

## Original

# Autoimagen en las dos primeras fases de la adolescencia y factores relacionados

C.G. REDONDO-FIGUERO<sup>1,2,6</sup>, M. CARRASCO MARTÍNEZ<sup>3,6</sup>, L.Á. RIVERO BENITO<sup>3,6</sup>, R. SALCINES MEDRANO<sup>3,6</sup>, S. SOBALER CASTAÑEDA<sup>3,6</sup>, M.J. NORIEGA BORGE<sup>4,6</sup>, T. AMIGO LANZA<sup>2,6</sup>, P. JAÉN CANSER<sup>3,6</sup>, A. SANTAMARÍA PABLOS<sup>5,6</sup>, Ó. ANTOLÍN GUERRA<sup>3,6</sup>, I. CASUSO RUIZ<sup>3,6</sup>, C. MICÓ RUIZ<sup>3,6</sup>, P.M. DE RUFINO RIVAS<sup>2,6</sup>

<sup>1</sup>Profesor Asociado de Pediatría. Centro de Salud Vargas. Santander. Red Samid. IFIMAV. <sup>2</sup>Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Universidad de Cantabria. <sup>3</sup>Seminario «Promoción de hábitos saludables en adolescentes desde el ámbito educativo». CEP Santander. <sup>4</sup>Departamento de Fisiología y Farmacología. Universidad de Cantabria. <sup>5</sup>Farmacéutica vocal del COF de Cantabria. <sup>6</sup>Grupo EVS (Educación para una Vida Saludable). Cantabria

### RESUMEN

Se trata de la descripción de la imagen corporal en un amplio grupo de alumnos escolarizados en Cantabria (n=1179 adolescentes), de 10 a 17 años de edad (adolescencia temprana e intermedia) dentro de un estudio más amplio encaminado a evidenciar un estilo de vida saludable en estos adolescentes, llevado a cabo por profesores de universidad y profesores de educación física de los centros educativos. Los principales hallazgos consisten en que los adolescentes tienen, en general, una buena imagen de sí mismos y, aunque no reconocen la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad, desean adelgazar y el grado de satisfacción que tienen con su imagen corporal va empeorando conforme avanza la adolescencia, significativamente más en las del sexo femenino. Esta insatisfacción debe ser tenida en cuenta en el abordaje de los adolescentes con obesidad.

**Palabras clave:** Autoimagen; Imagen corporal; Obesidad; Adolescencia.

### ABSTRACT

This paper describes the body image in an large group of students from Cantabria, Spain (n=1179 adolescents), 10

to 17 years old (early and intermediate adolescence) within a ample study directed to demonstrate a healthful lifestyle in these adolescents carried out by professors of university and professors of physical education of the educative centers. The main findings are that the adolescents have, generally, a good self-image, and although they do not recognize the high prevalence of overweight and obesity, they wish to become thin and the satisfaction degree that they have with his body image is getting worse as advances the adolescence, significantly more in girls. This dissatisfaction must be considered in the boarding of the adolescents with obesity.

**Key words:** Self-image; Body image; Obesity; Adolescence; Teens.

### INTRODUCCIÓN

La imagen que un individuo se forma de sí mismo influye mucho en su personalidad, por lo que las desviaciones de la normalidad pueden tener consecuencias más o menos importantes; de ahí la necesidad de evaluar la autoimagen durante la adolescencia, cuando se está estructurando la personalidad, para intentar corregir las posibles desviaciones antes de que la personalidad se consolide más firmemente.

Correspondencia: Carlos Redondo Figuero. Centro de Salud Vargas. C/ Vargas, 57. 39010 Santander, Cantabria  
Correo electrónico: carlos.redondo@unican.es

© 2014 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León  
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

### Importancia de la autoimagen

La autoimagen es la representación interna de nuestra apariencia externa<sup>(1)</sup> que determina en lo que nos convertimos. La insatisfacción corporal es un rasgo común en una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud. Muchas personas tienden a preocuparse extremadamente por su imagen corporal y esto les causa gran trastorno emocional e interfiere en su vida diaria<sup>(2)</sup>. Imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo<sup>(3)</sup>. El esquema corporal negativo tiene un papel preponderante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la imagen corporal, ya que este esquema contiene la información y procesa información concordante con las experiencias relacionadas con la belleza<sup>(4,5)</sup>.

La imagen corporal que cada persona tiene de sí es subjetiva y no siempre es fiel reflejo de la realidad social del sujeto<sup>(4)</sup>. Cuenta con ciertas características<sup>(6)</sup>: *a)* es asumida como un concepto multifacético; *b)* se interrelaciona con los llamados sentimientos de autoconciencia; *c)* está determinada social y culturalmente; *d)* es un constructo siempre en movimiento (varía durante la vida en función de las experiencias personales e influencias sociales y culturales); *e)* influye en los procesos de información; y *f)* interviene definitivamente en la conducta.

El desarrollo cognitivo en el adolescente está ligado a la percepción del peso y de la imagen corporal. Y esta percepción del peso es uno de los factores motivadores para iniciar conductas controladoras del peso, cuyo espectro puede ir desde lo saludable hasta formas extremas que pasen por la automedicación con laxantes, diuréticos, etc. La preocupación excesiva por el peso, junto con una percepción distorsionada del mismo, puede asociarse a conductas que comprometan la salud (abuso de sustancias, ideación suicida o intentos y trastornos de la conducta alimentaria). En el ámbito de la investigación de la etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria, los modelos explicativos multicausales han propuesto que la Insatisfacción Corporal es uno de los factores predisponentes. No se ha propuesto una definición comúnmente aceptada de la misma, pero los diferentes autores la definen como la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria<sup>(7)</sup> o también como una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física<sup>(2)</sup>.

Una revisión de la bibliografía en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria<sup>(8,9)</sup> hace evidente la existencia de presión social hacia la mujer para que mantenga una

determinada imagen corporal asociada con la delgadez, lo que es considerado como una de las causas de la alta incidencia en los últimos años de estos trastornos. Se podría considerar que una de estas variables mediadoras entre la presión y la instauración de los trastornos es la insatisfacción corporal, pues esta se deriva de una comparación entre los modelos sociales de belleza y el propio cuerpo, concluyendo con una autovaloración negativa.

Se han realizado análisis sobre la importancia de esta variable en poblaciones con anorexia y bulimia nerviosa concluyendo que, con pequeñas diferencias y matizaciones según el trastorno, la insatisfacción corporal constituye un factor clave en ambos<sup>(10)</sup>. Por tanto, esta variable es un factor previo a la instauración de un trastorno de la conducta alimentaria y, en pacientes con trastornos de este tipo, es un signo preeminente que, incluso, se utiliza como elemento diagnóstico (por ejemplo, en DSM-IV). Mientras que este factor predisponente puede ser modificable, otros factores apuntados son de difícil modificación (determinada personalidad perfeccionista, experiencia estresante –viaje, pérdida de ser querido–, historia de burlas por la imagen, etc.) Sin embargo, la insatisfacción corporal se deriva de un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y autorrechazo, los cuales son susceptibles de educación y de orientación. Por ello, un mayor conocimiento de esta variable permitirá establecer propuestas preventivas en población premórbida.

### Prevalencia de las desviaciones en la autoimagen

No existen muchos estudios realizados en España sobre la evaluación de la insatisfacción corporal y, menos todavía, sobre población adolescente, por lo cual no se tienen muchas referencias con las cuales establecer comparaciones. El estudio realizado por Baile y Garrido<sup>(8)</sup> sobre insatisfacción corporal en adolescentes, medida con el *Body Shape Questionnaire* (BSQ), puso de manifiesto que la insatisfacción corporal se va adquiriendo en el período que va desde los 12 a los 16 años, edad en la que se alcanza un determinado grado de insatisfacción corporal que se mantiene posteriormente. El valor obtenido a los 15-16 años (media de 81,2) es similar al obtenido en población de mujeres españolas y anglosajonas de mayor edad. Las mujeres tienen una mayor presión social hacia una determinada imagen corporal, y quizás menos recursos personales de crítica y autoaceptación, lo que genera una mayor insatisfacción corporal que en los hombres. Es interesante comprobar igualmente que el período sensible para que se asiente la insatisfacción corporal es el que va de los 12 a los 16 años, en que se alcanza el nivel que luego parece que se mantiene con la edad.

La insatisfacción con el cuerpo puede deberse a un deseo de mejorar en la escala social, tales como la de utilizar la belleza como estrategia para conseguir una mayor aceptación en la sociedad, conseguir trabajo y mejorar las relaciones interpersonales<sup>(11)</sup>. También puede estar incentivada por motivaciones internas tales como la modificación de imperfecciones o deformidades, la búsqueda de resolución en crisis de edad o cambios vitales, preocupación e insatisfacción marcada o excesiva referente a uno o más aspectos de la apariencia física por elementos o cambios normales en el cuerpo (por ejemplo, dismorfia corporal), trastorno de la imagen corporal y trastorno dismórfico corporal<sup>(12-14)</sup>, vigorexia<sup>(15-17)</sup>, presentar una depresión de alto contenido cognitivo con esquemas de minusvalía en autoimagen<sup>(18,19)</sup>, trastornos de la personalidad<sup>(4)</sup> o transexualismo<sup>(20)</sup>. Los individuos con este trastorno devalúan su apariencia intensamente, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia y, cuando hacen una jerarquía de valores personales, lo suelen colocar en primer lugar, con lo que tienden a subestimarse.

### Consecuencias de las desviaciones en la autoimagen

Diversos estudios ponen de manifiesto que la autopercepción del peso tiende a ser imprecisa cuando se la compara con el índice de masa corporal, calculado a partir del peso y la talla referidos por el propio individuo o medidos de forma objetiva. También se ha puesto de manifiesto la tendencia del adolescente a sobrestimar su altura e infraestimar su peso. Esta discordancia muestra diferencias según el sexo. Así, las chicas se autclasifican con sobrepeso con más frecuencia que los chicos, mientras que éstos refieren, en mayor porcentaje, tener un peso por debajo de la normalidad. Y es más esta percepción imprecisa la que motiva la adopción de conductas controladoras del peso. De ahí la importancia de elaborar programas de salud que focalicen sobre la necesidad de cultivar una autoimagen realista, especialmente entre las chicas adolescentes, promocionando conductas saludables para el control de su peso en lugar de verse guiadas por sus propias percepciones que, a menudo, son inadecuadas.

Otros estudios, sin embargo, ponen de manifiesto una alta correlación entre imagen corporal y características antropométricas<sup>(21,22)</sup>, lo que sugiere que el análisis de la percepción de la autoimagen puede jugar un importante papel en la vigilancia nutricional. Lo mismo ocurre en el estudio de Goodman y cols., que emplea una muestra amplia y representativa a nivel nacional y en el que se clasifican correctamente el 96% de los adolescentes con respecto al estado de obesidad en relación al valor del índice de masa corporal

obtenido a partir de los valores de peso y talla referido por el propio adolescente<sup>(23)</sup>.

### Influencia de los consejos sobre la autoimagen

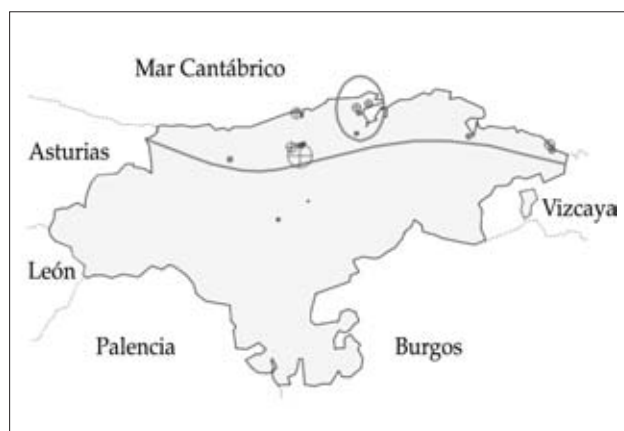
La participación en actividad física se relaciona con una imagen corporal positiva. Se argumentan dos explicaciones para esto. En primer lugar, la retroalimentación positiva tanto propia, por la posesión de un físico en consonancia con el ideal estético, como a través de los demás. En segundo lugar, el aumento de la autoestima, en gran parte debida al aumento del sentido de competencia física. Esto actuaría como factor de protección contra los trastornos de la imagen corporal y los desórdenes alimentarios.

La obesidad en la adolescencia ha aumentado significativamente en el mundo occidental en las últimas tres décadas, especialmente en nuestro país<sup>(24)</sup>. Los hábitos sedentarios y el consumo de alimentos ricos en grasas, dulces y bebidas edulcoradas son factores responsables de esta tendencia. Los niños por encima del percentil 95 para el índice de masa corporal tienen un riesgo de 2 a 4,5 veces mayor que sus compañeros con normopeso de tener cifras elevadas de colesterol y tensión arterial. Además, tienen un riesgo de 2 a 4 veces mayor de tener baja autoestima, ya que no hay una buena imagen del obeso en nuestra sociedad<sup>(25,26)</sup>.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal, cuyo trabajo de campo se realizó en marzo de 2011, en que se exploraron 1.179 adolescentes de 16 centros educativos de Cantabria, de edades comprendidas entre 10 y 17 años, de los que 568 (51,6%) eran varones y 533 (48,4%) mujeres. Participaron, voluntariamente, todos los alumnos que acudieron a clase los días en que se realizó el trabajo de campo cuando se administró la encuesta y se hizo la antropometría. En la base de datos no se registró ningún dato que permitiera identificar a los sujetos a fin de respetar la confidencialidad según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en todo momento se siguieron la normas de buena práctica clínica y la Declaración de Helsinki. En la figura 1 se han representado los centros participantes, proporcionalmente al tamaño muestral (número de alumnos aportados), en Cantabria, una de las 17 Comunidades Autónomas de España.

La encuesta consistió en un formulario en el que se recogían aspectos tales como: datos del individuo (sexo, fecha de nacimiento, fecha de la encuesta), variables de imagen corporal, test de alimentación sana del estudio EnKid, aspec-



**Figura 1.** Distribución de los adolescentes estudiados (el tamaño del círculo es proporcional al número de alumnos de cada centro educativo participante).

tos de actividad física y sedentarismo, consumo de polivitamínicos y minerales, tabaquismo, vigilancia por el pediatra y prácticas alimentarias.

La imagen corporal se valoró mediante cinco preguntas:

1) *¿Cómo te ves a ti mismo?*, debían responder un número del 1 al 9, correspondiente a uno de los 9 morfotipos presentados<sup>(27)</sup>; 2) *¿Cómo te consideras?*, debían elegir entre persona delgada, normal, sobrepeso, obesidad; 3) *Respecto a cómo te ves, ¿te gustaría...?*, elegían una de las tres opciones: adelgazar, engordar o seguir igual; 4) *¿Cuántos kilos te gustaría cambiar?*, esta pregunta sólo la contestaban quienes habían respondido adelgazar o engordar en la pregunta anterior; y 5) *Satisfacción con la propia imagen*, en una escala visual analógica de 10 cm, desde 0 a 10, debían marcar una rayita en el punto que considerasen adecuado.

Las mediciones antropométricas se realizaron colocando al alumno en el centro de la báscula (precisión de 100 g), con ropa de poco peso y bien erguido para medir la altura (precisión 1 mm). El perímetro de la cintura se midió colocando horizontalmente, a la altura del ombligo, la cinta métrica flexible (precisión 1 cm). Con el peso (kg) y la altura (m) se calculó el índice de masa corporal (IMC, kg/m<sup>2</sup>) y se clasificó a cada sujeto en una de las siguientes cuatro categorías: delgadez, normal, sobrepeso u obesidad, de acuerdo con los criterios de la *International Obesity Task Force (IOTF)*<sup>(28,29)</sup> y de la OMS<sup>(30)</sup>.

La condición física se evaluó con las pruebas realizadas por los profesores de Educación Física: salto (cm) con los pies juntos y sin impulso, lanzamiento (cm) del balón medicinal, flexibilidad (cm), tiempo (s) en carrera de 4x10 y etapas consecutivas en la prueba de Course-Navette.

### Análisis estadístico

En primer lugar se describen las variables según su tipo, si son numéricas mediante la media y desviación estándar, previa comprobación de la normalidad con la prueba de Shapiro-Wilks, o mediante la mediana y rango intercuartílico. Las variables cualitativas se describen mediante tablas de frecuencia y porcentajes de cada una de sus categorías. Los porcentajes se calculan con su intervalo de confianza del 95% por el método recomendado de Wilson.

En segundo lugar se analiza la existencia de asociaciones entre variables: a) si son ambas cualitativas mediante la prueba ji-cuadrado de la tabla de contingencia; b) cuando una variable es cualitativa y la otra numérica se comparan las medias mediante la prueba t de Student con la corrección de Welch (por presentar condiciones de aplicación menos estrictas) y cuando no se cumplen las condiciones se utiliza la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Para comparar más de dos medias se utiliza el ANOVA o la prueba de Kruskal-Wallis; y c) cuando se trata de dos variables numéricas se utiliza el coeficiente de correlación de Pearson y, si este es significativo, se calcula la ecuación de regresión mediante regresión lineal simple. También se ha utilizado la regresión lineal múltiple, siendo la variable dependiente la satisfacción con la propia imagen corporal y como variables independientes sexo, edad, peso, talla, IMC, pruebas físicas y autovaloración del estado nutricional.

El análisis se llevó a cabo con el programa R<sup>(31)</sup>. Se consideró significativo un valor  $P < 0,05$ .

Las principales características de la población estudiada se recoge en la tabla I.

### RESULTADOS

**¿Cómo te ves a ti mismo?** La puntuación media que se otorgan a sí mismos los chicos ( $n=567$ , media=3,8, y DE=1,23) y las chicas ( $n=532$ , media=3,7, y DE=0,99) no difiere significativamente (Prueba de Mann-Whitney,  $P=0,313$ ), como se aprecia en la figura 2.

**¿Cómo te consideras?** La distribución de cómo se valoran se presenta en la tabla II. Las chicas consideran que tienen exceso de peso (sobrepeso más obesidad) en un porcentaje superior que los chicos (prueba de  $\chi^2=9,12$ ,  $gl=3$ ,  $P=0,028$ ).

Llama la atención la distorsión que tienen de su imagen, pues, en un porcentaje elevado, se consideran delgados y, en un porcentaje bajo, se consideran con exceso de peso, cuando la realidad es bien diferente (prueba  $\chi^2=297,96$ ,  $gl=3$ ,  $P<0,0001$ ).

TABLA I. CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES ESTUDIADOS.

Característica	Chicos		Chicas	
	media	DE	media	DE
<b>Sexo</b>	n	%	n	%
Sexo	568	51,6%	533	48,4 %
<b>Edad</b>				
10	125		118	
11	157		136	
12	75		76	
13	60		51	
14	55		59	
15	34		44	
16	40		35	
17	22		14	
<b>Curso escolar</b>				
5º Primaria	165		149	
6º Primaria	171		153	
1º ESO	46		41	
2º ESO	64		59	
3º ESO	50		59	
4º ESO	41		50	
1º Bachiller	31		22	
<b>Antropometría</b>				
Peso (kg)	52,4	16,12	49,7	13,34
Altura (cm)	156,4	13,23	153,4	10,07
Cintura (cm)	74,3	11,61	71,6	10,22
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	21,0	4,26	20,9	4,12
<b>Estado nutricional</b>				
- Criterio IOTF				
Delgadez	21	5,0%	37	9,1%
Normalidad	245	58,1%	246	60,7%
Sobrepeso	115	27,3%	90	22,2%
Obesidad	41	9,7%	32	7,9%
- Criterio OMS				
Delgadez	8	1,9%	11	2,7%
Normalidad	223	52,8%	248	61,2%
Sobrepeso	111	26,3%	95	23,5%
Obesidad	80	19,0%	51	12,6%
<b>Hábitat</b>				
Resto zona costera	432	76,1%	396	74,3%
Gran Santander	115	20,2%	111	20,8%
Interior	21	3,7%	26	4,9%

**¿Te gustaría?** Los adolescentes quieren adelgazar (Tabla III); los varones en un 39,9% (IC-95%: 35,9% a 44,0%) y las chicas en un 50,0% (IC-95%: 45,8% a 54,2%), es decir, en un porcentaje significativamente superior (Prueba  $\chi^2=11,74$ ,  $df=2$ ,  $P=0,003$ ).

**¿Cuántos kilos te gustaría cambiar?** Los adolescentes que desean adelgazar, quieren perder 5,3 kg (DE=4,60 kg) y los que pretenden engordar quieren ganar 4,0 kg (DE=2,38

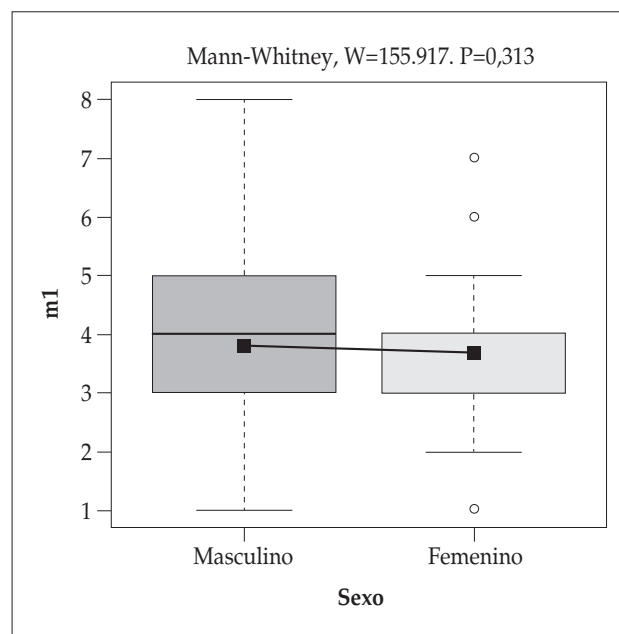


Figura 2. Cómo se ven a sí mismos (morfortipo del 1 al 9) según el sexo de los sujetos estudiados.

TABLA II. CÓMO SE CONSIDERAN LOS ADOLESCENTES, REFERIDOS A ELLOS MISMOS.

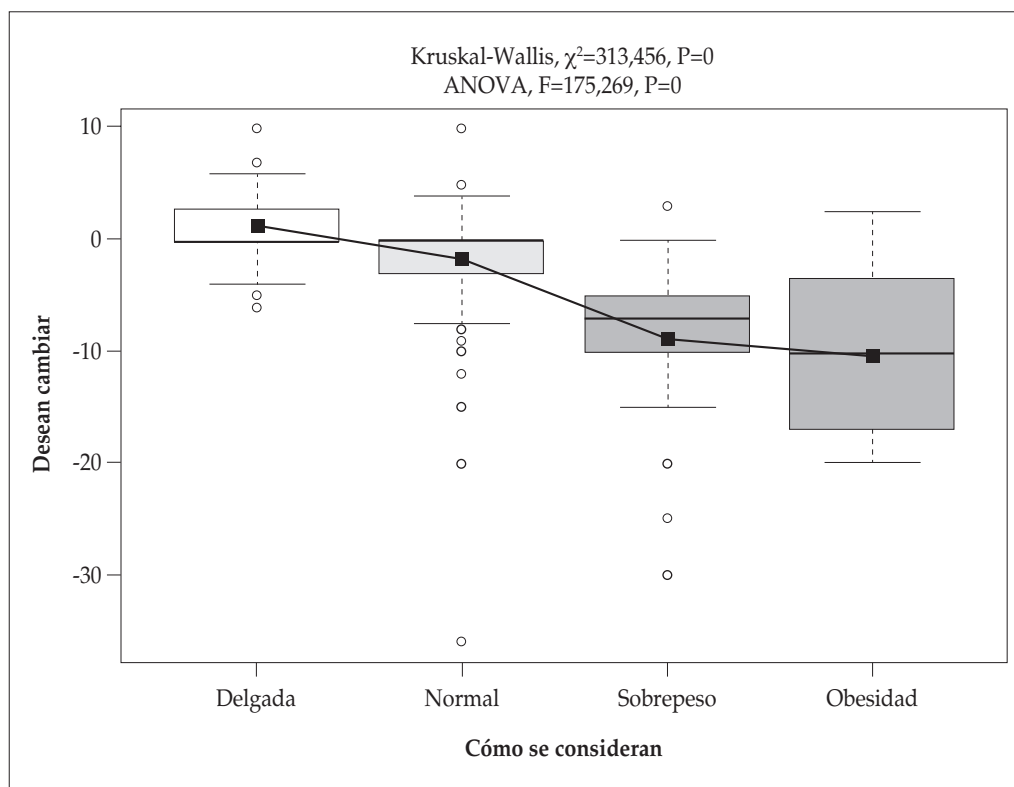
Se consideran	Chicos		Chicas	
	n	%	n	%
Delgadez	71	12,7%	71	13,4%
Normalidad	439	78,4%	390	73,9%
Sobrepeso	49	8,8%	58	11,0%
Obesidad	1	0,2%	9	1,7%

TABLA III. QUÉ QUIEREN LOS ADOLESCENTES, REFERIDOS A ELLOS MISMOS.

Quieren	Chicos		Chicas	
	n	%	n	%
Adelgazar	219	39,9 %	265	50,0 %
Engordar	59	10,7 %	41	7,7 %
Seguir igual	271	49,4 %	224	42,3 %

kg) y depende significativamente de cómo se ven a sí mismos (Fig. 3), de forma que los que se ven delgados quieren engordar y los que se ven con exceso de peso quieren adelgazar (prueba de Kruskal-Wallis,  $P<0,0001$ ).





**Figura 3.** Cuántos kg desean cambiar según cómo se ven a sí mismos los adolescentes.

**Satisfacción con la propia imagen.** En una escala de 0 a 10, los chicos se puntúan 7,9 (DE=2,09) mientras que las chicas se puntúan algo menos (media=7,2 y DE=2,43). Esta diferencia es muy significativa (prueba de Mann-Whitney,  $P<0,0001$ ). Además, conforme va avanzando la adolescencia, la satisfacción va empeorando, lentamente en los varones y de una forma más pronunciada en las mujeres (Fig. 4).

Por tanto, nuestro estudio pone de manifiesto que, al final de la adolescencia temprana (10-13 años), en la que las niñas han madurado más que los niños, empieza a haber diferencias estadísticamente significativas entre ellos; esta diferencia se hace mayor cuando entran en la fase de adolescencia intermedia (14-17 años) como se pone de manifiesto en la tabla IV.

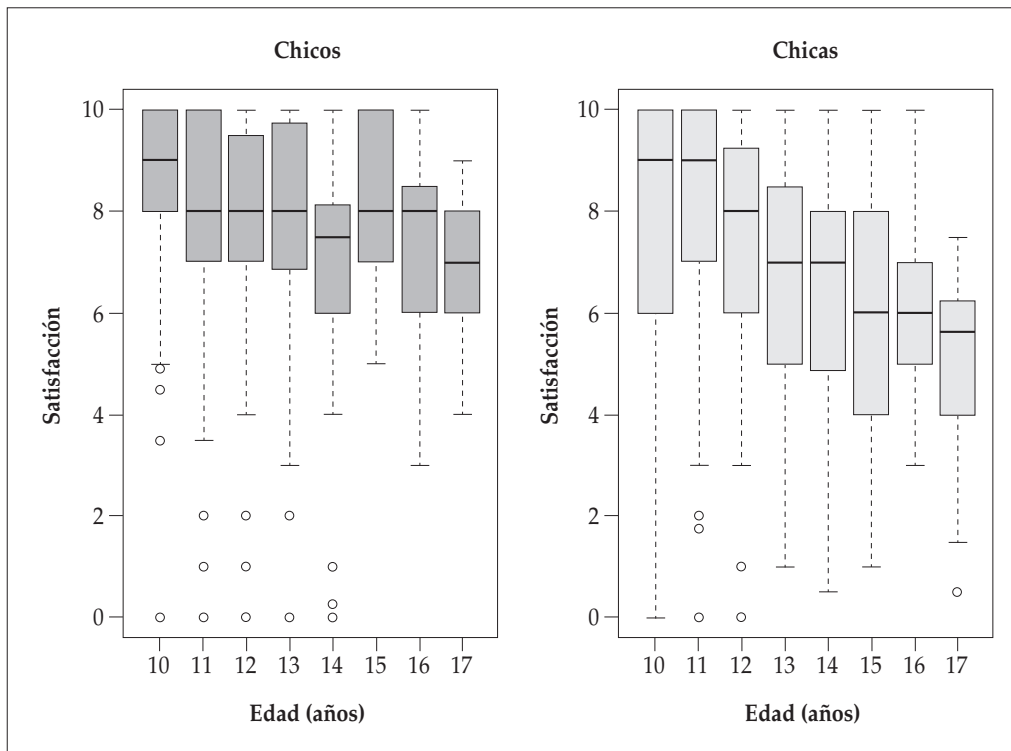
## DISCUSIÓN

Para este estudio se solicitó la participación de los profesores de Educación Física de Educación Primaria, ESO y Bachiller de diversos centros educativos de Cantabria. Tras una reunión informativa se incorporaron al proyecto los profesores «motivados» de 16 centros educativos; por tanto, la muestra no es representativa de la Comunidad de Cantabria, aunque sí que se distribuye como lo hace la pobla-

ción en esta Comunidad, es decir, mayoritariamente en la franja costera, esto es, la que queda al Norte de la autovía del Cantábrico que atraviesa toda Cantabria de Este a Oeste. Por otro lado, hay un porcentaje superior de participantes de Educación Primaria por haber más profesores de Primaria que de Secundaria. Estos factores deben ser tenidos en cuenta a la hora de interpretar los hallazgos de este estudio con una amplia muestra de adolescentes de 10 a 17 años de edad, es decir, de las dos primeras fases de la adolescencia. No se estudiaron sujetos pertenecientes a la fase de adolescencia tardía porque los de esta etapa están en otro ámbito educativo o laboral que hacía imposible su abordaje.

En general, los adolescentes se ven bien, con una imagen un poco por debajo de la correspondiente al morfotipo número 4 de la figura que se les presentó (Fig. 5). Esta autoimagen que tienen no coincide con la realidad, pues en la tabla IV se puso de manifiesto que la prevalencia del exceso de peso (es decir, sobrepeso más obesidad), empleando los criterios de clasificación de la OMS, era de un 45,3% en los varones y de un 36,1% en las mujeres.

Estos hallazgos de la mala percepción de la imagen corporal en los adolescentes coincide con la que ya han puesto de manifiesto otros autores<sup>(32)</sup>. Pero, aunque no lo manifiesten, en su creencia interior sí coinciden más con la realidad ya que, cuando se les pregunta si quieren adelgazar, un 40%



**Figura 4.** Satisfacción con la propia imagen en los adolescentes según edad y sexo.

**TABLA IV.** SATISFACCIÓN DE LOS ADOLESCENTES CON SU IMAGEN CORPORAL SEGÚN EDAD Y SEXO. DIFERENCIA ENTRE DICHAS PUNTUACIONES Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA MEDIANTE LA PRUEBA DE MANN-WHITHNEY.

Edad (años)	Chicos			Chicas			Dif.	Signif. P. valor
	n	media	DE	n	media	DE		
10	125	8,6	1,86	118	8,1	2,46	0,5	0,609
11	157	8,1	1,94	136	8,0	2,16	0,1	0,915
12	75	7,6	2,26	76	7,1	2,56	0,5	0,223
13	60	7,7	2,39	51	6,8	2,28	0,9	0,013
14	55	7,0	2,28	59	6,4	2,29	0,6	0,137
15	34	8,1	1,64	44	6,1	2,12	2,0	<0,001
16	40	7,3	1,86	35	6,0	1,71	1,3	0,002
17	22	6,8	1,76	14	4,9	2,17	1,9	0,010

de los varones quieren (lo que coincide ya con la cifra real de prevalencia de exceso de peso) y en las chicas el 50%, algo más que la prevalencia del exceso de peso, debido la presión que existe en la sociedad de un estereotipo de mujer delgada.

Respecto a cómo se consideran los varones, aproximadamente el 13% se consideran delgados, un 9% con sobrepeso y solo el 0,2% obesos, cuando la realidad es que a estas edades hay menos delgadez y más exceso de peso, como hemos comentado anteriormente. Esto probablemente se deba a la connotación negativa que tiene la obesidad en la sociedad actual<sup>(26)</sup> y a la influencia de los estereotipos<sup>(25)</sup>. Esta actitud

negativa hacia la obesidad, que se da en todas las edades y niveles educativos<sup>(33-36)</sup>, también es puesta de manifiesto en nuestro estudio.

Con el desarrollo puberal empeora la imagen que tienen de sí mismos los adolescentes, más en las chicas que en los chicos de su misma edad. Éste es un hallazgo importante de este estudio ya que, para el manejo eficiente de la obesidad, se necesita conocer que el problema está más allá de la conducta de cada individuo, por lo que habrá que tener en cuenta aspectos psicológicos, sociales, medioambientales y de salud pública<sup>(37)</sup>.



Figura 5. Morfotipos, modificados de (27).

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los siguientes profesores su colaboración en la obtención de los datos que ha permitido la realización del presente estudio:

Rosario del Álamo, IES Zapatón (Torrelavega); Diego Arce García, CEIP Amós de Escalante (Torrelavega); Rosa Blanco Martínez, IES Villajunco (Santander); Manuel García Guerra, CEIP Francisco de Quevedo y Villegas (Villasevil de Toranzo); Plácido García Martínez, CEIP Flavio San Román (Cicero); Marta Hernández Arias, CEIP Magallanes (Santander); José Mariano Iglesias Nimo, CEIP Leonardo Torres Quevedo (La Serna de Iguña); Ernesto Mendieta Garrote, IES Garcilaso de La Vega (Torrelavega) y José Manuel Ríoz Iglesias, CEIP Portus Blendium (Suances).

Grupo EVS (Educación para una Vida Saludable). Coordinados por el Prof. Pedro M. De Rufino Rivas, el grupo investigador está formado por 14 investigadores, divididos en tres subgrupos, cada uno trabajando en un aspecto específico del proyecto:

Subgrupo «Actividad Física». Coordinado por la Prof<sup>a</sup>. María José Noriega Borge (1), el subgrupo de «Actividad Física» está formado por las siguientes personas: (2) Ana Santamaría Pablos, (3) Pilar Jaén Canser y (4) Teresa Amigo Lanza.

Subgrupo «Imagen Corporal». Coordinado por el Prof. Carlos G. Redondo Figuero (5), el subgrupo de «Imagen Corporal» está formado por las siguientes personas: (6) Sergio Sobaler Castañeda, (7) Luis Ángel Rivero Benito, (8) Rafael Salcines Medrano y (9) Marcos Carrasco Martínez.

Subgrupo «Alimentación-Nutrición». Coordinado por el Prof. Pedro M. De Rufino Rivas (10), el subgrupo de «Alimentación-Nutrición» está formado por las siguientes personas: (11) Óscar Antolín Guerra, (12) Irene Casuso Ruiz y (13) Carmen Mico Díaz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hausenblas HA, Symons D. Comparison of body image between athletes and nonathletes: A meta-analytic review. *Journal of Applied Sport Psychology*. 2001; 13: 323-339.
2. Raich-Escursell RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2004; 22: 15-27.
3. Rosen JC, Jones A, Ramirez E, Waxman S. Body Shape Questionnaire: Studies of validity and reliability. *Int J Eat Disord*. 1996; 20: 315-9.
4. Bolton MA, Pruzinsky T, Cash TF, Persing JA. Measuring outcomes in plastic surgery: body image and quality of life in abdominoplasty patients. *Plast Reconstr Surg*. 2003; 112: 619-25.
5. Kearney A. Familial influences on body image development. En: Cash T, Pruzinsky T (eds). *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. The Guilford Press; 2002.
6. Pruzinski T, Cash T. Integrative themes in body image development, deviance, and change. En: Cash T, Pruzinsky T (eds). *Body images. Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press; 1990.
7. Hrabosky JI, Cash TF, Veale D, Neziroglu F, Soll EA, Garner DM, et al. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. *Body Image*. 2009; 6: 155-63.
8. Baile Ayensa JI, Garrido Landívar E. Autoimagen referente al peso en un grupo de chicas adolescentes. *An Sist Sanit Navar*. 1999; 22: 167-75.
9. Ghaderi A, Scott B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; 104: 122-30.
10. Cash TF, Deagle EA. The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 1997; 22: 107-25.
11. Luna-Montaña I. Mujer, belleza y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2001; 30: 385-8.
12. Glaser DA, Kaminer MS. Body dysmorphic disorder and the liposuction patient. *Dermatol Surg*. 2005; 31: 559-560.
13. Hodgkinson DJ. Identifying the Body-Dysmorphic Patient in Aesthetic Surgery. *Aesth Plast Surg*. 2005; 29: 503-9.
14. Kelly RE, Cash TF, Shamberger RC, Mitchell KK, Mellins RB, Lawson ML, et al. Surgical Repair of Pectus Excavatum Markedly Improves Body Image and Perceived Ability for Physical Activity: Multicenter Study. *Pediatrics*. 2008; 122: 1218-22.
15. Pope HG, Gruber AJ, Mangweth B, Bureau B, de Col C, Jouvent R, et al. Body Image Perception Among Men in Three Countries. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 1297-301.
16. Leit RA, Gray JJ, Pope HG. The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia? *Int J Eat Disord*. 2002; 31: 334-38.
17. Cafri G, Thompson JK, Ricciardelli L, McCabe M, Smolak L, Yesalis C. Pursuit of the muscular ideal: Physical and psycho-



- logical consequences and putative risk factors. *Clin Psychol Rev.* 2005; 25: 215-39.
18. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and Eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev.* 2005; 25: 895-916.
  19. Lilienfeld LR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J. Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clin Psychol Rev.* 2006; 26: 299-320.
  20. Trombetta C, Liguori G, Pascone M, Bucci S, Guaschino S, Papa G, et al. Total sex-reassignment surgery in female-to-male transsexuals: a one-stage technique. *BJU Int.* 2002; 90: 754-7.
  21. Gualdi-Russo E, Albertini A, Argnani L, Celenza F, Nicolucci M, Toselli S. Weight status and body image perception in Italian children. *J Hum Nutr Diet.* 2008; 21: 39-45.
  22. Gualdi-Russo E, Manzon VS, Masotti S, Toselli S, Albertini A, Celenza F, et al. Weight status and perception of body image in children: the effect of maternal immigrant status. *Nutr J.* 2012; 11: 85.
  23. Goodman E, Hinden BR, Khandelwal S. Accuracy of teen and parental reports of obesity and body mass index. *Pediatrics.* 2000; 106 (1 Pt 1): 52-8.
  24. Redondo-Figuero C. Estado nutricional de los niños y adolescentes de Cantabria. Santander (España): PubliCan. Universidad de Cantabria; 2013. ISBN: 978-84-8102-691-7.
  25. Jáuregui-Lobera I, Rivas-Fernández M, Montaña-González MT, Morales-Millán MT. Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad. *Nutr Hosp.* 2008; 23: 319-25.
  26. Jáuregui-Lobera I, López-Polo IM, Montaña-González MT, Morales-Millán MT. Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp.* 2008; 23: 226-33.
  27. Stunkard A, Sörensen T, Schulsinger F. The genetics of neurological and psychiatric disorders. En: Kety S, Roland L, Sidman R, Matthyse S, editors. *The genetics of neurological and psychiatric disorders.* New York: Raven Press; 1983.
  28. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000; 320: 1240-3.
  29. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ.* 2007; 335: 194.
  30. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ.* 2007; 85: 660-7.
  31. Core Team R. R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria; 2012. ISBN3-900051-07-0.
  32. Jáuregui-Lobera I, Ezquerro-Cabrera M, Carbonero-Carreño R, Ruiz-Prieto I. Weight Misperception, Self-Reported Physical Fitness, Dieting and Some Psychological Variables as Risk Factors for Eating Disorders. *Nutrients.* 2013; 5: 4486-502.
  33. Counts CR, Jones C, Frame CL, Jarvie GJ, Strauss CC. The perception of obesity by normal-weight versus obese school-age children. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1986; 17: 113-20.
  34. Puhl RM, Brownell KD. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obes Rev.* 2003; 4: 213-27.
  35. Puhl RM, Schwartz MB, Brownell KD. Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: a new approach for reducing bias. *Health Psychol.* 2005; 24: 517-25.
  36. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the Elath of the nation's children. *Psychol Bull.* 2007; 133: 557-80.
  37. Kirk SFL, Penney TL. The Role of Health Systems in Obesity Management and Prevention: Problems and Paradigm Shifts. *Curr Obes Rep.* 2013; 2: 315-9.