) y sin formación específica en Nutrición (TS). El IMC medio de las participantes fue similar al registrado por otros autores en estudios, tanto con muestras de conveniencia¹⁴, como con muestras aleatorias del mismo contexto²⁴.

En la muestra total, las diferencias medias entre el peso autodeclarado y el deseado, y entre el IMC autodeclarado y el deseado fueron similares a los encontrados por Neighbors et al.²⁵ en mujeres universitarias. Estas discrepancias entre el peso autodeclarado y el deseado pueden llevar a estados emocionales negativos que aumenten el estrés emocional y conlleven la adopción de conductas para modificar su cuerpo, incluso llegando al riesgo de desnutrición²⁶.

En el presente estudio, la mayoría de las participantes deseaban perder peso y un pequeño porcentaje deseaba ganarlo. Otros autores también han constatado el deseo mayoritario de perder peso entre las mujeres con normopeso²⁷. En relación con la insatisfacción con el peso corporal, otros autores han registrado porcentajes similares a los nuestros para la clasificación «insatisfechas», pero menores para «satisfechas» (18,8%) y mayores para «muy insatisfechas» (25,1%)¹⁴. La insatisfacción con el peso podría atribuirse por un lado a razones estéticas²⁷, y por otro a la motivación por la salud y por la prevención de enfermedades²⁸. Pero probablemente la motivación estética sea la que más condicione este deseo de estar más delgada, tal y como lo demuestra la disminución del IMC en los últimos años en los modelos de belleza²⁷, y el hecho de que aunque las mujeres se sitúen en un rango de IMC normal sigan prefiriendo bajar su peso como muestra este estudio.

En el presente trabajo, no se encontraron diferencias entre titulaciones en la clasificación según la insatisfacción con el peso corporal. Lo que indica que las presiones sobre la imagen corporal deseada, y el deseo de acomodarse a un modelo ideal de belleza «delgada» no es más prevalente entre las participantes de Nutrición que en las de TS. De todos modos, dicha insatisfacción con el peso corporal tiene especial relevancia en las estudiantes de Nutrición porque podría influir en su interacción con los pacientes. Otros estudios también han destacado que la satisfacción con el peso corporal puede interferir en el trabajo de los y las dietistas²⁹.

En relación con la calidad de la dieta en la muestra total, fueron muy pocas las universitarias que seguían una dieta adecuada, la mayoría de las participantes presentaba una dieta que se clasificó como «necesita mejorar», a pesar de los elevados conocimientos de muchas de ellas sobre Dietética y Nutrición. Estos resultados concuerdan con los registrados en otros trabajos en mujeres universitarias con normopeso³⁰. En el ICD, las puntuaciones más bajas se asignaron a los componentes: frutas, verduras y

cereales; y un elevado porcentaje de las participantes no cumplían las recomendaciones establecidas para estos grupos de alimentos. Estos datos son similares a los obtenidos por otros autores en estudios realizados en estudiantes universitarios³¹.

Las participantes de NHD obtuvieron mayores puntuaciones para el ICD que las de TS. Además, las puntuaciones para los componentes del ICD: cereales, frutas y lácteos fueron mayores en las estudiantes de NHD que en las de TS. Estas diferencias entre grupos podrían deberse al nivel de conocimientos en cuestiones relativas a la Alimentación y la Nutrición, el cual puede condicionar los hábitos dietéticos a nivel individual²⁹. Sin embargo, otros autores como Montero et al.³², no han encontrado diferencias en los hábitos alimentarios según el nivel de conocimientos en Nutrición en estudiantes de distintas titulaciones. Lo que demuestra que la adquisición de conocimientos no es condición suficiente para modificar los hábitos y conductas.

Aunque las puntuaciones para el ICD fueron mayores para el grupo de NHD, la mayoría de estas estudiantes seguían una dieta que «necesita mejorar». Tal y como han señalado otros autores, los conocimientos sobre nutrición no siempre se reflejan en la práctica de una alimentación saludable³². Son muchos los factores que condicionan unos hábitos alimentarios inadecuados, los factores socio-culturales y económicos, además de las preferencias alimentarias.

En relación con los estilos de vida (consumo de alcohol y actividad física), tampoco se observaron diferencias entre titulaciones. Casi la totalidad de las estudiantes presentaba un consumo de alcohol considerado de bajo riesgo, resultado que concuerda con los datos de la población del País Vasco en mujeres de ese mismo grupo etario³³. Respecto a la actividad diaria, se encontraron diferencias en el número de horas que dedicaban a ver la televisión o al ordenador, siendo mayor en el grupo de NHD que en el de TS. Otros autores han registrado más horas (entre 5 y 6) para estas actividades²⁸. En el presente trabajo, la media de horas que dedicaban a dormir las estudiantes fue similar a la obtenida en la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca en mujeres del mismo grupo etario²⁴.

Cabe destacar que en la muestra total solo un tercio practicaba ejercicio habitualmente (1,7 veces/semana de valor medio), resultados similares a los obtenidos en otros trabajos^{24,31}. Otros autores han destacado que la principal razón por la que los universitarios no realizan ejercicio físico es «la falta de tiempo»³⁴. Cabe recordar que un estilo de vida físicamente activo se asocia generalmente a hábitos más saludables y a una menor incidencia de tabaquismo y a menor consumo de alcohol³⁵.

Una de las limitaciones de este trabajo es el tamaño muestral lo que puede condicionar la validez externa de los resultados. Sin embargo, este estudio piloto aporta información sobre conocimientos, actitudes o expectativas con respecto al cuerpo (satisfacción corporal) y medidas conductuales (calidad de la dieta y estilo de vida) en estudiantes de Nutrición en comparación con otras estudiantes sin formación en Nutrición y Dietética. Dicha información se encuentra en escasos estudios⁶. Por otra parte, la utilización de medidas autodeclaradas puede implicar un sesgo de infarto o sobreestimación que repercuta en la identificación de los casos con bajopeso, sobrepeso u obesidad, por lo que las autoras de este trabajo están actualmente llevando a cabo

un estudio de validación de estas medidas comparándolas con medidas reales.

Por otro lado, el empleo de medidas directas (a través de cuestionario) de la insatisfacción corporal podría encubrir las verdaderas actitudes. Las medidas implícitas de actitudes (ante la delgadez y la obesidad) predicen los cambios en peso corporal, insatisfacción con la imagen y actitudes de riesgo más fuertemente que las medidas explícitas (con cuestionarios)³⁶. A pesar de esta limitación, el presente trabajo ha encontrado que un elevado porcentaje de las participantes se sentían insatisfechas con su peso corporal y deseaba pesar menos, aunque fueron clasificadas como normopeso. Asimismo, aunque la calidad de la dieta fue mejor en las estudiantes de NHD que en las de TS, las puntuaciones del ICD en ambos grupos reflejaron que la dieta necesita mejorar.

En conclusión, el presente estudio constata que los conocimientos sobre Nutrición y Dietética no son suficientes para cambiar las actitudes con respecto al cuerpo y manejar las presiones socioculturales sobre la imagen corporal. Tal y como expresan las repuestas de las participantes de Nutrición que aunque siguen una dieta más saludable se sienten tan insatisfechas con su peso corporal como las estudiantes de Trabajo Social que no tienen formación en Nutrición. Al parecer, el modelo estético femenino de belleza que realza una figura delgada es interiorizado por las mujeres con normopeso, lo que les impulsa a sentirse insatisfechas con su peso. Y esta tendencia afecta tanto a mujeres con conocimientos en Nutrición como a aquellas que no poseen dichos conocimientos.

Este estudio constituye una primera exploración que será analizada con más profundidad en posteriores investigaciones con estudiantes universitarias. Consideramos que futuros estudios en esta línea de investigación podrán contribuir al diseño de intervenciones educativas para modificar las actitudes y promover una adecuación realista entre la imagen corporal deseada y la real, y por lo tanto una aceptación y autoestima personal entre las mujeres jóvenes. Estas intervenciones no requerirán únicamente de la transmisión de conocimientos, sino sobre todo de un cambio en las actitudes y reacciones emocionales ante el cuerpo y la alimentación.

Conflictos de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a todas las participantes su colaboración.

Bibliografía

1. Bernárdez MM, Fernández MC, Miguelez JM, Rodríguez MG, Carnero JG. Diferencias en la autopercepción de la imagen corporal mediante la estimación del peso en universitarios de distintos ámbitos de conocimiento. *Alimentación, Nutrición y Salud (ANS)*. 2009;16:54-9.
2. Ahern AL, Bennett KM, Hetherington MM. Internalization of the ultra-thin ideal: positive implicit associations with underweight

- fashion models are associated with drive for thinness in young women. *Eating Disorders*. 2008;16:294–307.
3. Mikolajczyk R, Maxwell A, Ansari W, Stock C, Petkeviciene J, Guillen-Grima F. Relationship between perceived body weight and body mass index based on self-reported height and weight among university students: a cross-sectional study in seven European countries. *BMC Public Health*. 2010;10:1–11.
 4. Pérez-Rodrigo C, Ribas L, Serra L, Aranceta J. Preferencias alimentarias, conocimientos y opiniones sobre temas relacionados con alimentación y nutrición. En: Serra L, Aranceta J, editores. *Alimentación Infantil y Juvenil*. Estudio Enkid. Barcelona: Masson; 2002. p. 41–50.
 5. López-Azpiazu I, Sánchez-Villegas A, Johansson L, Petkeviciene J, Prattala R, Martínez-González MA. Disparities in food habits in Europe: systematic review of educational and occupational differences in the intake of fat. *J Hum Nutr Diet*. 2003;16:349–64.
 6. Richard FD, Bond ChF, Stokes-Zoota JJ. One Hundred Years of Social Psychology Quantitatively Described. *Review of General Psychology*. 2003;7:331–63.
 7. Consejo Social UPV/EHU. Anuario Estadístico de las Actividades de la Universidad 2007-08. p. 52 [consultado Jul 2009] Disponible en: <http://consejosocial.files.wordpress.com/2010/04/anuario-upv-2007-081.pdf>
 8. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2004;22:15–27.
 9. World Health Organization (WHO). Report of WHO consultation: Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization (WHO); 2000.
 10. Docteur A, Urdapilleta I, Defrance C, Raison J. Body perception and satisfaction in obese, severely obese, and normal weight female patients. *Obesity (Silver Spring)*. 2010;18:1464–5.
 11. Muñoz-Cachón MJ, Salces I, Arroyo M, Ansotegui L, Rocandio AM, Rebato E. Overweight and obesity: prediction by silhouettes in young adults. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17:545–9.
 12. Liparotti JR, Accioly H, Chaves EM. Validez del índice de masa corporal autodeclarado en universitarios españoles. *Aten Primaria*. 2007;39:273–4.
 13. Thompson JK, Van Den Berg P. Measuring body image attitudes among adolescents and adults. En: Cash RF, Pruzinsky T, editores. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press; 2002. p. 142–54.
 14. Mendes Soares de Araújo DS, Gil Soares de Araújo C. Self-perception and dissatisfaction with weight does not depend on the frequency of physical activity. *Arq Bras Cardiol*. 2003;80:243–9.
 15. Saldaña C, Bach L, Tomàs I, García E. Evaluación de las conductas de control de peso: un estudio piloto. *J Health Psychol*. 1998;10:97–114.
 16. Rodríguez T, Ballart JF, Pastor GC, Jordà EB, Val V. Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutr Hosp*. 2008;23:242–52.
 17. Bowman SA, Lino M, Gerrior SA, Basiotis PP. The Healthy Eating Index: 1994–96. U. S. Department of Agriculture: Center for Nutrition Policy and Promotion. 1998. CNPP-5.
 18. Schröder H, Fito M, Covas MI, REGICOR investigators. Association of fast food consumption with energy intake, diet quality, body mass index and the risk of obesity in a representative Mediterranean population. *Br J Nutr*. 2007;98:1274–80.
 19. Arroyo M, Rocandio AM, Ansotegui L, Pascual E, Salces I, Rebato E. Calidad de la dieta y sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp*. 2006;21:673–9.
 20. US., Dep., of Agricultura, Human Nutrition Information Service. *Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices*. Washington, DC: US Dep. of Agricultura; 1992. Home and Garden Bulletin No. 252.
 21. Llopis Llácer JJ, Gual Solé A, Rodrigues-Martos Dauer A. Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de bebida estándar. Diferencias geográficas. *Adicciones. Med Clin (Barc)*. 2000;12:11–9.
 22. Secretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Alcohol. Informes de la comisión clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
 23. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. 2nd ed. Hillsdale. NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 24. ESCAV. Encuesta de salud del País Vasco 2007. Osakidetza (Servicio Vasco de Salud). Disponible en: URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-encuestapaisvasco-01.pdf>
 25. Neighbors LA, Sobal J. Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. *Eat Behav*. 2007;8:429–39.
 26. Jaworowska A, Bazylak G. An outbreak of body weight dissatisfaction associated with self-perceived BMI and dieting female pharmacy students. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2009;63:679–92.
 27. Sypeck MF, Gray JJ, Etu SF, Ahrens AH, Mossimann JE, Wiseman CV. Cultural representations of thinness in women, redux: Playboy magazine's depiction of beauty from 1979 to 1999. *Body image*. 2006;3:229–35.
 28. Rodríguez-Rodríguez E, Aparicio A, López-Sobaler M, Ortega RM. Percepción del peso corporal y medidas adoptadas para su control en población española. *Nutr Hosp*. 2009;24: 580–7.
 29. Cruz Bojörquez RM, Ávila Escalante ML, Cortés Sobrino MC, Díaz JM, Arévalo RV. Restricción Alimentaria y Conductas de Riesgo de Trastornos Alimentarios en Estudiantes de Nutrición. *J Health Psychol*. 2008;18:189–98.
 30. Arroyo M, Rocandio AM, Ansotegui L, Pascual E, Salces I, Rebato E. Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutr Hosp*. 2006;21:673–9.
 31. Marcondelli P, Costa TH, Schmitz BA. Physical activity level and food intake habits of university students from 3 to 5 semester in the Elath area. *Rev Nutr*. 2008;29:39–47.
 32. Montero A, Úbeda Martín U, García González A. Evaluación de los hábitos alimentarios en una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutr Hosp*. 2006;21:466–73.
 33. Centro de documentación, Estudios (SIIS). Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa. Euskadi y Drogas. 2008. Disponible en: <http://www.drogomedia.com/actualidad/Euskadidrogas2008.pdf>
 34. Alonso D, García Soidán JL. Motivación hacia la práctica físico-deportiva de universitarios gallegos. *Revista de Investigación en Educación*. 2010;8:128–38.
 35. Ministerio de Sanidad, Consumo, Agencia Española de Seguridad, Alimentaria, Estrategia NAOS. *Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Española de Seguridad Alimentaria; 2005.
 36. Juarascio AS, Forman EM, Timko A, Herbert JD, Butrym M, Lowe M. Implicit internalization of the thin ideal as a predictor of increases in weight, body dissatisfaction, and disordered eating. *Eat Behav*. 2011;12:207–13.