

**PERCEPCIÓN DEL PROPIO PESO EN ADOLESCENTES Y SU
RELACIÓN CON VARIABLES PSICOLÓGICAS Y
PSICOPATOLÓGICAS**

**MISSPERCEPTION OF THE WEIGHT IN ADOLESCENTS AND ITS
RELATIONSHIP WITH PSYCHOLOGICAL AND
PSYCHOPATHOLOGICAL VARIABLES**

Mercedes Ezquerra Cabrera¹

¹Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC). Sevilla

Correspondencia: Mercedes Ezquerra Cabrera, informacionicc@gmail.com

Instituto de Ciencias de la Conducta

C/Fernando IV 24, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

La percepción errónea del peso corporal es un factor de riesgo importante en la adolescencia, puesto que puede llevar a los adolescentes a adoptar comportamientos poco saludables con el objetivo de reducir el peso, aumentando de ese modo el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), implicándose ciertas variables psicológicas y psicopatológicas en dicho desarrollo.

El objetivo del presente trabajo fue analizar la percepción del propio peso en un grupo de adolescentes y su relación con variables psicológicas y psicopatológicas.

Palabras claves: percepción errónea de peso, trastornos de la conducta alimentaria, insatisfacción corporal, imagen corporal, salud mental.

ABSTRACT

Body weight perception is an important factor in adolescence, given that weight misperception is usually associated to unhealthy behaviours aimed to decrease weight. In this way it increases the risk for developing eating disorders. This study explored the relationship between misperception of weight and several psychological variables.

The objective of this study was to analyze the perception of the own weight in a group of adolescents and its relationship with psychological and psychopathological variables.

Keywords: Weight misperception, eating disorders, body dissatisfaction, body image, mental health.

INTRODUCCIÓN

Durante la adolescencia es común la preocupación por el peso corporal y el aspecto físico (1). Según demuestran algunos estudios, en este periodo la percepción de la imagen corporal puede estar seriamente distorsionada, por influencia de la presión social y los medios de comunicación, creándose el deseo de delgadez (2). La percepción errónea del peso corporal se define como la discordancia entre el peso corporal real y la percepción del propio peso en el individuo (3), que es diferente a la autopercepción del peso corporal, que establece el grado de concordancia entre el peso medido y percibido (4) .

La percepción del peso corporal es un factor determinante, que puede llevar a los adolescentes a adoptar comportamientos poco saludables con el objetivo de reducir el peso (5). Entre estas conductas se destacan la realización de dietas hipocalóricas estrictas, ejercicio intenso, ayuno, vómitos auto inducidos, uso de laxantes, pastillas para adelgazar (6), saltarse algunas comidas etc., a lo que hay que añadir la autocomprobación del peso, con el fin de controlarlo. Esta última conducta está estrechamente relacionada con atracones y el uso de dietas muy restrictivas, (7) llevando todo ello a una dieta desequilibrada que puede afectar al estado nutricional (8). El estado nutricional suele evaluarse a través del índice de masa corporal (IMC) que según la OMS es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla en la población.

La percepción errónea del peso corporal no se da de forma similar en los diferentes grupos de la población, ya que hay factores como son los étnicos, de los que se han obtenidos resultados diferentes en diversos estudios, tanto desde el punto de vista dietético como psicológico (autoestima y ansiedad) (9). Por

otra parte hay que añadir que la percepción errónea del peso corporal puede orientarse de dos formas diferentes. En sujetos con normopeso o con bajo peso se percibe el peso corporal superior al real, sin embargo en personas con sobrepeso u obesidad esta percepción es contraria a la anterior pues perciben su peso corporal inferior al real, destacándose las afectaciones que pueden ocasionar a nivel emocional la obesidad y el sobrepeso en la adolescencia.

En los adolescentes con obesidad es común sufrir por parte de sus compañeros y amigos todo tipo de burlas sobre el cuerpo, creándoles una imagen negativa, que repercutirá en su estado emocional a lo que se asocia baja autoestima, depresión, (2) e incluso ideación suicida (10). La percepción errónea del peso corporal exige diferentes estrategias de abordaje (11), entre ellas la educación nutricional, herramienta esencial para proporcionar información nutricional sobre los métodos científicos de control de peso, y para establecer buenos hábitos alimenticios (8). En el ámbito escolar se localiza la población de máximo riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y obesidad, lo que hace que sea el lugar ideal para realizar estudios epidemiológicos, programas de prevención y promoción de la salud en general (12).

Por otra parte hay que hacer una aclaración sobre la diferencia entre la percepción errónea del peso corporal y la distorsión de la imagen corporal ambas presente en los trastornos de la conducta alimentaria. La imagen corporal es una construcción multidimensional con componentes actitudinales, perceptivos y de comportamiento, que evoluciona y cambia bajo influencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales (5), constituyendo la distorsión de la imagen corporal una sobre-estimación del tamaño corporal o de alguna de

sus partes, o bien la sub-estimación de dicho tamaño. La distorsión de la imagen corporal y la percepción errónea del peso, junto con variables psicológicas (aprecio del propio cuerpo, autoestima, estado general de salud psíquica) contribuyen a aumentar la ansiedad corporal, poniendo a los adolescentes en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios al poder poner en marcha conductas poco apropiadas con el objetivo de bajar el peso (3).

Sobre la base de los resultados obtenidos en investigaciones previas, el objetivo de este estudio fue determinar las posibles diferencias entre sexos con respecto a la percepción del peso corporal, aprecio corporal y distintas variables psicológicas. También se analizó la influencia que pudiera tener la práctica de actividad física y el sedentarismo, además de estudiar la implicación de todo ello en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria en un grupo de adolescentes.

MÉTODO

Sujetos

En este estudio participaron un total de 517 estudiantes (219 mujeres y 298 hombres), considerándose un rango de edad de $16,34 \pm 4,25$ años, sin antecedentes personales de psicopatología, procedentes de dos Centros de estudios que imparten enseñanza secundaria, bachillerato y formación profesional (Instituto de Enseñanza Secundaria Atenea, en Mairena del Aljarafe, Sevilla, y colegio El Buen Pastor, Sevilla).

De la muestra inicial se descartaron 26 estudiantes al invalidarse alguno de los cuestionarios por diferentes motivos, como falta de datos, presentar alguna enfermedad que interfiriera con el estado de ánimo y/o la percepción del

peso corporal (por ejemplo Síndrome de Down o cáncer) o la negativa a otorgar el consentimiento informado por parte de los padres o tutor del menor.

Instrumentos

Medidas Antropométricas

Índice de masa corporal

El IMC se calculó mediante la relación entre el peso (kg) y la altura al cuadrado (m^2). Para la obtención del peso y la altura se utilizaron un analizador de la composición corporal y un estadiómetro. Para la estandarización de los datos, las medidas fueron tomadas con los participantes en el plano horizontal de Frankfort, descalzos y con ropa ligera.

Peso y altura percibida

Para la evaluación del peso y la altura percibida, se les pidió a los participantes que indicaran al principio del cuestionario el peso y estatura que creían tener en ese momento (en kg y m, preferiblemente). Posteriormente con estos datos se calculó el índice de masa corporal (IMC) auto percibido (subjetivo) siguiendo el mismo procedimiento anterior.

Peso percibido, forma física e imagen corporal

Los encuestados respondieron a unas series de preguntas que tenían como objetivo analizar la percepción del peso corporal, forma física, predisposición y motivos de querer realizar algún tipo de dieta y su origen. Algunos ejemplos a estas preguntas son: *¿Realizas algún tipo de dieta en la actualidad? En caso de realizarla, ¿Cuál es el motivo? (p.ej., perder peso,*

colesterol elevado, alguna enfermedad, intolerancias o alergias, verte mejor...)
¿Te has planteado alguna vez realizar una dieta para disminuir de peso por razones estéticas? (p.ej., para una boda, la feria, antes de las vacaciones de verano, después de las vacaciones de navidad...)

Body Appreciation Scale (BAS)

La escala de aprecio corporal se utilizó en este estudio como instrumento para el análisis de los aspectos positivos de la imagen corporal en adolescentes españoles. Consta de una escala con 13 ítems puntuando cada respuesta como 1= nunca, 2 = raramente, 3= de vez en cuando, 4= normalmente, 5= siempre. La interpretación del resultado se evalúa a través del sumatorio total que puede puntuar desde 13 a 65 puntos, relacionándose una apreciación positiva del cuerpo con un mayor número de puntos. (13)

Eating Attitudes Test (EAT 26)

Esta prueba fue empleada para examinar los aspectos relacionados con el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria. El EAT-26 es una versión abreviada de 26 ítems de la escala original EAT-40. El test consta de 26 preguntas cuyo propósito es estudiar los tres aspectos más importantes relacionados con el riesgo de TCA: dieta, bulimia y control oral, (14) recogiendo actitudes, sentimientos y comportamientos relacionados con la alimentación así como síntomas de un posible trastorno alimentario (15) .Cada pregunta tiene 6 opciones de respuesta, (“siempre” A, “casi siempre” B, “a menudo” C, “a veces” D, “pocas veces” E y “nunca” F) en la que el participante debe seleccionar una. Las puntuaciones se designan con 3 puntos para A, 2 puntos a B y 1 punto para C, las puntuaciones de D, E y F comprenden un valor

de 0 puntos, salvo en el ítem 25 que puntúa de la siguiente forma: A=0, B=0, C=0, D=1, E=2 y F=3. La puntuación total del EAT-26 se sitúan en un rango de 0 a 78 puntos, asociándose las puntuaciones ≥ 30 con actitudes anormales de comportamiento alimentario en chicas y chicos, clasificándose como posible caso clínico de TCA a ≥ 50 (16). En este estudio se utilizó la versión del EAT adaptada para la población española. (17)

Eating Disorder Inventory (EDI)

Este inventario, autoadministrado, consta de 64 ítems, agrupados en 8 subescalas, utilizándose en este estudio las tres específicamente relacionadas con los TCA: insatisfacción corporal, bulimia y obsesión por la delgadez. (18)

Escala de Autoestima de Rosenberg (SES)

Esta escala se usó con el objetivo de determinar el nivel de autoestima (19). Se trata de una prueba ampliamente utilizada en investigación psicológica, tanto desde el punto de vista social como clínico (20). Consta de 10 ítems, pudiéndose obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Con dicha puntuación se establecen los diferentes puntos de corte: autoestima baja (< 25), autoestima normal (26-29) y autoestima alta (30-40)

Golberg's General Health Questionnaire (GHQ-28)

El Cuestionario de Salud General (GHQ) es una prueba de cribado de trastornos psiquiátricos en la población general (21). El cuestionario presenta 4 subescalas, A, B, C Y D, referidas a síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Tiene dos formas de puntuación, la forma GHQ y la CGHQ valorándose respectivamente en la primera el conjunto de

síntomas que presenta la persona y en la segunda los síntomas de larga duración o la cronicidad. En GHQ las respuestas puntúan 0, 0, 1,1, mientras que en CGHQ puntúan 0, 1, 1,1. El total corresponde a la división entre puntuaciones obtenidas en GHQ y CGHQ. En este estudio se utilizó la versión española de este cuestionario (22).

International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)

Se usó este cuestionario con el objetivo de obtener datos relacionados con la actividad física y el sedentarismo. Se trata de una prueba recomendada para jóvenes y adultos de mediana edad (23). Consta de un grupo de 4 cuestionarios, utilizándose en este estudio la versión corta cuyo resultados clasifican el nivel de actividad física (nivel bajo, moderado y elevado), según indiquen los registros en los últimos siete días.

Para el calcular el nivel de actividad física se aplicó el protocolo IPAQ (<http://www.ipaq.ki.se/ipaq.htm>) expresándose las respuestas en equivalentes metabólicos (MET). Las puntuaciones de los tres subcomponentes se suman para indicar la actividad física en general. (24)

Procedimiento

El Instituto de ciencias de la conducta contactó con los Centros de estudios IES Atenea y Colegio El Buen Pastor, a los que informó y propuso la participación en este estudio. Tras la aceptación por parte de ambos Centros, se solicitó el consentimiento informado a los padres o responsables de los participantes a través de las direcciones de los Centros, con un periodo de dos semanas para ser otorgado. Obtenido dicho consentimiento, se llevó a cabo la recogida de los datos del estudio en un periodo de 5 días, para lo cual dietistas-

nutricionistas con ayuda de los profesores encargados organizaron las distintas labores en cada Centro. En los días estipulados, los participantes fueron distribuidos por grupos y clases, estableciéndose un entorno adecuado para responder a la tarea. Se fijó un tiempo máximo de 75 minutos por grupo, posteriormente se repartieron los cuestionarios y las escalas mencionadas de forma aleatoria, a fin de evitar un posible sesgo debido al orden de administración. Cada grupo fue supervisado por un nutricionista y un profesor. En el inicio de la sesión el nutricionista explicó la forma de cumplimentar los cuestionarios y escalas, y durante el transcurso de la misma, resolvió las dudas que surgían en los participantes. Tras la finalización del tiempo estimado se recogió el material administrado. Posteriormente los alumnos acudieron de forma individual a una sala preestablecida para la toma de medidas antropométricas (peso y talla) por especialistas en nutrición entrenados, no recibiendo los participantes ningún tipo de información sobre estas. Tanto los participantes como los profesores no obtuvieron ningún tipo de compensación por las acciones realizadas. Datos mostrados en la Figura 1.

Análisis estadísticos

En la realización del análisis estadístico se ha utilizado el paquete informático SPSS v 20.0. Los datos se expresan como media \pm desviación estándar. Para estudiar las posibles diferencias de género en la percepción errónea del peso, se ha analizado la proporción de hombres y mujeres utilizando el test de Chi-cuadrado (χ^2). Las diferencias entre los grupos de “riesgo” y “no riesgo” (en función de su puntuación en EAT) se analizaron mediante análisis de varianza, previa comprobación de ajuste a la normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnoff. El coeficiente de correlación de Pearson (r) se ha utilizado

con el objetivo de obtener la correlación entre el IMC subjetivo y el IMC real.

El nivel de significancia establecido fue de $p < 0,05$.

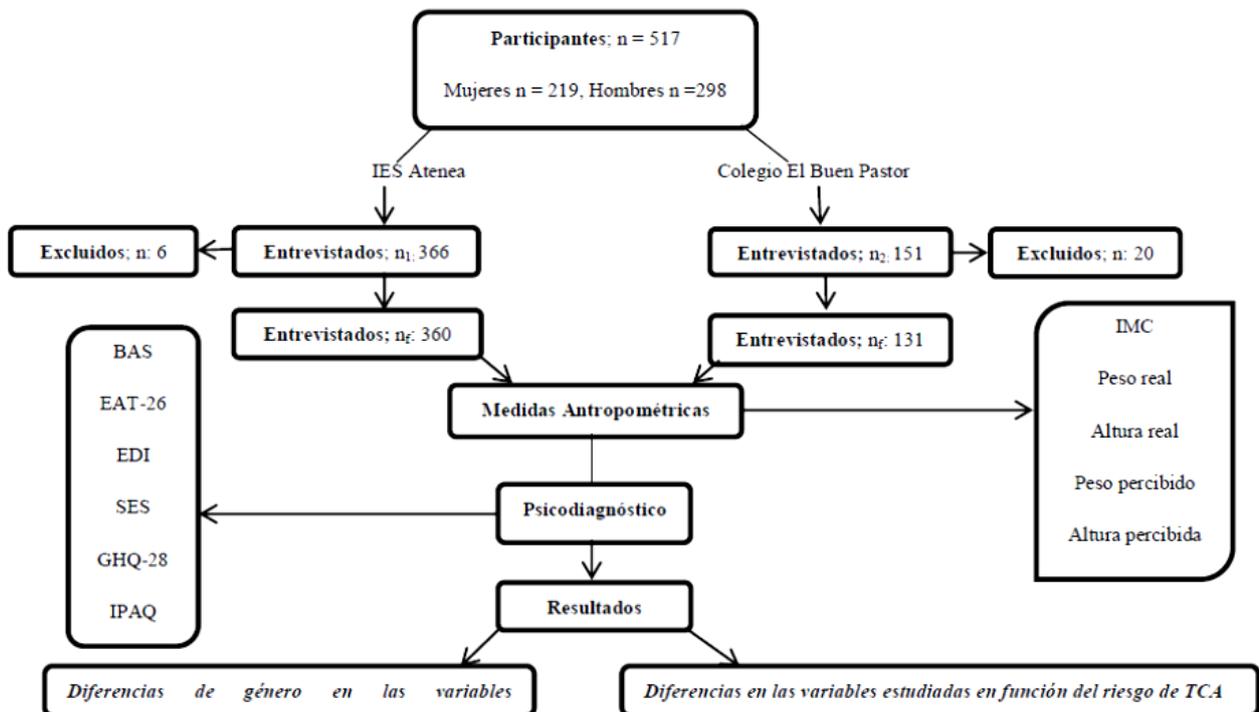


Figura 1. Diseño y procedimiento del estudio.

Factabilidad

La realización y toma de las medidas señaladas no ofreció dificultades, invirtiendo cada participante una media de $43,72 \pm 10,7$ min, en el procedimiento.

Para evitar un posible sesgo derivado del orden de administración de los cuestionarios, se procedió a su balanceo con 11 formas distintas de administración. No hubo diferencias significativas en las puntuaciones de las distintas variables considerando dichas formas de administración.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Participaron un total de 491 estudiantes (208 mujeres [42,36%] y 283 hombres [57,63%]) con una edad media de $16,34 \pm 4,25$ años y niveles educativos de ESO, Bachillerato, Ciclo formativo medio y superior.

Diferencias de género en las variables psicológicas estudiadas

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la percepción del peso corporal entre ambos sexos, mostrándose mayoritariamente una percepción del peso positiva, pues el 61,09% (Hombres: 36,04% vs Mujeres: 25,05%; $p > 0,05$) de los participantes referían encontrarse en su peso, frente al 2,44% (Hombre:1,62% vs Mujer:0,82%; $p > 0,05$) que se veían muy por debajo de su peso o al 8,14% (Hombre: 4,68% vs Mujer: 3,46%; $p > 0,05$) que se sentían por debajo de su peso, a lo que añadimos el 22,60% (Hombres: 12,21% vs Mujeres: 10,38% ; $p > 0,05$) de los participantes quienes percibían estar ligeramente por encima de peso o muy por encima de su peso 5,70% (Hombres:3,05% vs Mujeres:2,64%; $p > 0,05$). En cuanto a la forma física en los hombres se muestra una tendencia a percibir una mejor forma física que en las mujeres, clasificándose como “Buena” en el 32,74% vs 24,51% y “Muy buena” en el 10,91% vs 2,40% de los hombres frente las mujeres. ($p < 0,0001$). Un 12% de los encuestados afirmó realizar dieta, algo más frecuente en mujeres que en hombres (53,44% vs 46,56%) ($p < 0,05$), lo que confirma la predisposición por parte del sexo femenino a realizar dieta en edades tempranas. Los motivos por los que el encuestado dijo realizar algún tipo de dieta fueron diferentes entre hombres y mujeres. Se observó una mayor

tendencia en mujeres en realizar dieta para perder peso (41,66% vs 58,33%), mientras que en los hombres el motivo fundamental fue mejorar su imagen corporal (58,82% vs 41,17%) ($p < 0,05$). En cuanto al origen de dicha dieta, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre médico 13,79%, dietista-nutricionista 22,4%, autoimpuesta 51,72% u otros 12,06% ($p > 0,05$). Al igual que tampoco se observaron diferencias significativas en el inicio de la dieta con recomendación médica o sin ella. No hubo diferencia significativa entre ambos géneros en cuanto al deseo de iniciar una dieta en el futuro ($p > 0,05$). En vista al planteamiento de comenzar una dieta por razones estéticas temporales, hubo una diferencia muy significativa a favor de las mujeres ($p < 0,0001$). Así 53,29% de las mujeres afirmó querer realizar una dieta en el futuro frente al 29,92% de los hombres.

Por otro lado, en lo que a las variables psicológicas se refiere, se observó un mayor aprecio corporal por parte de los hombres, con mayor puntuación en el BAS (51,95±8,57 vs 47,41±9,95; $p < 0,0001$). Asimismo las mujeres mostraron menor autoestima que los hombres (puntuaciones en SES más bajas) (33,33±4,67 vs 31,43±5,47; $p < 0,0001$).

Finalmente las chicas presentaron un mayor riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria en un futuro con puntuaciones en el EAT superiores (9,17±7,51 vs 12,07±8,89; $p < 0,0001$). En cuanto al estado de salud psicológica presentaron un peor estado, con puntuaciones más altas en GHQ (3,03±3,90 vs 4,89±4,80; $p < 0,0001$). Con respecto al EDI, las mujeres generalmente mostraron mayores puntuaciones con diferencias significativas en las subescalas tendencia a adelgazar (EDI-DT) (3,09 ±4,136 vs 5,69 ± 5,934; $p < 0,0001$) e insatisfacción corporal (EDI-BD) (3,23 ± 4,628 vs 6,20 ±6,415; $p <$

0,0001). En la subescala de bulimia las diferencias no alcanzaron significación estadística. (Figura 2).

Asimismo, los varones mostraron mayor puntuación en la práctica de actividad física ($584,30 \pm 517,734$ vs $337,31 \pm 356,499$; $p < 0,0001$), con puntuaciones más altas en el IPAQ. No obstante, solo se establecieron diferencias significativas en actividades moderadas ($175,72 \pm 210,44$ vs $116,36 \pm 133,91$; $p < 0,01$) y vigorosas ($427,24 \pm 358,84$ vs $253,68 \pm 260,39$; $p < 0,0001$).

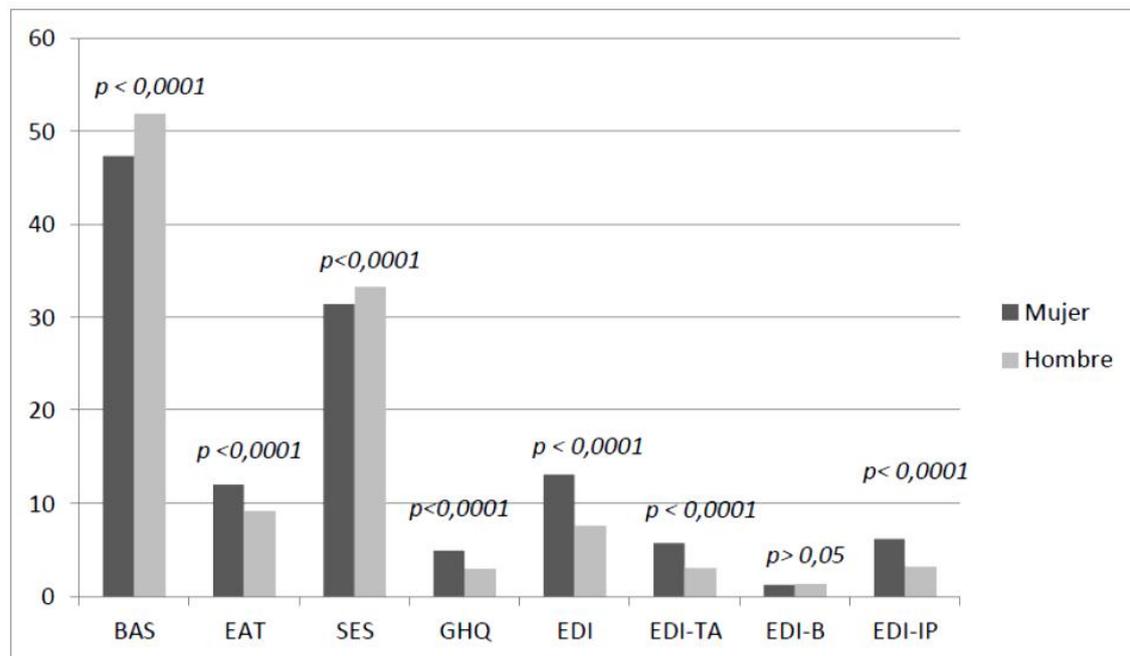


Figura 2. Diferencias de género en las variables psicológicas.

Diferencias en las variables estudiadas en función del riesgo de TCA.

Con el propósito de evaluar las posibles diferencias en función del riesgo de TCA, se dividió la muestra en “riesgo” y “no riesgo”, analizando las puntuaciones de cada grupo en BAS, EDI, SES, GHQ e IPAQ.

Un 4,9% de la muestra mostró una puntuación superior a 30 en el EAT, indicando riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria en el grupo de riesgo, no encontrándose diferencias significativas ($p > 0,05$) de género.

Los participantes “de riesgo” tuvieron puntuaciones inferiores en BAS ($38,33 \pm 11,812$ vs $50,54 \pm 8,98$; $p < 0,0001$), indicando un menor aprecio del cuerpo en los participantes con riesgo de TCA. Asimismo este grupo mostró puntuaciones más baja en autoestima ($27,48 \pm 6,345$ vs $32,74 \pm 4,932$; $p < 0,0001$).

En cuanto a las variables específicamente relacionadas con TCA (EDI), los participantes del grupo de riesgo mostraron mayor tendencia a adelgazar (EDI-DT), mayor puntuación en bulimia (EDI-B) y mayor insatisfacción corporal (EDI-BD) ($p < 0,01$). Finalmente el grupo de riesgo de TCA mostró peor salud mental, (GHQ más elevado) ($6,45 \pm 5,671$ vs $3,70 \pm 4,310$; $p < 0,05$). (Tabla 1).

Tabla. 1. Distribución del riesgo de TCA evaluado por EAT-26 asociado a la variable psicológica

	TCA \geq 30	TCA \leq 30	<i>p</i> *
BAS	38.33	50.54	< 0.0001
SES	27.48	32.74	<0.0001
EDI	24.95	9.33	< 0.0001
GHQ	6.45	3.70	<0.05

* χ^2 de Pearson.

En cuanto al IPAQ, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de riesgo y el otro grupo.

El índice de masa corporal real correlacionó positivamente con el auto percibido por los participantes ($r= 0,803$). La varianza compartida entre ambas variables fue del 64%. (Figura 3).

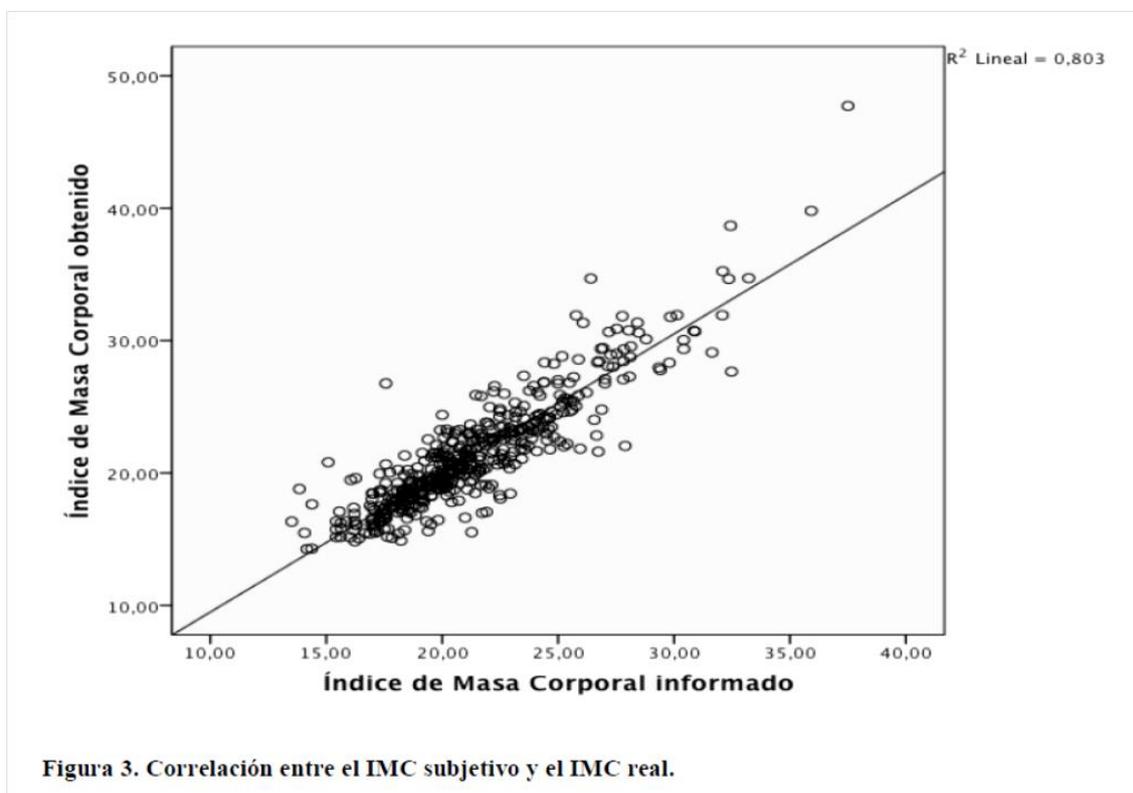


Figura 3. Correlación entre el IMC subjetivo y el IMC real.

DISCUSIÓN

Estudios anteriores han mostrado la información de la percepción errónea del peso corporal en adolescentes con peso normal (3) predominando en el sexo femenino, en contraste con los resultados obtenidos en este estudio, que refleja alta correlación entre el peso real y el percibido. Este dato puede ser relevante, ya que se ha relacionado la autocomprobación del propio peso como una de las características principales de los trastornos de la conducta alimentaria (7), sin olvidar el riesgo de obtener dicha información por otros medios como son los datos aportados por especialistas médicos, nutricionistas,

farmacéuticos, etc. En cuanto a la diferencia entre percepción errónea del peso corporal (discordancia entre el peso corporal real y la percepción del propio peso en el individuo) (3) y distorsión de la imagen corporal (sobre-estimación del tamaño o infraestructuración) varios estudios coinciden que son dos elementos diferentes, pero que inciden en el desarrollo de trastornos alimentarios (3,25). Por otro lado, en este estudio no se pudieron considerar diferencias étnicas, siendo un factor relevante, confirmando en varios estudios que este arrojan diferentes riesgos de TCA en distintos grupos raciales (3,9).

En cuanto a diferencia de género, en contraste con un estudio previo (26) que encontró diferencias en la percepción del peso corporal entre ambos sexos, los hombres y mujeres percibieron su peso corporal de forma similar, no ocurriendo así en lo que refiere a la forma física pues los hombres valoraron tener mejor forma física que las mujeres, a lo que vinculamos el sentimiento de tener un buen estado de salud (27).

Por otro lado, el inicio de dietas hipocalóricas a edades tempranas por parte de las mujeres es cada vez más precoz, como se observa en este estudio, a lo que debemos sumar que nos encontramos en la adolescencia, caracterizándose este periodo generalmente por la independencia, la propia toma de decisiones sobre la vida, y sobre todo por un importante cambio de hábitos alimentarios (28). En esta última característica, se incluye el deseo de elegir el tipo de alimentación, siendo habitual la elección de dietas hipocalóricas, pues aunque el adolescente este en normopeso puede percibirse con exceso de peso, lo que le lleva a dichas dietas, como se cita en el estudio CASPIAN-III (29), todo influenciado por la presión social, que juega un papel negativo en la imagen corporal (30). La preocupación sobre el aspecto físico

afecta a los dos sexos por igual aunque se enfocan de forma distinta. Mientras las mujeres realizarían dieta con el objetivo de perder peso, los hombres lo harían por mejorar su imagen corporal especialmente aumentando la masa muscular. Sin embargo, otros estudios, demuestran que la preocupación por el peso y la dieta puede tener un impacto negativo en la salud, incluyendo un mayor riesgo de padecer obesidad en un futuro (31).

Por otra parte, el objetivo principal por el que el sujeto se plantea comenzar una dieta incluye aspectos estéticos, relacionados con fechas significativas puntuales, como son las vacaciones de verano y otras festividades, algo que ocurre sobre todo en el sexo femenino, como se muestra en nuestro estudio. A todo esto debemos añadir el deseo de realizar dieta tras el periodo de vacaciones, pues la percepción errónea de sobrepeso es elevada tras este periodo como demuestra un estudio previo al respecto (32).

Asimismo el planteamiento de iniciar una dieta en un futuro no fue relevante, pese a la información obtenida por otro estudio que indicaba que el deseo de mujeres adolescente por realizar dieta era mucho que en los varones (29), situando la edad media alrededor de los 11 años, lo que señala que cada vez más adolescentes se plantean realizar algún tipo de dieta de forma temprana, como ya se ha indicado anteriormente. Parece evidente que la proximidad de ciertas fechas aumenta la probabilidad de hacer dieta y tras dichas fechas vuelve a aumentar dicha probabilidad.

En lo que refiere a los aspectos psicológicos, las mujeres que participaron en este estudio, mostraron encontrarse peor que los hombres a nivel emocional. Lo que corrobora resultados obtenidos en otro estudio que

encontraba que las mujeres tenían mayor riesgo de padecer algún tipo de trastorno psicológico (33). En el presente estudio las puntuaciones bajas en autoestima proporcionadas por las mujeres, corroboran otros hallazgos en este sentido. También ha sido ampliamente aceptado por otros estudios la asociación del estrés psicológico, la ansiedad y depresión con los trastornos de la conducta alimentaria, ya que varios autores demuestran que las emociones negativas como la tristeza, depresión y ansiedad pueden llevar cambios en la conducta alimentaria, tanto disminuyendo el apetito como aumentando la ingesta, lo que incrementa el riesgo de desencadenar dichos trastornos (34). Las mayores puntuaciones obtenidas por las chicas en EAT y EDI en este estudio, destacando las subescalas específicamente alimentarias como son la tendencia a adelgazar e insatisfacción corporal, corroboran un mayor riesgos en las mujeres.

Con relación a lo anterior la actividad física se vincula con niveles de autoestima elevados, reconociéndose el ejercicio físico como una de las medidas más efectivas para combatir alteraciones psicopatológicas (ansiedad, depresión, etc.) (35), lo que podría relacionarse con niveles altos de actividad física en hombres y bajos en mujeres, algo recogido en este estudio junto con las peores puntuaciones, en las variables psicológicas anteriormente mencionadas.

Hemos observado en la población estudiada que las puntuaciones medias por sexo, en EAT, fueron diferentes, situándose al sexo femenino ($12,07 \pm 8,89$) con puntuaciones superiores en comparación con el masculino ($9,17 \pm 7,5$). No obstante un 4,9% de la muestra presentaron claro riesgo de TCA (puntuación > 30), algo menor al 10% hallado en algún estudio previo. No obstante, ambos estudios coinciden en que las presiones sociales de los medios de

comunicación, la familia y los compañeros pueden favorecer el desarrollo de estos trastornos al promover un ideal de delgadez y destacar la importancia de la apariencia física (36).

El riesgo de desarrollar un TCA está vinculado por cierto rasgos psicológicos de los pacientes. Estos rasgos están definidos en el sujeto previamente a la manifestación de la enfermedad, pues se ha demostrado que personas con predominio de aspectos psicológicos positivos como es la apreciación positiva de su cuerpo, presentan menores puntuaciones en EAT, lo que indica un menor riesgo de desarrollar TCA. En la apreciación positiva del cuerpo se incluyen características favorables de uno mismo, como es el tener una opinión positiva del físico, aceptación del peso, de la forma corporal, las imperfecciones, la atención a las necesidades de nuestro cuerpo, respeto y autoprotección, rechazando los ideales corporales que nos muestran los medios de comunicación actuales. Estas características se ven infravaloradas en las personas con riesgo a desarrollar estos trastornos, lo que usualmente suele estar acompañado de autoestima baja, como apoya algún otro estudio (37). La autoestima baja es un factor potencial desencadenante de trastornos psicológicos, apareciendo frecuentemente en los TCA. Esta falta de autoestima, sobre todo en niñas, precede a posibles casos de TCA considerándose un síntoma básico, según confirman algunos estudios (38,39). Las personas con autoestima baja, en lugar de actuar según su propia creencia o convicción, tienden a conformarse con la presión social, reaccionando sensiblemente a la evaluación por parte de otros. Es común que las personas que presentan este riesgo desarrollen un TCA, al buscar la delgadez, por sentirse más insatisfechas

que las personas con alta autoestima, confirmando los resultados de este estudio (40).

En contraposición a otro estudio (41), aunque los niveles de actividad física en las personas con riesgo a desarrollar TCA fueron mayores, no eran lo suficientemente significativos para ser considerados, por lo que las personas con o sin riesgo de TCA practicaban la misma actividad física según nuestro estudio, al igual que permanecen las mismas horas realizando actividades sedentarias como ver la tele, leer, jugar a video juegos, estudiar, etc. La excesiva actividad física ha sido reconocida como una característica paradójica comúnmente presente en TCA, sobretodo en algunos casos de anorexia nerviosa, trastorno en el que se presentan niveles excesivos de actividad, considerándose como una estrategia de reducción de peso por parte del paciente (41).

El presente trabajo tiene algunas limitaciones. En primer lugar no se han considerado (como sí se hace en muchos estudios en este campo) las diferencias étnicas al no permitirlo nuestra muestra de estudio. Por otro lado, otras variables psicológicas podrían haberse incluido al igual que la toma en consideración de datos sobre ejercicio físico más objetivos. En todo caso el tamaño de la muestra y las edades comprendidas constituyen un valor a considerar al incluir la población diana habitualmente más afectada por alteraciones de la imagen corporal y de la alimentación.

CONCLUSION

A pesar de que algunos estudios han reportado diferencias en la percepción errónea del peso corporal entre ambos sexos, dichas diferencias no se han encontrado en este estudio, encontrándose alta correlación entre el peso real y el autopercebido en los participantes. Asimismo valorar y percibir positivamente la forma física, se asocia a aspectos psicológicos favorables, predominando este hecho los varones.

Por otro lado, es frecuente entre adolescentes el inicio de dietas previas al periodo de vacaciones, con el objetivo de mejorar su físico, principalmente entre las mujeres. En esta prevalencia influye la presión social, jugando un papel negativo la presencia de peor salud mental.

Se confirma que existe una fuerte relación entre las variables psicopatológicas y el riesgo de TCA, presentándose en el sexo femenino mayor riesgo de estos trastornos, al tener peor autoestima, apreciación negativa de su cuerpo, insatisfacción corporal y tendencia a la delgadez, así como más síntomas de estrés psicológico, depresión y ansiedad. Además, también se observa en mujeres menor actividad física que en los hombres, asociándose la práctica de esta a efectos positivos, ya que disminuyen los niveles de ansiedad, por lo que podría relacionarse la falta de actividad física en mujeres con una mayor prevalencia de psicopatología.

En contraste con otras poblaciones en estudio, el porcentaje de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria parece haber disminuido, aunque sigue predominando claramente en el sexo femenino. Las personas en riesgo muestran ciertas características propias, como tener una opinión negativa de su aspecto

físico, rechazo a su imagen corporal, etc., todo ello acompañado usualmente de autoestima baja y peor salud mental general.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo técnico prestado por los miembros del IES Atenea y Colegio “Buen Pastor”, así como el de todo el personal del Instituto de Ciencias de la Conducta de Sevilla.

REFERENCIAS

1. Mikolajczyk R, Iannotti R, Farhat T, Thomas V. Ethnic differences in perceptions of body satisfaction and body appearance among U.S. Schoolchildren: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2012;12:425.
2. Lo WS, Ho SY, Mak KK, Lai YK, Lam TH. Adolescents experience of comments about their weight - prevalence, accuracy and effects on weight misperception. *BMC Public Health*. 2009;9:271.
3. Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P, Santiago-Fernández MJ, Garrido-Casals O, Sánchez E. Perception of weight and psychological variables in a sample of Spanish adolescents. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2011;4:245-51.
4. Rahman M, Berenson AB. Self-perception of weight and its association with weight-related behaviors in young, reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. 2010;116(6):1274-80.
5. Ojala K, Tynjälä J, Välimaa R, Villberg J, Kannas L. Overweight adolescents' self-perceived weight and weight control behaviour: HBSC Study in Finland. 1994-2010. *J Obes*. 2012;2012:180176.
6. Ursoniu S, Putnoky S, Vlaicu B. Body weight perception among high school students and its influence on weight management behaviors in

- normal weight students: a cross-sectional study. *Wien Klin Wochenschr.* 2011;123(11-12):327-33.
7. Friend S, Bauer KW, Madden TC, Neumark-Sztainer D. Self-weighting among adolescents: associations with body mass index, body satisfaction, weight control behaviors, and binge eating. *J Acad Nutr Diet.* 2012;112(1):99-103.
 8. Ro Y, Hyun W. Comparative study on body shape satisfaction and body weight control between Korean and Chinese female high school students. *Nutr Res Pract.* 2012;6(4):334-9.
 9. Viner RM, Haines MM, Taylor SJ, Head J, Booy R, Stansfeld S. Body mass, weight control behaviours, weight perception and emotional well-being in a multiethnic sample of early adolescents. *Int J Obes.* 2006;30(10):1514-21.
 10. Brener ND, Eaton DK, Lowry R, McManus T. The association between weight perception and BMI among high school students. *Obes Res.* 2004;12(11):1866-74.
 11. Pino JL, López MA, Moreno AA, Faúndez TP. Body image, nutritional status and composition perception of nutrition and dietetics students in university Del mar, Talca, Chile. *Rev. chil. nutr.* 2010;37:3.
 12. Jáuregui-Lobera I, Romero-Candau J, Bolaños-Ríos P, Montes-Berriatúa C, Díaz-Jaramillo R, Montaña-González MT, Morales-Millán MT, León-Lozano P, Martín LA, Justo-Villalobos I, Vargas-Sánchez N. Eating behaviour and body image in a sample of adolescents from Sevilla. *Nutr Hosp.* 2009;24(5):568-73.
 13. Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P. Spanish version of the Body Appreciation Scale (BAS) for adolescents. *Span J Psychol.* 2011;14:411-20.
 14. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol. Med.* 1982;12:871-8.

15. Chen J, Wang Z, Guo B, Arcelus J, Zhang H, Jia X, Xu Y, Qiu J, Xiao Z, Yang M. Negative affect mediates effects of psychological stress on disordered eating in young chinese women. *Plos One*. 2012;7(10):e46878.
16. Med JY. Disturbed eating attitudes and behaviors in south korean boys and girls: A school-based cross-sectional study. *Yonsei Med J*. 2010;51(3):302–09.
17. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E. The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychol. Assess*. 1991;7(2):175-90.
18. Garner DM. *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2*. Tea Ediciones SA. 1998.
19. Vázquez AJ, Jiménez R, Vázquez-Morejón R. Spanish validation of Rosenberg's Self-esteem Scale (SES). *Apuntes de Psicología*. 2004;22:247–55.
20. Jáuregui-Lobera I, Bolaños P. Spanish version of the irrational food beliefs scale. *Nutr Hosp*. 2010;25(5):852-9.
21. Vallejo MA, Jordán CM, Díaz MI, Comeche M, Ortega J. Psychological Assessment via the Internet: A reliability and validity study of online. Versions of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) and the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90-R). *J Med Internet Res*. 2007;9(1):e2.
22. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish Population. *Psychol. Med*. 1986;16:135-40.
23. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(8):1381-95.
24. Lee P, Yu Y, McDowell I, Leung G, Lam T, Stewart S. Performance of the international physical activity questionnaire (short form) in subgroups of the Hong Kong chinese population. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;8:81.

25. Leah M, Jappe, BS, Guido KW, Frank MD, Shott BS, Michael DH, Rollin MD, Tamara PD. Heightened sensitivity to reward and punishment in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2011;44(4):317–24.
26. Perrin EM, Boone-Heinonen J, Field AE, Coyne-Beasley T, Gordon-Larsen P. Perception of overweight and self-esteem during adolescence. *Int J Eat Disord*. 2010;43:447–54.
27. Galán I, Boix R, Medrano MJ, Ramos P, Rivera F, Pastor-Barriuso R, Moreno C. Physical activity and self-reported health status among adolescents: a cross-sectional population-based study. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III Madrid, Spain. *BMJ Open*. 2013;14;3(5).
28. Laska M, Murray D, Lytle L, Hanck L. Longitudinal associations between key dietary behaviors and weight gain over time: Transitions through the adolescent years. *Obesity*. 2012;20(1):118–25.
29. Helfert S, Warschburger P. The face of appearance-related social pressure: gender, age and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence. *Child Adolesc. Ment. Health*. 2013;17;7(1):16.
30. Kelishadi R, Marashinia F, Heshmat R, Motlagh ME, Qorbani M, Taslimi M, Nourbakhsh M, Ardalan G, Poursafa P. First report on body image and weight control in a nationally representative sample of a pediatric population in the Middle East and North Africa: the CASPIAN-III study. *Arch Med Sci*. 2013; 20;9(2):210-7.
31. Assunção ML, Muniz L, Dumith S, Clark V, Araújo C, Gonçalves H, Menezes A, Hallal P. Predictors of Body Mass Index Change From 11 to 15 Years of Age: The 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *J. Adolesc Health*. 2012;51(6):S65–69.
32. Yanovski JA, Yanovski SZ, Sovik KN, Nguyen TT, O'Neil PM, Sebring NG. A prospective study of holiday weight gain. *N Engl J Med*. 2000;23;342(12):861-7.
33. Brandheim S, Rantakeisu U, Starrin B. BMI and psychological distress in 68,000 Swedish adults: a weak association when controlling for an age-gender combination. *BMC Public Health*. 2013;24;13:68.

34. Chen J, Wang Z, Guo B, Arcelus J, Zhang H, Jia X, Xu Y, Qiu J, Xiao Z, Yang M. Negative affect mediates effects of psychological stress on disordered eating in young Chinese women. *PLoS One*. 2012;7(10):e46878.
35. Ekeland E, Heian F, Hagen KB, Abbott J, Nordheim L. Exercise to improve self-esteem in children and young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD003683.
36. Gustafsson S, Edlund B, Davén J, Kjellin L, Norring C. How to deal with sociocultural pressures in daily life: reflections of adolescent girls suffering from eating disorders. *J Multidiscip Healthc*. 2011;4:103–10.
37. Jáuregui-Lobera Ignacio, Bolaños-Ríos Patricia, Ruiz-Prieto Inmaculada. Fusión de la imagen y del cuerpo en forma de pensamiento en los trastornos alimentarios. *Int J Med Gen*. 2012;5:823-30.
38. Gonçalves S, Silva M, Gomes R, Machado P. Disordered eating among preadolescent boys and girls: The relationship with child and maternal variables. *Nutrients*. 2012;4(4):273–85.
39. Abbate-Daga G, Gramaglia C, Marzola E, Amianto F, Zuccolin M, Fassino S. Eating disorders and major depression: Role of anger and personality. *Depress Res Treat*. 2011;2011:194732.
40. Jung-Hyun L, Mi-Yeon S, Hye-Hyeon J, Young-Chul J, Joon-Ki K, Kyung R. Validation of the Korean version of the Eating Disorder Inventory-2: Psychometric Properties and Cross-Cultural Comparison. *Yonsei Med J*. 2012; 1;53(6):1099–106.
41. Carrera O, Adan R, Kas M. Hyperactivity in Anorexia Nervosa: warming up not just burning-off calories. *Plos one*. 2012;E41851.