

Diseño gráfico: Manuel Alfonso Romero Caro

UNIVERSIDAD DE HUELVA

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA, MÚSICA Y
ARTES PLÁSTICAS



Universidad
de Huelva

Imagen corporal y actitudes hacia la obesidad en el alumnado y el profesorado de Educación Física de Secundaria Obligatoria de la provincia de Huelva

TESIS DOCTORAL

DIRECTORES

**Dra. Ángela Sierra Robles
Dr. José Carmona Márquez**

AUTORA

**Inmaculada Tornero Quiñones
Enero, 2013**



Universidad de Huelva

La Dra. D^a. Ángela Sierra Robles, profesora titular del Departamento de Educación Física, Música y Arte Plásticas de la Universidad de Huelva y el Dr. D. José Carmona Márquez, profesor titular del Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social de la Universidad de Huelva, como directores de la tesis titulada: *"Imagen corporal y actitudes hacia la obesidad en el alumnado y profesorado de Educación Física de Secundaria Obligatoria de la provincia de Huelva"*

DECLARAN que la tesis doctoral presentada por D^a Inmaculada Tornero Quiñones corresponde a un trabajo realizado bajo nuestra dirección. Dicho trabajo ha sido revisado frecuentemente y en la actualidad estimamos que reúne las condiciones requeridas para la defensa de la misma para optar al título de doctora por la Universidad de Huelva.

Huelva, 8 de enero de 2013

Fdo. Ángela Sierra Robles

Fdo. José Carmona Márquez

A Francisco Javier

“Para cuando te marches, tienes las llaves que abren mis puertas y por si las perdieras dejaré siempre ventanas abiertas. Para cuando te quedas, tengo en mi vientre un verano de estrellas en un mar que se mece si tú respiras desde su arena...”

Carlos Chaouen

A mi padre, a mi madre y a mi hermana

“... y en cueros, se adormece como un churumbel el amor verdadero, verdadero porque no le hace falta deshojar claveles, ni billetes gordos, ni lucir laureles, ¡que vuelen!, que me alegra saber que sólo queréis recoger la alegría en puñados de a diez”

José Carlos Romero

Agradecimientos

Como dijo el poeta español Francisco de Quevedo, el agradecimiento es la parte principal de una persona de bien. Muchos de vosotros me recomendasteis, durante la realización de esta tesis doctoral, que no dejara para el final esta parte. No hice caso, y ahora algo alterada, intentando no olvidarme de nadie, es el momento de plasmar los agradecimientos a todos aquellos que han hecho posible la realización de esta investigación. Me enfrento con cierta timidez a las últimas líneas que escribo pues quiero encontrar las palabras adecuadas para dar las gracias e invitaros a que os sintáis partícipes de este trabajo.

Esta tesis doctoral es el resultado del desarrollo de una beca de Formación de Personal Docente e Investigador que gracias al apoyo de la Universidad de Huelva ha hecho posible la realización de la misma.

En primer lugar, agradecer extraordinariamente a mis directores de tesis, Ángela Sierra y José Carmona la dedicación, constancia y rigor en todo el proceso. Gracias por el interés que habéis manifestado en todo este tiempo, por vuestra profesionalidad y sobre todo, por los valores humanos que me han hecho crecer como persona. Ángela, torbellino de emociones, gracias por la positividad, por la fuerza y por esa chispa de felicidad que me transmites, haciendo más llevadero los momentos difíciles. Desde el primer momento confiaste en mí. Es una suerte poder trabajar a tu lado. Pepe, gracias por la paciencia que has tenido conmigo día a día en el análisis de datos. Me has transmitido sosiego cuando veía todo casi negro. Siempre me has dado soluciones a problemas que me vencían con el rigor y la tranquilidad que te caracterizan. Eres un gran profesional y a tu lado he aprendido a disfrutar y a valorar esta investigación.

Agradecer enormemente la colaboración del alumnado de la ESO y profesorado de Educación Física y Matemáticas de todos los IES que han participado en este estudio. Sin vosotros, incuestionablemente esta tesis no hubiera sido posible.

Por supuesto a agradecer a mis compañero y compañeras del Departamento de Educación Física, Música y Artes Plásticas, en especial al Área de Expresión Corporal por darme la oportunidad de conocerme, por el apoyo continuo en mi trabajo, por el cariño que me habéis regalado y por confiar en mí. Gracias a Pepe Tierra, siempre has estado ahí, en lo bueno y en lo malo ayudando a que este proyecto siguiera adelante. Gracias a Pedro, me has enseñado a trabajar y gestionar mis emociones tan importantes para el desarrollo de esta tesis, además gracias por esas pequeñas pinceladas en la búsqueda de la felicidad. Gracias a Jesús Sáez, sobre todo por abrirme las puertas de su casa como una más de la familia día y noche. Gracias a Fani, compañera y amiga, sé que te alegras tanto como yo de mis pequeños progresos. Me encanta compartir contigo el trabajo y las actividades de ocio, y sobre todo las risas. Gracias a Javi Giménez, ya te he comentado alguna vez que otra que me he acordado mucho de los consejos y del ánimo que me has dado en el desarrollo de esta tesis. Gracias por tu disposición en todo momento y por la ayuda que me has prestado. Gracias a Jesús Tejada y Clara, quiero dedicaros estas palabras a los dos porque lo que más me gusta y "envidia" de vosotros es vuestra sonrisa despeinada de ir en contra de los vientos. Gracias a Pepe Robles, es un placer trabajar contigo, eres una gran persona. Gracias a Javi Tamayo, siempre te has interesado por esta investigación, además gracias por la ayuda en la docencia que en parte me ha facilitado la dedicación a la tesis. Gracias a Pablo, por su gran destreza con la informática, gracias por la edición de la tesis en formato digital. Gracias a José Rebollo, compañero de despacho, gracias por tu apoyo y por tener siempre una sonrisa en la cara. Gracias a Manolo Abad, por el ánimo y esos consejos de última hora para la defensa de la tesis. Gracias a Inma y a Samir, por vuestra ayuda siempre inmediata con los trámites de la tesis. He dejado para el último lugar a mis compañeros de batalla, gracias a Bart y Cristina, ahora toca "destilar con los puños de alambique los tabiques de este mar y quedarnos con la esencia que es paciencia en el

andar..." gracias por el apoyo y la ayuda en todo momento, me encantaría trabajar con vosotros en el área muchos años. Gracias a Edu y Julia, no tengo palabras para agradeceros el apoyo incondicional desde el principio de esta tesis hasta el fin. Dicen que el tiempo pone a cada uno en su sitio y que cada uno tiene lo que se merece, pues en mi opinión vosotros os merecéis lo mejor. Gracias por contar conmigo en vuestros proyectos, espero que nos acompañe un poquito la suerte y que junto con Bart y Cristina podamos estar muchos años trabajando juntos.

He tenido la suerte de conocer a Vânia y a Nuno, unos profesionales excepcionales y unas personas únicas. Empecé a conocerlos durante la estancia en el Instituto Politécnico de Beja (Portugal) para la mención de doctorado internacional, y a partir de ese momento nos unió algo más que el trabajo. Vânia es un placer trabajar contigo, espero que a raíz de la línea de investigación que nos une podamos seguir investigando juntas. Nuno, me asombra la capacidad de trabajo que tienes, la fuerza y el entusiasmo que pones en cada paso que das.

Al doctor y profesor Pablo Tercedor por la ayuda prestada en relación al cuestionario de actividad física habitual y su disponibilidad inmediata.

La colaboración y el apoyo de Patricia, Irene y Víctor, alumnos de Educación Física, también ha sido imprescindible. Gracias por la ayuda en el cálculo de los METs y por las implicaciones didácticas para el tratamiento de la imagen corporal y las actitudes hacia la obesidad. Gracias por vuestra alegría y las palabras de ánimo.

Quiero agradecer también su apoyo a Manu y Diego. He tenido el placer de colaborar en vuestros trabajos fin de máster y la satisfacción de saber que han llegado a buen puerto. Manu tus palabras de apoyo han sido continuas, me alegro mucho por tus progresos. Cuando menos te lo esperes estarás escribiendo los agradecimientos de tu tesis. Diego tu comprensión con mi situación en el desarrollo de esta investigación ha sido ejemplar, asumiendo parte del trabajo de la creación de la empresa.

A mis amigas y amigos de la licenciatura, Marisol, Marisa, Natacha, Celia, María Cañadas, Ana Roldan, Ana Zaragoza, Eva, Toñete, Toledo y en especial a Merche la mejor amiga que he tenido siempre. Aunque nos separen unos cuantos kilómetros sabes que siempre recuerdo miles de buenos momentos y que la distancia en este caso no es un obstáculo. Eres una persona especial y ahora te deseo lo mejor con tu embarazo.

A Choncho por el exquisito diseño de la tesis. Gracias por el tiempo dedicado en la portada y sobre todo por la confianza que me has aportado.

A mis sobrinas María y Leticia y a mi sobrino José Antonio porque cuando estoy con ellos me doy cuenta de que sus incontaminados corazones consiguen lo que nuestras torpes cabezas no pueden lograr.

Al apoyo recibido por mi familia no sólo durante el desarrollo de esta tesis, sino durante toda la vida. Agradecer a mis padres, Bartolomé y Veli la educación que me han dado, los valores tan importantes en la vida como la libertad para elegir y para equivocarme, el esfuerzo y el respeto. Gracias por esforzaros tanto, tanto... para que pudiera estar hoy escribiendo estos agradecimientos. A mi hermana Lourdes que siempre me ha defendido "a capa y espada" y ha creído en mí, y así me lo ha manifestado no sólo a mí, sino a los cuatro vientos. Deseo de todo corazón que te vaya genial en la vida, y aunque ya lo sepas, me gustaría decirte que puedes contar conmigo en todo momento. A los tres os quiero muchísimo.

Y por último, pero no menos importante, he dejado para el final a una persona muy especial en mi vida. Francisco Javier, Francis, eres una de las personas más maravillosas que he conocido. Verdaderamente tú, has vivido lo que no ha vivido nadie con esta tesis. Gracias por tolerar mis momentos de enfado, mis momentos de standby, mis momentos de "bajona" y desesperación. Gracias por leerte este trabajo, por ayudarme a redactar aquellos párrafos que no quedaban claros y por el apoyo incondicional en la realización de esta tesis. Hay un párrafo de una

canción de Marea que dice "Son camaleones vestidos de oveja los hijos traidores que enredan madejas, robando colores de los corazones de los que se dejan pero del nuestro no, que late tranquilo sabiendo que salen detrás de sus hojas cientos de alacranes que cuidan de que siempre esté en flor", compañero, creo que no hay nada más bonito que cuidar nuestro corazón para que siempre esté en flor.

Resumen

El ámbito de estudio de la imagen corporal (IC) ha recibido una atención creciente por parte de la comunidad científica, debido a que las alteraciones en la estructuración de dicha imagen son relativamente frecuentes en nuestra sociedad y a la incidencia de estas alteraciones sobre el bienestar psicológico y físico. El objetivo principal de nuestro trabajo es el estudio de la insatisfacción corporal en la adolescencia, y de la relación de ésta con algunas características de los adolescentes como son el género, el Índice de Masa Corporal (IMC), las actitudes hacia la obesidad y la actividad física (AF). Además, se pretenden analizar algunas de las características de sus profesores de Educación Física (EF) y Matemáticas (MAT), debido a su posible influencia sobre la práctica de AF y la IC del alumnado. Entre las características de los profesores que hemos analizado destacan las actitudes hacia la obesidad y los estilos de enseñanza (EE). Como objetivo secundario se han estudiado y validado dos instrumentos de medida: el *Antifat Attitudes Questionnaire* (AFA) y el *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ).

Los objetivos del proyecto han sido abordados a través de un estudio empírico con metodología cuantitativa. Los participantes que componen la muestra fueron, por un lado, 1.890 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de la provincia de Huelva, y por el otro, 161 docentes de EF y MAT. Los Institutos de Educación Secundaria Obligatoria (IES) que participaron en el estudio alcanzan un total de 45. Las variables fueron divididas en predictoras y criterios, atendiendo a siete dimensiones de estudio para los estudiantes y cuatro para los docentes.

Los principales resultados muestran, tanto en relación a la validación del AFA como a la del BIAQ una consistencia interna satisfactoria y un ajuste del modelo factorial aceptable. La única modificación necesaria para alcanzar estos niveles aceptables de

fiabilidad y validez factorial, se realizó en el AFA, con la eliminación del ítem 2 de la subescala aversión.

En relación al IMC, tanto la muestra de profesorado (52,8%, $n= 85$) como la del alumnado (84,3%, $n= 1.593$) se categoriza mayoritariamente en normopeso. En el análisis de la IC global la mayor parte de la muestra desearía tener menos peso del que perciben que tienen. A pesar de ello, la mayoría manifiesta no estar preocupada por su IC. Teniendo en cuenta el género las alumnas están más insatisfechas con su IC ($M= 35,34$, $SD= 17,73$) que los alumnos ($M= 25,46$, $SD= 13,40$), y poseen una mayor obsesión por la delgadez.

Respecto a la dimensión cognitiva de la IC, las chicas tienen más pensamientos negativos a causa de la apariencia física que los chicos. Igualmente las alumnas emiten más conductas de evitación relacionadas con la IC que los alumnos.

En relación a la AF, los varones practican más AF que las chicas tanto en verano, como a diario y en fin de semana. Cuando se relaciona la AF con la IC se observa que los estudiantes que practican AF tienden a estar más satisfechos con su IC y a manifestar más pensamientos positivos, así como a disminuir las conductas de evitación.

Por otra parte, las chicas ($M= 4,24$, $SD= 1,28$) presentan actitudes más negativas hacia la obesidad que los chicos ($M= 3,77$, $SD= 1,49$). Los estudiantes que tienen mayor aversión a la obesidad y miedo a engordar tienden a mostrar una mayor insatisfacción corporal, pensamientos más negativos y más conductas de evitación. En relación a la AF, los sujetos que practican AF tienden a mostrar menor miedo a engordar.

En relación al profesorado, aquellos que presentan actitudes más negativas hacia la obesidad están más insatisfechos con su IC. Si comparamos al profesorado de EF y MAT, los resultados muestran que los profesores de MAT ($M= 0,09$, $SD= 0,51$) tienen una visión de la obesidad más estereotipada. Por último, el profesorado que utiliza EE productivos tiene actitudes menos negativas hacia la obesidad.

Summary

The level of attention from the scientific community to the field of study related to body image (BI) has grown. This is due to the relatively frequent BI disturbances in our society. It is also due to the effect of these disturbances on psychological and physical welfare.

The main objective of our work is the study of body image dissatisfaction amongst adolescents, and the relationship of this with some of the characteristics of adolescents such as, for example, gender, Body Mass Index (BMI), their attitudes towards obesity and their physical activity (PA). Furthermore, due to their possible influence on the practice of PA and the students' BI, the analysis of some of the characteristics of physical education (PE) and mathematics (MATH) teachers is attempted.

Among the features of the teachers that we have analyzed, attitudes towards obesity and their teaching styles (TS) stand out. As a secondary objective, Spanish versions of two measuring instruments have been studied and their validity confirmed: the Anti-fat Attitudes Questionnaire (AFA) and the Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ).

The objectives of the Project have been tackled through an empirical study with quantitative methodology. The participants that make up the sample were 1.890 Obligatory Secondary Education students from the Province of Huelva, and 161 PE and MATH teachers. A total of 45 secondary education schools took part in the study. The variables were divided into predictors and criterion variables, focusing on seven dimensions of study for the students and for the teachers.

With respect to the validity of the AFA as well as the BIAQ, the main results show a satisfactory internal consistency and an acceptable fit to the factorial model. The only modification necessary to reach the above-mentioned acceptable levels of reliability and factorial validity was carried out on the AFA, by eliminating item 2 of the Dislike subscale.

As far as the BMI was concerned, the teaching sample (52,8%, $n=85$) as well as the student sample (84,3%, $n=1.593$) can mostly be categorized as 'of normal weight'. In the analysis of global BI the majority of the sample wished to weigh less than what they perceived themselves to weigh. Despite this, the majority claimed not to be worried by their BI. Taking the gender of the students into account, the females are more dissatisfied with their BI than the males, and the female students are also more concerned by thinness.

Regarding the cognitive dimension of BI, the girls have more negative thoughts due to their physical appearance than the boys. In the same way, the female students showed more signs of avoidance behaviors related with BI than the boy students.

Regarding PA, males took part in more PA than the females throughout the summer as well as on a daily basis and at weekends. When PA and BI are analyzed, it was observed that the students who participated in PA tend to be more satisfied with their BI and demonstrated more positive thinking and less avoidance behaviors.

On the other hand, the girls ($M=4,24$, $SD=1,28$) present more negative attitudes towards obesity than the boys ($M=3,77$, $SD=1,49$). The students who dislike obesity more strongly and have more fear of becoming fat tend to show greater dissatisfaction with their bodies, more negative thoughts and more avoidance behaviors. Regarding PA, the subjects that take part in PA tend to demonstrate less fear of becoming fat.

As far as the teachers are concerned, those that present more negative attitudes towards obesity are more dissatisfied with their BI. If we compare the PE and MATH teachers, the results show that the MATH teachers ($M=0,09$, $SD=0,51$) have a more stereotypical view of obesity. Finally, the teachers who use a productive style of teaching have less negative attitudes towards obesity.

Índice

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.3. ESQUEMA GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
CAPÍTULO 2. IMAGEN CORPORAL.....	17
2.1. CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL.....	20
2.2. TRASTORNOS DE LA IMAGEN CORPORAL.....	22
2.2.1. Perspectivas actuales que explican el trastorno de la imagen corporal.....	23
2.2.2. Características clínicas del trastorno de la imagen corporal.....	38
2.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.....	42
2.4. INTERRELACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL CON OTROS CONCEPTOS.....	47
2.4.1. Género, edad e imagen corporal.....	47
2.4.1.1. La imagen corporal en la mujer.....	48
2.4.1.2. La imagen corporal en el hombre.....	53
2.4.2. Índice de Masa Corporal e imagen corporal.....	57
2.5. ACTIVIDAD FÍSICA E IMAGEN CORPORAL.....	62
2.5.1. Aproximación conceptual del término Actividad Física-Salud.....	62
2.5.2. Actividad física e imagen corporal.....	67
CAPÍTULO 3. ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD.....	89
3.1. ESTUDIO DEL PREJUICIO Y LAS ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD.....	91

3.1.1.	Conceptos y relación entre prejuicio, estereotipos y discriminación.....	91
3.1.2.	Las actitudes negativas hacia la obesidad.....	94
3.2.	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD.....	100
3.2.1.	Medidas explícitas.....	100
3.2.2.	Medidas implícitas.....	105
3.3.	INTERRELACIONES DE LAS ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD CON OTROS CONCEPTOS.....	109
3.4.	ACTIVIDAD FÍSICA Y ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD.....	117
3.4.1.	El profesorado de educación física: actitudes hacia la obesidad y estilos de enseñanza.....	120
CAPÍTULO 4. TRATAMIENTO DE LA IMAGEN CORPORAL, LAS ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA.....		125
4.1.	IMAGEN CORPORAL, ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA EDUCACIÓN FÍSICA.....	127
4.2.	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN ESCOLAR E IMPLICACIONES DIDÁCTICAS PARA LA MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL Y LAS ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN FÍSICA.....	134
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA.....		145
5.1.	CONTEXTO Y MUESTRA.....	147
5.2.	VARIABLES DE ESTUDIO.....	152
5.2.1.	Variables de la investigación.....	152

5.2.1.1.	Relación de los objetivos con las variables de la investigación.....	153
5.3.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	156
5.4.	INTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	157
5.4.1.	Alumnado.....	157
5.4.1.1.	Composición corporal.....	157
5.4.1.2.	Imagen corporal.....	160
5.4.1.3.	Actividad Física Habitual.....	164
5.4.1.4.	Actitudes hacia la obesidad.....	167
5.4.2.	Profesorado.....	168
5.4.2.1.	Composición corporal.....	168
5.4.2.2.	Imagen corporal.....	169
5.4.2.3.	Actitudes hacia la obesidad.....	170
5.4.2.4.	Estilos de enseñanza.....	173
5.5.	PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	176
CAPÍTULO 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		179
6.1.	EN RELACIÓN A LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	181
6.1.1.	Análisis y discusión de los resultados de las características psicométricas del cuestionario <i>Antifat Attitudes Questionnaire (AFA)</i>	181
6.1.2.	Análisis y discusión de los resultados de las características psicométricas del cuestionario <i>Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)</i>	190
6.2.	EN RELACIÓN AL ALUMANDO.....	193
6.2.1.	Análisis de las características sociodemográficas del alumnado.....	193
6.2.2.	Análisis y discusión de la composición corporal del alumnado.....	193

6.2.3.	Análisis y discusión de la imagen corporal global del alumnado.....	198
6.2.3.1.	Análisis de la imagen corporal percibida y deseada mediante el uso de siluetas corporales.....	198
6.2.3.2.	Grado y tipo de insatisfacción corporal mediante el uso de siluetas corporales.....	203
6.2.3.3.	Análisis de la preocupación por la imagen corporal global.....	205
6.2.3.4.	Análisis de la obsesión por la delgadez y bulimia.....	207
6.2.3.5.	Discusión de la IC global del alumnado.....	210
6.2.4.	Análisis y discusión de la insatisfacción corporal en su componente cognitivo.....	214
6.2.5.	Análisis y discusión de la imagen corporal en su componente comportamental.....	220
6.2.5.1.	Modelos predictivos de las conductas de evitación.....	227
6.2.6.	Análisis y discusión del nivel de actividad física habitual del alumnado.....	234
6.2.6.1.	Tipo de actividad física realizada en verano, fin de semana y diaria.....	239
6.2.6.2.	Actividad física e imagen corporal.....	244
6.2.7.	Análisis y discusión de las actitudes explícitas hacia la obesidad en el alumnado.....	253
6.2.7.1.	Actitudes hacia la obesidad e imagen corporal.....	260
6.2.7.2.	Actitudes hacia la obesidad y actividad física.....	264

6.3.	EN RELACIÓN AL PROFESORADO.....	266
6.3.1.	Análisis de las características sociodemográficas del profesorado que constituye la muestra.....	266
6.3.2.	Análisis y discusión de la composición corporal del profesorado.....	266
6.3.3.	Análisis y discusión de la imagen corporal global del profesorado.....	270
6.3.3.1.	Percepción de la imagen corporal real y deseada mediante el uso de siluetas corporales.....	270
6.3.3.2.	Grado y tipo de insatisfacción corporal mediante el uso de siluetas corporales.....	277
6.3.3.3.	Preocupación con la imagen corporal en relación con el género, la edad, la titulación, el año de inicio en la docencia y el Índice de Masa Corporal.....	280
6.3.3.4.	Discusión de la dimensión global de la IC.....	284
6.3.3.5.	Análisis y discusión de la preocupación e insatisfacción corporal del profesorado de Educación Física en el aspecto comportamental de la imagen corporal y la actividad física del alumnado.....	287
6.3.4.	Análisis y discusión de las actitudes hacia la obesidad en el profesorado.....	288
6.3.4.1.	Relación entre los prejuicios hacia la obesidad del profesorado de Educación Física y la actividad física que realizan los estudiantes.....	301
6.3.5.	Análisis y discusión de los estilos de enseñanza del profesorado de Educación Física.....	305

6.3.5.1. Relación de los estilos de enseñanza con las actitudes hacia la obesidad.....	308
--	-----

CAPÍTULO 7. LIMITACIONES, CONCLUSIONES, IMPLICACIONES DIDÁCTICAS Y PERSPECTIVAS DE FUTURO DE INVESTIGACIÓN.....313

7.1. Limitaciones del estudio.....	315
7.2. Implicaciones didácticas para la mejora de la imagen corporal y las actitudes hacia la obesidad.....	316
7.3. Conclusiones.....	322
7.4. Perspectivas de futuro.....	337

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 339

ANEXOS..... 401

Anexo 1. Cuestionario del alumnado.....	403
Anexo 2. Cuestionario del profesorado de Educación Física.....	409
Anexo 3. Cuestionario del profesor de Matemáticas.....	416
Anexo 4. Sesiones de la unidad didáctica (ver cd)	
Anexo 5. Recursos didácticos para la mejora de la imagen corporal y las actitudes hacia la obesidad (ver cd)	

Índice de figuras

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

Figura 1. Esquema general de la investigación15

CAPÍTULO 2. IMAGEN CORPORAL

Figura 2. Trastorno dismórfico, DSM-IV-TR (APA, 2000).....23

Figura 3. Perspectivas de la IC24

Figura 4. Modelo sociocultural25

Figura 5. Elementos básicos del modelo CC32

Figura 6. El papel de los errores cognitivos en la IC (Raich, 2001).....40

Figura 7. El cuadrante de la salud (Devís et al., 2000).....64

Figura 8. Elementos de programación que se deben tener en cuenta a la hora de diseñar una intervención de AF para mejorarla IC.....76

CAPÍTULO 4. TRATAMIENTO DE LA IMAGEN CORPORAL, LAS ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

Figura 9. Aproximación de la IC al currículo de EF en la ESO.....134

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

Figura 10. Siluetas corporales de Gardner, Stark, Jackson y Friedman (1999).....161

CAPÍTULO 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Figura 11. Estimaciones estandarizadas de los parámetros del modelo trifactorial en la muestra de estudiantes186

Figura 12. Modelo factorial de segundo orden del BIAQ (coeficientes estandarizados).....191

Índice de gráficos

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

Gráfico 1. Distribución del alumnado en función del IES.....	149
Gráfico 2. Distribución del profesorado en relación a los IES	151

CAPÍTULO 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Gráfico 3. Índice de Masa Corporal categorizado según Cole et al., (2000)	194
Gráfico 4. Medidas del IMC en función del género y la curso	196
Gráfico 5. Silueta percibida del alumnado.....	199
Gráfico 6. Silueta percibida del alumnado en función del género	200
Gráfico 7. Silueta deseada por el alumnado.....	201
Gráfico 8. Silueta deseada por el alumnado en función del género.....	202
Gráfico 9. Discrepancia entre la IC percibida y deseada.....	203
Gráfico 10. Tipo de insatisfacción medida a través de las siluetas en función del género.....	204
Gráfico 11. Relación entre las subescalas del EDI obsesión por la delgadez y bulimia con el género.....	208
Gráfico 12. Pensamientos negativos y positivos del BIATQ en función del curso	216
Gráfico 13. Relación del BIAQ en función del género	222
Gráfico 14. Relación del BIAQ y el tipo de insatisfacción.....	226
Gráfico 15. Práctica de AF en verano, fin de semana y diario en función del género.....	236
Gráfico 16. Tipo de actividad físico-deportiva practica en verano en función del género.....	240
Gráfico 17. Tipo de actividad físico-deportiva practica en el fin de semana en función del género	241
Gráfico 18. Tipo de actividad físico-deportiva practica en día lectivo en función del género.....	242

Gráfico 19. Actitudes hacia la obesidad en función del género	255
Gráfico 20. Índice de Masa Corporal categorizado según la OMS en el profesorado	267
Gráfico 21. Clasificación del IMC en función del género	268
Gráfico 22. Silueta percibida del profesorado.....	271
Gráfico 23. Silueta percibida del alumnado en función del género	272
Gráfico 24. Silueta percibida del alumnado en función de la docencia ...	273
Gráfico 25. Silueta deseada por el profesorado	275
Gráfico 26. Silueta deseada por el profesorado en función del género	275
Gráfico 27. Silueta percibida del profesorado en función de la docencia	277
Gráfico 28. Siluetas corporales de Gardner en el profesorado	278
Gráfico 29. Tipo de insatisfacción medida a través de las siluetas en función del género	278
Gráfico 30. Tipo de insatisfacción medida a través de las siluetas en función de la docencia.....	279
Gráfico31. Preocupación de la imagen corporal medida a través del BSQ.....	281
Gráfico 32. Insatisfacción corporal del profesorado medida por el BSQ en función del género	282
Gráfico 33. Insatisfacción corporal del profesorado medida por el BSQ en función de la docencia.....	283
Gráfico 34. Actitudes implícitas hacia la obesidad y hacia el estereotipo del profesorado.....	290

Índice de tablas

CAPÍTULO 2. IMAGEN CORPORAL

Tabla 1. Influencias socioculturales que han sido identificadas como importantes transmisores de los ideales socioculturales.....	28
Tabla 2. Instrumentos validados para evaluar la dimensión actitudinal de la IC.....	44
Tabla 3. Modelo bio-psico-social que contribuye al desarrollo de la IC	49
Tabla 4. Clasificación internacional de la OMS del estado nutricional corporal en función del IMC (OMS, 1995, 2000, 2004)	58
Tabla 5. Puntos de corte internacionales del IMC para sobrepeso y obesidad según sexo de 2 a 18 años, definidos a través del valor que determina el IMC de 25 y 30 kg/m ² a los 18 años....	59
Tabla 6. Estudios que demuestran los beneficios de la AF para la salud	69
Tabla 7. Recomendaciones preliminares para la prescripción de ejercicio con el fin de mejorar la IC (Campbell y Hausenblas, 2009).....	75
Tabla 8. Investigaciones actuales que relacionan la AF con la IC.....	78

CAPÍTULO 3. ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD

Tabla 9. Medidas explícitas de las actitudes hacia la obesidad	101
Tabla 10. Medidas implícitas de las actitudes hacia la obesidad	105
Tabla 11. Descripción del esquema de la prueba de asociación implícita (IAT) (Greenwald, et al. 1998)	107
Tabla 12. Estudios sobre actitudes hacia la obesidad e IC	112
Tabla 13. Estudios sobre actitudes hacia la obesidad, AF y EF	118
Tabla 14. Clasificación de los EE de Mosston y Ashworth (1994, 2002).....	122

CAPÍTULO 4. TRATAMIENTO DE LA IMAGEN CORPORAL, LAS ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

Tabla 15. Estudios de intervención escolar en IC y actitudes hacia la obesidad	136
Tabla 16. Contenidos a trabajar en la EF para la mejora de la IC y las actitudes hacia la obesidad	142

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

Tabla 17. Distribución de los participantes en función del curso, género y edad	147
Tabla 18. IES participantes de la provincia de Huelva	148
Tabla 19. Distribución de los participantes en función de la docencia, género, edad y año de inicio en la docencia	150
Tabla 20. Relación de las dimensiones con las variables de estudio	152
Tabla 21. Dimensiones y objetivos generales del estudio para el alumnado	153
Tabla 22. Dimensiones y objetivos generales del estudio para el profesorado	153
Tabla 23. Objetivos específicos y variables de cada una de las dimensiones del estudio en el alumnado	154
Tabla 24. Objetivos específicos y variables de cada una de las dimensiones del estudio en el profesorado	155
Tabla 25. Puntos de corte internacionales del IMC para sobrepeso y obesidad según sexo de 2 a 18 años, definidos a través del valor que determina el IMC de 25 y 30 kg/m ² a los 18 años	159
Tabla 26. Clasificación de la satisfacción corporal en relación a las siluetas corporales	161

Tabla 27. Actividades y equivalente metabólico correspondiente a la adaptación del listado de Sallis, et al., (1993) realizada por Tercedor y López (1999). Equivalente de gasto energético extraído de Ainsworth, et al., (2011)	166
Tabla 28. Actividades y equivalente metabólico correspondiente a las actividades que escribieron los sujetos en la opción "Otra, ¿cuál?"	167
Tabla 29. Clasificación internacional de la OMS del estado nutricional corporal en función del IMC (OMS, 1995, 2000, 2004)	169
Tabla 30. Categorías y atributos del IAT	171
Tabla 31. Resumen de los bloques del IAT	171
Tabla 32. Pasos de aplicación del Algoritmo de Greenwald, et al. (2003) para la obtención de la puntuación del IAT	172
Tabla 33. Ejemplo de escenario del cuestionario Teacher's Perceptions of Teaching Styles	176

CAPÍTULO 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 34. Análisis Factorial Exploratorio del AFA.....	183
Tabla 35. Distribución de los participantes en función del curso, género y edad	193
Tabla 33. Categorización del IMC de Cole, et al., (2000) (%) y el género	195
Tabla 34. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre el IMC y el curso	195
Tabla 35. Prueba de los efectos inter-sujetos entre el IMC y el género-curso	196
Tabla 36. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre la silueta percibida y el IMC	200
Tabla 37. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre la silueta deseada y el IMC	202
Tabla 38. Tipo de insatisfacción (%) en función del género	204

Tabla 39. Tipo de insatisfacción corporal (%) en función del IMC	205
Tabla 40. Correlaciones entre el BSQ-14, las siluetas corporales y el IMC.....	206
Tabla 41. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre el BSQ-14 y el IMC	206
Tabla 42. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre el BSQ-14 y el tipo de insatisfacción medido por las siluetas	207
Tabla 43. Correlaciones entre el BSQ-14, las siluetas corporales y el IMC	209
Tabla 44. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre la subescala obsesión por la delgadez del EDI y el tipo de insatisfacción medido por las siluetas	210
Tabla 45. Correlaciones entre el BIATQ, las variables que miden la dimensión actitudinal de la IC y el IMC	217
Tabla 46. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre el BIATQ y el IMC	218
Tabla 47. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre el BIATQ y el tipo de insatisfacción corporal.....	219
Tabla 48. Relación del BIAQ y la titulación.....	222
Tabla 49. Correlaciones de las dimensiones del BIAQ.....	223
Tabla 50. Correlaciones de las dimensiones del BIAQ con la dimensión global (BSQ-14, siluetas corporales y EDI), cognitiva (BIAQ) de la IC, el IMC y la edad	224
Tabla 51. Relación del BIAQ y el IMC según Cole, et al., (2000)	224
Tabla 52. Análisis de regresión para las conductas de evitación a causa de la IC (BIAQ total) según las variables que miden el componente actitudinal de la IC.....	228
Tabla 53. Análisis de regresión para las conductas de evitación a causa de la IC (BIAQ total) según las variables que miden el componente cognitivo (BIATQ) de la IC	229

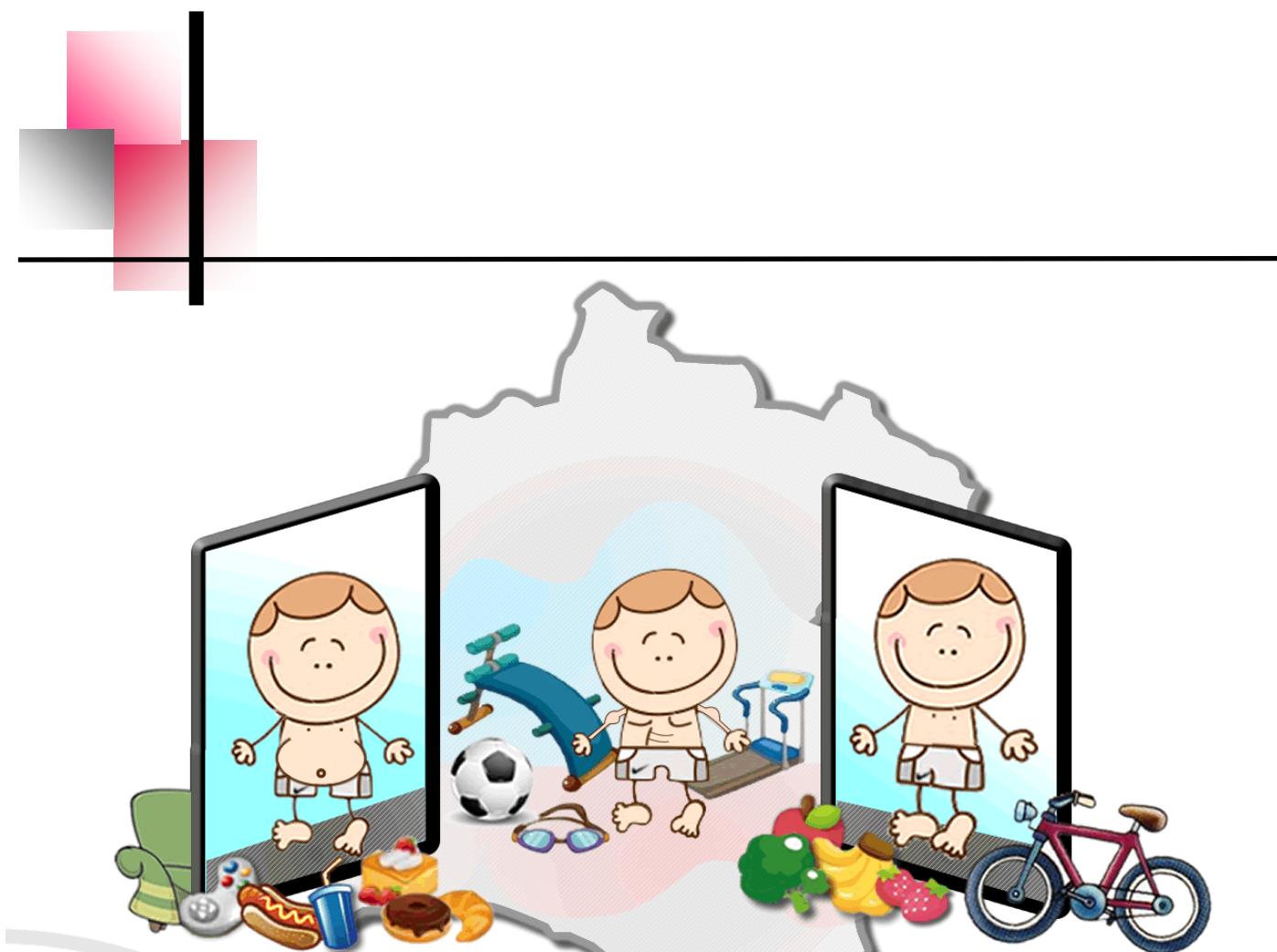
Tabla 54. Análisis de regresión para las conductas de evitación a causa de la IC según las variables que miden el componente actitudinal de la IC.....	231
Tabla 55. Análisis de regresión para las conductas de evitación a causa de la IC según las variables que miden el componente cognitivo de la IC.....	233
Tabla 56. Medias y porcentajes de los METS del alumnado.....	234
Tabla 57. Gasto energético en relación a los cursos de la ESO	236
Tabla 58. Porcentajes del tipo de práctica de AFD según el género	243
Tabla 59. Correlaciones entre el IAF y la dimensión global (BSQ-14, siluetas corporales y EDI), cognitiva (BIAQ) y conductual (BIAQ) de la imagen corporal.....	245
Tabla 60. Análisis de regresión para el índice de AF habitual (IAF) según las variables que miden el componente actitudinal de la IC.....	246
Tabla 61. Análisis de regresión para las variables de la IC según las variables que miden el IAF	248
Tabla 62. Correlaciones entre las dimensiones del AFA	254
Tabla 63. Actitudes hacia la obesidad edad del alumnado	255
Tabla 64. Actitudes hacia la obesidad en función del curso	256
Tabla 65. Correlaciones entre las dimensiones del AF y el IMC.....	256
Tabla 66. Actitudes hacia la obesidad en función del IMC	257
Tabla 67. Correlaciones entre las dimensiones del AFA y la dimensión global (BSQ-14, siluetas corporales y EDI) y cognitiva (BIAQ) y conductual (BIAQ) de la IC	261
Tabla 68. Correlaciones entre el IAF y las dimensiones del AFA	264
Tabla 69. Correlaciones entre el IAF y las dimensiones del AFA en función del género.....	265
Tabla 70. Distribución de los participantes en función de la docencia, género, edad y año de inicio en la docencia	266
Tabla 71. Prueba de los efectos inter-sujetos.....	268

Tabla 72. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre la silueta percibida y el IMC del profesorado	273
Tabla 73. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre la silueta deseada y el IMC del profesorado	276
Tabla 74. Tipo de insatisfacción corporal (%) en función del IMC del profesorado	280
Tabla 75. Prueba de los efectos inter-sujetos.....	283
Tabla 76. Correlaciones entre el IMC y el BSQ en el profesorado	284
Tabla 77. Correlaciones entre la IC del profesorado y la IC e IAF del alumnado.....	287
Tabla 78. Actitudes explícitas del profesorado.....	289
Tabla 79. Correlaciones entre las dimensiones del AFA	289
Tabla 80. Correlaciones entre las dimensiones IAT actitudes e IAT estereotipo	290
Tabla 81. Media de las actitudes explícitas del profesorado en función del género y la docencia.....	293
Tabla 82. Correlaciones entre las dimensiones del AFA y el IMC	293
Tabla 83. Correlaciones entre las dimensiones del AFA y las variables de la IC	294
Tabla 84. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre el AFA total y la categorización de las siluetas corporales del profesorado	295
Tabla 85. Análisis de regresión para las actitudes explícitas hacia la obesidad según la variable BSQ	295
Tabla 86. Correlaciones IAT (estereotipos y actitudes), IMC y las variables de la IC	297
Tabla 87. Correlaciones entre las actitudes negativas del profesorado y las del alumnado	301
Tabla 88. Análisis de regresión para las actitudes explícitas hacia la obesidad del alumnado según las actitudes explícitas hacia la obesidad del profesorado.....	302

Tabla 89. Correlaciones entre las actitudes implícitas negativas del profesorado y las actitudes explícitas del alumnado	302
Tabla 90. Análisis de regresión para la dimensión fuerza de voluntad del alumnado según las actitudes implícitas hacia la obesidad del profesorado	303
Tabla 91. Correlaciones entre las actitudes hacia la obesidad del profesorado y el IAF del alumnado.....	303
Tabla 92. Uso de estilos de enseñanza reproductivos y productivos	305
Tabla 93. Estadística descriptiva para el uso de los estilos de enseñanza de Mosston	306
Tabla 94. Percepción de los beneficios de los estilos de enseñanza reproductivos y productivos.....	307
Tabla 95. Estadística descriptiva para la percepción de los beneficios de los estilos de enseñanza de Mosston	307
Tabla 96. Correlaciones de uso de estilos de enseñanza reproductivos y productivos las actitudes explícitas negativas hacia la obesidad	309
Tabla 97. Correlaciones de uso de estilos de enseñanza de Mosston y las actitudes explícitas negativas hacia la obesidad.....	310
Tabla 98. Correlaciones de la percepción de los beneficios de los estilos de enseñanza reproductivos y productivos las actitudes explícitas negativas hacia la obesidad.....	310

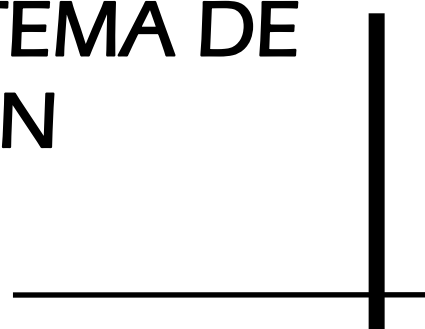
Acrónimos

- AF - Actividad Física
- AFA - Antifat Attitudes Questionnaire
- AVENA - Análisis y valoración del estado nutricional de los adolescentes
- BIAQ - Body Image Avoidance Questionnaire
- BIATQ - Body Image Automatic Thoughts Questionnaire
- BSQ - Body Shape Questionnaire
- CC - Cognitivo-conductual
- CCO - Conciencia de cuerpo objetivado
- EDI - Eating Disorder Inventory
- EE - Estilos de enseñanza
- EF - Educación Física
- ESO - Educación Secundaria Obligatoria
- FITT - Frecuencia, intensidad, tiempo y tipo
- IAF - Índice de Actividad Física
- IAT - Implicit Association Test
- IC - Imagen corporal
- IES - Instituto de Enseñanza Secundaria
- IMC - Índice de Masa Corporal
- IOFT - International Obesity Task Force
- MAT - Matemáticas
- NAOS - Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad
- OMS - Organización Mundial de la Salud
- RCC - Relación cintura-cadera
- SEEDO - Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad
- TCA - Trastornos de la conducta alimentaria



CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN Y
JUSTIFICACIÓN DEL TEMA DE
INVESTIGACIÓN



“El ser humano es un ser social por naturaleza, y el insocial por naturaleza y no por azar o es mal humano o más que humano... La sociedad es por naturaleza y anterior al individuo... el que no puede vivir en sociedad, o no necesita nada por su propia suficiencia, no es miembro de la sociedad, sino una bestia o un dios.”

La Política de Aristóteles (1252 a.c.)

El pensamiento filosófico antiguo en su evolución define al hombre como un ser social por naturaleza, donde para llegar a su plena realización, éste necesita de la relación con los otros, negando la posibilidad de supervivencia sin la ayuda de los demás. El ser humano es un ser en constante relación, con el entorno, consigo mismo y con los demás. Tiende a reunirse en grupos, en los cuales (a través de la convivencia) se conoce a sí mismo, da de sí mismo y recibe de los otros. Así las personas al reunirse y relacionarse entre sí, conforman la sociedad, como el conjunto de esas relaciones estructuradas y determinadas de las relaciones sociales.

Entiéndase así pues, la verdadera naturaleza y relevancia de la IC para el sano desarrollo del ser humano. Entendamos aquí la transcendencia de un concepto atemporal afectado continuamente por multitud de variables (globalización, el reinado de los *mass media*, la filosofía del culto al cuerpo...), cuyo fin no siempre justificará los medios, y donde ilusiones y miedos marcan la evolución de cada persona atendiendo al universo que le rodea.

1.1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que la preocupación por el propio aspecto físico forma parte de la naturaleza social del ser humano desde el inicio de las civilizaciones, diversas perspectivas de comportamiento científico han teorizado sobre la naturaleza y el significado de la IC, siendo ésta un campo de estudio de la psicología muy joven. Desde que Bruch (1962) describió la importancia del trastorno de la IC y la fobia al peso, el miedo a engordar ha sido ampliamente aceptado como el motivo central de la organización subyacente del trastorno (Habermas, 1996). Podemos decir, que hasta esta década las investigaciones relacionadas con este constructo no tuvieron la suficiente entidad científica como para considerar la existencia de la importancia sobre la IC.

En la actualidad, la investigación sobre IC experimenta un auge pleno a causa de un compendio de necesidades y circunstancias sociales, relacionadas con el ideal de belleza, que han derivado en una inquietante alarma social. Los investigadores han demostrado la importancia de este constructo con la obsesión por la delgadez (Levitt, 2001) o la capacidad de predicción para la restricción de la ingesta (Gleaves, Williamson, Eberenz, Sebastian y Barker, 1995). Alteraciones como los trastornos de la alimentación, la necesidad de asistir masivamente y de forma continuada al gimnasio, el *brutal* abordaje de los productos dietéticos al mercado, la retransmisión repetitiva de anuncios televisivos que utilizan y explotan con meros fines comerciales la IC, la rentabilización económica del modelo o la modelo joven esbelto, atlético, dinámico, activo, motrizmente hábil, la mundialización, la globalización y la imposición subliminar de los nuevos cánones de belleza del siglo XXI, el boom de los regímenes alimentarios y la consolidación de los “mágicos” productos *light* junto a todos sus complementos (foros, programas, revistas y libros sobre *fitness*, dietética, nutrición...), son los que han conseguido que científicos de diversas áreas de conocimiento (medicina, educación, psicología,

sociología, historia, etc.) se hayan lanzado a buscar causas y soluciones a los problemas relacionados con el desarrollo y mantenimiento de una IC negativa.

Aunque en general se entiende que un físico delgado es deseable para los hombres y las mujeres (Pope, Philips y Olivardia, 2000; Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff, 1999), ese estereotipo o modelo de cuerpo “ideal” se está convirtiendo en extremadamente delgado para las mujeres (Silverstein, Peterson y Perdue, 1986; Wiseman, Gray, Mosimann y Ahrens, 1992) y en extremadamente musculoso para los hombres (Leit, Pope y Gray, 2001; Pope, Olivardia, Gruber y Borowiecki, 1999). Esto ha sido evidenciado por los cambios en la forma del cuerpo y la estructura de los hombres y las mujeres que aparecen en los medios de comunicación. El modelo de mujer delgada queda directa y socialmente interpretado como caracteres de individuos ideales, sanos y de atractiva apariencia (Hoyt y Kogan, 2001). La problemática en cuestión se manifiesta a una edad temprana, pero a medida que la pubertad comienza a tener lugar las mujeres son cada vez más conscientes de sí mismas y de las ventajas que puede conllevar el hecho de ser una persona físicamente atractiva dentro de nuestra sociedad (Hausenblas y Fallon, 2006).

Por otro lado, también tenemos que hacer referencia a la IC del género masculino. A pesar de que el estudio de la IC en el hombre es relativamente reciente, durante las últimas décadas, los psicólogos (Cafri et al., 2005; McCabe y Ricciardelli, 2004; Pope et al., 2000) y los sociólogos (Monaghan, 2005) han incrementado su interés por la IC de los hombres y todo lo que rodea a la personificación masculina. Esto se debe principalmente al hecho de que el cuerpo del hombre se ha convertido en un interés más visible en la cultura popular. La mayoría de los hombres aspiran a tener un cuerpo ideal, fibroso y musculoso, siempre acorde con los cánones también ya establecidos. Un cuerpo de forma mesofórmica caracterizado por tener bien desarrollado los músculos del

pecho, brazos y hombros, y por tener una cintura y cadera estrechas (Grogan, 2008).

Tener un vientre plano y tonificado es visto por algunos como un símbolo de status por derecho propio. Por ejemplo, en una entrevista con la revista “*The Observer*” de Gran Bretaña, David Zinczenko (autor de la dieta abdominal) dice:

“En cierto modo, ser delgado es más que un símbolo de status de lo que nunca ha sido para las personas con sobrepeso. Si usted tiene un estómago plano, es probable que tengas virtud para controlar las circunstancias difíciles. En estos días, todo el mundo tiene un iPod, todo el mundo puede permitirse una televisión de plasma. Un vientre plano es una cosa mucho más difícil de conseguir. Es una manera de destacar”.

(Leith, 2006, p. 33)

La forma delgada y musculosa es el ideal masculino, ya que está íntimamente vinculado a las nociones culturales occidentales de la masculinidad. Mansfield y McGinn (1993) argumentan que la musculatura y la masculinidad a menudo se confunden. Sin embargo, a pesar de que la musculatura moderada dentro de este modelo de persona, está clasificada como una musculatura altamente extrema, no es universalmente aceptada, y parte de la sociedad lo percibe como un narcisismo extremo el cual está reflejado por muchos hombres (Mansfield y McGinn, 1993; Monaghan, 2005).

La AF puede repercutir de forma positiva en la totalidad de las dimensiones que conforman a las personas: física, social, mental y psicológicamente. Como individuos podemos beneficiarnos de una IC más positiva y tener una mayor autoestima con el desarrollo y práctica de la AF (Strickland, 2004). En la actualidad, el ejercicio ha sido propuesto como un tratamiento práctico de los trastornos de la IC.

La relación AF-salud se ha ido estableciendo cada vez con mayores criterios y evidencias de la necesidad e importancia de la misma para el correcto desarrollo humano. Por ello, hoy se puede afirmar que, los estilos de vida y los hábitos alimentarios de las sociedades diseñan, en buena parte, los planes necesarios para el logro de una salud óptima, así como las posibles medidas a adoptar para la prevención y posible aparición de determinadas patologías crónicas: cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, obesidad, osteoporosis, caries dental, etc. (Hesketh, Wake y Water, 2004; Walker, Gately, Bewick y Hill, 2003). Esas patologías, que se configuran en la vida adulta, comienzan a desarrollarse, sin embargo, en las primeras etapas de la vida (Epstein, Myers, Raynor y Saelens, 1998; Freedman et al., 2005; Petry, Barry Puetrzak y Wagner, 2008), resultando de gran interés analizar el grado de sedentarismo a lo largo de estas etapas, sus carencias o excesos en los hábitos de la AF, así como el desarrollo de su cobertura. Así pues, el grupo social de los adolescentes ha sido el objetivo prioritario de los estudios sobre IC.

Estos trastornos presentan una gran complejidad y dificultad que hace necesaria su investigación en profundidad desde muchos ámbitos, como la AF-sedentarismo, el social, psicológico, médico, familiar, etc. Aún a día de hoy siguen existiendo importantes lagunas en estos trastornos, lo cual implica que la investigación en este campo y siempre atendiendo a la necesidad de conocimiento, siga durante mucho tiempo en auge a fin de satisfacer a la propia sociedad.

Como apunta Levitt (2001), la mayor causa del desarrollo de la insatisfacción corporal en las personas es el sobrepeso y la obesidad. Esta es la enfermedad metabólica más prevalente en los países desarrollados, existiendo una asociación directa entre el grado de obesidad y la morbi-mortalidad. El mundo desarrollado vive en la actualidad bajo una forma cómoda donde el sedentarismo marca un monótono y enfermizo ritmo de vida. A menudo, las personas se

convierten en obesas o con sobrepeso como consecuencia de su menor cantidad de práctica de AF.

Esta idea o perspectiva es la más extensamente estudiada y es conocida como la perspectiva del *estigmatizador*. También, es posible acercarse a este fenómeno desde el punto de vista de la persona que sufre el prejuicio (la perspectiva del *estigmatizado*). Así, además de ser interesante ver qué opinan las personas que tienen prejuicios hacia los obesos, es muy importante, para poder hacer un análisis de este fenómeno mucho más completo, conocer los sentimientos que se producen al ser rechazados socialmente (Magallares, 2009).

Esta investigación tratará de mostrar algo más de luz al fenómeno de la exclusión, centrándonos en un estigma social como es la obesidad. Según estos autores (Carr y Friedman, 2005; Crandall, 1994) dentro del colectivo de los obesos existirán diferencias individuales en cuanto a la repercusión social de su exceso peso. Así, habrá personas a las cuales su exceso de peso les generará problemas en sus relaciones sociales, mientras que a otros apenas les afectará. A pesar de que gran parte de la sociedad considera la obesidad como un estigma (Crandall, 1994) no todas las personas que conforman ese colectivo sufrirán las consecuencias de la exclusión o el prejuicio.

Estudios recientes han demostrado que los adultos a través del género, etnias y profesiones tienen actitudes negativas hacia la obesidad y/o discriminan a las personas obesas en contextos tales como la educación y el cuidado de la salud (Puhl y Brownell, 2001). Carr y Friedman (2005) encontraron que los individuos obesos son más propensos a la discriminación que los individuos de peso normal. Incluso las personas obesas tienen actitudes negativas hacia la obesidad (Schwartz, Vartanian, Nosek y Brownell, 2006; Teachman, Gapinski, Brownell, Rawlings y Jeyaram, 2003).

Los niños y adolescentes también tienen actitudes negativas hacia la obesidad (Solbes, 2009). Investigaciones recientes han demostrado

que los jóvenes obesos tienen problemas con sus compañeros, sobre todo en forma de burla o de aislamiento, así como una serie de dificultades de adaptación psicosocial que pueden desarrollarse como resultado de sus interacciones negativas con otros (Eisenberg, Neumark-Sztainer y Story, 2003; Neumark-Sztainer, Story y Faibisch, 1998; Storch et al., 2007; Strauss y Pollack, 2003).

Las actitudes negativas hacia la obesidad son generalizadas y potencialmente dañinas, incluso pueden tener características únicas que las diferencian de otras. En primer lugar, a diferencia de otras formas de prejuicio y discriminación (por ejemplo, los prejuicios raciales), que han disminuido durante las últimas décadas, las actitudes negativas hacia la obesidad de discriminación de peso han aumentado en los últimos 40 años (Latner y Stunkard, 2003). Muchas personas están dispuestas a admitir abiertamente actitudes negativas hacia la obesidad de manera explícita (Davison y Birch, 2004; Hill y Silver, 1995; Puhl y Brownell, 2003; Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair y Billington, 2003). A diferencia de otras actitudes negativas a menudo funcionan de acuerdo con un sesgo en grupo/fuera de grupo como predice la teoría de la identidad social (Baron y Banaji, 2006; Puhl y Brownell, 2003) las actitudes negativas hacia la obesidad se han generalizado incluso en personas obesas (Cramer y Steinwert, 1998; Schwartz et al., 2006; Teachman et al., 2003). También se sugiere que el prejuicio hacia el peso puede ser diferente porque las personas son a menudo responsables de su gordura (Crandall et al., 2001) mientras que es poco probable que las personas se hagan responsables por cosas tales como el género o la raza (Anesbury y Tiggemann, 2000; Teachman et al., 2003).

Ante esta situación cabe plantearse qué papel debe de tomar el profesorado de EF para ayudar en esta situación donde debemos empatizar con la perspectiva del estigmatizado frente a la del estigmatizador como responsables de una buena educación a través del cuerpo y el movimiento. Desde los años 90, época en que las autoridades

sanitarias tomaron conciencia del carácter epidémico de la obesidad, autores estadounidenses, como Crandall (1991, 1994) tratan de demostrar el prejuicio que se tiene hacia las personas con exceso de peso.

Por lo que a la EF se refiere, esta ha estado estrechamente vinculada a la salud desde su inclusión en los currículos educativos. Esta relación se ha incrementado en los últimos años como consecuencia a las transformaciones sufridas por las sociedades desarrolladas a lo largo del siglo XX (Santos, 2005). Tales son esas transformaciones que el concepto de salud ya no es el mismo. Pasado de moda el viejo concepto que consideraba la salud como ausencia de enfermedad, sustituyéndose por otro donde se incluye el bienestar físico, psíquico y social.

Esta nueva forma de entender la salud, supone un planteamiento holístico e innovador que ha llegado a las escuelas y debe afectar a la reconstrucción del currículum del área de EF. La IC y el tratamiento de las actitudes hacia la obesidad han de estar presentes en esta reconstrucción. La escuela tiene la permanente obligación de adaptarse a las circunstancias en las que nuestra sociedad está inmersa. El sistema educativo, y los profesores/as de EF, no pueden dar la espalda a este problema. Estamos convencidos de que la clase de EF puede y debe ser un espacio seguro para mejorar el conocimiento de sí mismo que tengan los niños y jóvenes de nuestra sociedad.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se enuncian los principales objetivos de la investigación, incluyendo también los objetivos más específicos que van a colaborar en la adquisición de los principales. Dichos objetivos se dividen por una lado, en relación a la investigación en general, y por otro lado, en relación a los participantes del estudio; el alumnado y profesorado.

En relación a los instrumentos de medida:

1. Validar al español los instrumentos empleados mediante el estudio de las propiedades psicométricas de los cuestionarios:
 - a. *Antifat Attitudes Questionnaire (AFA)*. Prejuicios hacia la obesidad diseñado por Crandall (1994). Es un cuestionario que mide las actitudes negativas hacia individuos obesos.
 - b. *Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)*. Diseñado por Rosen, Srenick, Salzberg, y Went (1991), mide los aspectos comportamentales de los trastornos de la IC.

En relación al alumando:

2. Describir las características sociodemográficas del alumnado que constituye la muestra. Detallar la edad, el género, el curso y el IES.
3. Conocer la composición corporal del alumnado, clasificando y describiendo el IMC.
4. Conocer la IC del alumnado de ESO.
 - a. Valorar la percepción de la IC percibida y deseada mediante el uso de siluetas corporales.
 - b. Evaluar el grado y tipo de insatisfacción corporal mediante el uso de siluetas corporales.
 - c. Determinar el grado de satisfacción corporal global.
 - d. Estudiar la obsesión por la delgadez y la bulimia.

- e. Identificar la insatisfacción corporal en su componente cognitivo.
 - f. Estudiar las conductas de evitación relacionadas con la IC.
 - g. Conocer las dimensiones de la IC (satisfacción global, cognitiva y conductual) en relación con el género, la edad, el curso y el IMC.
 - h. Estudiar la relación de la insatisfacción corporal general y cognitiva en el aspecto comportamental de la IC.
5. Estudiar el nivel de AF habitual del alumnado de ESO.
- a. Conocer el tipo de AF realizada en verano, fin de semana y diaria en relación al género, edad, curso e IMC.
 - b. Determinar la relación entre el Índice de Actividad Física (IAF) y las dimensiones de la IC (satisfacción global, cognitiva y conductual).
6. Estudiar las actitudes hacia la obesidad en el alumnado de ESO.
- a. Analizar las actitudes mediante medidas explícitas.
 - b. Analizar las posibles relaciones entre las actitudes hacia la obesidad con el género, la edad, el curso y el IMC.
 - c. Estudiar la relación de las actitudes hacia la obesidad en las dimensiones de la IC (satisfacción global, cognitiva y conductual).
 - d. Estudiar la relación de las actitudes hacia la obesidad con el IAF.

En relación al profesorado:

- 7. Describir las características sociodemográficas del profesorado que constituye la muestra. Detallar la edad, el género, la titulación y el año de inicio en la docencia.
- 8. Conocer la composición corporal del profesorado, comparando al profesorado de EF y MAT, clasificando y describiendo el IMC.

9. Conocer la IC del profesorado de EF de ESO, comparándolo al de MAT.
 - a. Valorar la percepción de la IC real y deseada mediante el uso de siluetas corporales.
 - b. Evaluar el grado y tipo de insatisfacción corporal mediante el uso de siluetas corporales.
 - c. Determinar la satisfacción corporal global en relación con el género, la edad, la titulación, el año de inicio en la docencia y el IMC.
 - d. Estudiar la influencia de la insatisfacción corporal general del profesorado de EF en el aspecto comportamental de la IC y la AF del alumnado.
10. Estudiar las actitudes hacia la obesidad en el profesorado de EF comparándolo con el de MAT.
 - a. Analizar dichas actitudes mediante medidas explícitas e implícitas.
 - b. Identificar qué relaciones existen entre ambos constructos.
 - c. Analizar las posibles relaciones entre las actitudes hacia la obesidad con el género, la edad, la titulación, el año de inicio en la docencia, el IMC, y la IC.
 - d. Estudiar la relación entre los prejuicios hacia la obesidad del profesorado de EF y la AF que realizan los estudiantes de ESO.
11. Conocer los EE del profesorado de EF de Secundaria Obligatoria, describiendo el uso y la percepción de los EE de Mosston y Ashworth.
 - a. Estudiar la relación de los EE con las actitudes hacia la obesidad.

1.3. ESQUEMA GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

La tesis doctoral que se presenta se ha realizado en el marco de una beca de Formación de Personal en Docencia e Investigación de la Universidad de Huelva. Este trabajo de investigación está dividido en siete capítulos que a continuación se presentan a modo de esquema general de la investigación (figura 1) que se ha desarrollado en esta tesis doctoral.

En el primer capítulo se presenta una justificación de la elección del tema, nuestra perspectiva personal respecto al mismo y los objetivos que se plantean en esta investigación.

El segundo capítulo se centra en la investigación de la IC. Comenzamos con el conocimiento del constructo a nivel más teórico haciendo referencia al concepto, el estudio de las perspectivas y la estructura de la IC, así como la relación de la misma con otros conceptos: género, edad e IMC. De igual forma, conocemos los trastornos de la IC y la forma de evaluarlos, para terminar con la relación existente entre este constructo y la AF donde se recogerán los estudios más recientes sobre esta temática.

El capítulo tercero se centra específicamente en la investigación sobre los prejuicios y estereotipos relacionados con las actitudes hacia la obesidad. Para ello, se empieza describiendo conceptos como prejuicio, discriminación y estereotipos, para después desarrollar los estudios sobre actitudes hacia la obesidad en relación con la AF y con el profesorado.

El capítulo cuarto presenta la relación de la IC y las actitudes hacia la obesidad con el currículo de EF, así como implicaciones educativas para su mejora en el centro escolar y en las clases de EF.

El quinto capítulo permite al lector conocer la metodología de este trabajo en la que se incluye, los participantes, el diseño y variables de la investigación, el análisis de datos y los instrumentos de medida.

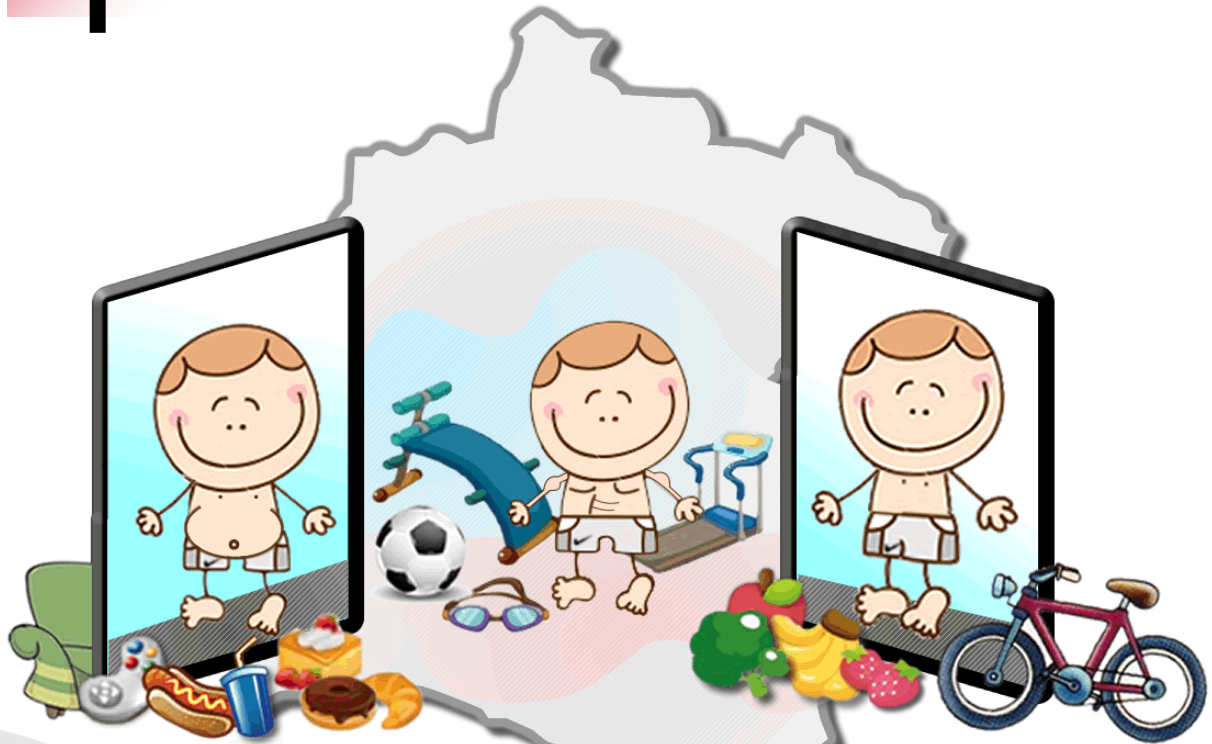
Imagen corporal y actitudes hacia la obesidad en el alumnado y el profesorado de Educación Física de ESO de la provincia de Huelva	
OBJETIVOS	
1. Validar al español los instrumentos empleados mediante el estudio de las propiedades psicométricas de los cuestionarios AFA y BIAQ 2. Describir las características sociodemográficas del alumnado y profesorado 3. Conocer la composición corporal del alumnado y profesorado 4. Conocer la IC del alumnado de ESO 5. Estudiar el nivel de AF habitual del alumnado de ESO 6. Estudiar las actitudes hacia la obesidad en el alumnado y profesorado de ESO 7. Conocer los EE del profesorado de EF de Secundaria Obligatoria	
ALUMNADO	PROFESORADO
MUESTRA	
1890 estudiantes – Masculino ($n= 959$) Femenino ($n= 928$) Cursos: 1º, 2º 3º y 4º ESO	161 docentes – EF ($n= 86$) y MAT ($n= 75$)
METODOLOGÍA CUANTITATIVA	
INSTRUMENTOS	
Cuestionarios y medidas de composición corporal: IMC Yesterday Activity Checklisty Escala de evaluación de la IC BSQ-14 EDI-2 BIATQ BIAQ AFA	Cuestionarios y medidas de composición corporal: IAT – versión electrónica (actitudes y estereotipos) IMC Escala de evaluación de la IC BSQ-34 AFA Teachers´ Perceptions of Teaching Styles
DIMENSIONES DE ESTUDIO	
Dimensión 1: Datos sociodemográficos Dimensión 2: Composición corporal Dimensión 3: Satisfacción global IC Dimensión 4: Componente cognitivo IC Dimensión 5: Componente comportamental IC Dimensión 6: AF habitual Dimensión 7: Actitudes hacia la obesidad	Dimensión 1: Datos sociodemográficos Dimensión 2: Composición corporal Dimensión 3: Satisfacción global IC Dimensión 4: Actitudes hacia la obesidad Dimensión 5: Estilos de enseñanza (sólo EF)
En la tabla 20 se puede observar la relación de las dimensiones con las variables del estudio	
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO E INFERENCIAL	
CONCLUSIONES	

Figura 1. Esquema general de la investigación

El sexto capítulo presenta una descripción detallada de los resultados estadísticos de todas las pruebas empleadas, así como las

relaciones que encontramos entre las distintas variables y proporciona una discusión de los resultados en relación a la literatura acumulada durante años de investigación en este campo.

Por último en el séptimo capítulo se realiza una síntesis de las conclusiones generales del trabajo, describiendo los puntos débiles y fuertes, se proponen implicaciones didácticas para la mejora de la IC y las actitudes hacia la obesidad desde la EF, así como las líneas de investigación futuras.



CAPÍTULO 2

IMAGEN CORPORAL



“El propio cuerpo es consciente para mí como mi existencia y al mismo tiempo lo veo con mis ojos y lo toco con mis manos. El cuerpo es la única parte del mundo que es simultáneamente sentida por dentro y en su superficie percibida. Es un objeto para mí y yo soy ese cuerpo mismo. Es verdad, me siento físicamente y me percibo como objeto de dos maneras, pero ambas están indisolublemente unidas”

Karl Jaspers

Hace más de un siglo, comenzaron los estudios para entender el constructo de IC. Desde diferentes perspectivas de comportamiento, científicos, médicos y psicólogos han teorizado sobre la naturaleza y el significado de la IC. Los investigadores han estudiado los cambios a nivel físico y mental para ayudar a las personas cuya calidad de vida se ve disminuida por su IC. Bajo el constructo *“Imagen Corporal”* se han llevado a efecto el estudio de un amplio rango de fenómenos en referencia al campo de la psicología. Es un constructo difícil de definir, aún a día de hoy no existe una definición que no genere cierta controversia científica entre algunos autores. La IC es una percepción formada a partir de las experiencias que tenemos en lo referente a padres y compañeros, así como la capacidad de la valoración de un cuerpo. La imagen se conforma a través de la retroalimentación (ya sea positiva o negativa) dada por el grupo de personas cuya opinión es de gran relevancia para el resto.

Entender las perspectivas modernas de la IC exige conocer la construcción del linaje entorno a la misma. En la actualidad, el constructo de la IC se considera desde una perspectiva multidimensional que engloba percepciones, pensamientos, sentimientos, actitudes y comportamientos referentes al propio cuerpo, principalmente en lo relativo a su apariencia, y cuyas alteraciones pueden dar lugar a problemas emocionales (Markham, Thompson y Bowling, 2005; Pruzinsky, 1990).

2.1. CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

Paul Schilder (1935) fue el responsable del estudio de la IC más allá del dominio exclusivo de la neuropatología y fue el primero en dedicar volúmenes enteros sobre la temática de la IC (Buendía y Rodríguez, 1996; Fisher, 1990). En *The Image and Appearance of the Human Body*, Schilder (1999) abogó por un enfoque bio-psicológico de la IC, haciendo hincapié en la necesidad de examinar los elementos neurológicos, psicológicos y socioculturales. La definió como la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro propio cuerpo se nos manifiesta.

Garner, Garfinkel, Swartz y Thompson (1980) discuten por primera vez sobre la distorsión de la IC a un nivel cognitivo. Estos autores diferencian dos aspectos en el trastorno de la IC: por un lado, un componente afectivo, que se refiere a la aversión corporal y, por otro lado, a los aspectos perceptuales relativos a una percepción errónea del tamaño corporal.

La década de 1990 fue una década crucial en la evolución de los estudios de la IC. Fue un periodo productivo en cuanto a lo conceptual, lo psicométrico y los desarrollos psicoterapéuticos. En 1990, Cash y Pruzinsky publicaron *Body Images: Development, Deviance, and Change*, un volumen editado que hizo hincapié en la multidimensionalidad de la IC y amplió su aplicación en áreas de investigación. Para estos autores la IC se refiere a las evaluaciones del individuo y las experiencias afectivas con respecto a sus atributos físicos:

1. Perceptualmente, lleva implícitas imágenes y autovaloraciones del tamaño y la forma de aspectos del cuerpo.

2. Cognitivamente, supone un aumento de la atención en el cuerpo, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal y autoafirmaciones inherentes al proceso.
3. Emocionalmente, involucra experiencias de placer / displacer, satisfacción / insatisfacción corporal y otros correlatos emocionales ligados a nuestra experiencia externa.

Durante la década inicial de este siglo, la IC continúa en pleno auge. En 2001, Thompson y Smolak editaron un volumen sobre la IC en la infancia y adolescencia y la prevención de los problemas de la IC, *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention, and Treatment*. Thompson editó también en 2004, *Handbook of Eating Disorders and Obesity*, incorporando la consideración de la IC. Thompson (2004), concibe el constructo de IC constituido por tres componentes:

- Un componente perceptual: Rigor con que se percibe o estima el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su conjunto. La alteración de este componente da lugar a la sobreestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente atañe). En la investigación sobre trastornos alimentarios habitualmente se ha reportado tal sobreestimación (Stice, Trost y Chase, 2003; Thompson, 2004).
- Un componente cognitivo afectivo: Sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que ejerce el cuerpo como objeto de percepción. Diferentes estudios sobre trastornos de la alimentación han hallado insatisfacción corporal (Hadigan y Walsh, 1991; Rosen, 1997).
- Un componente conductual: Evitación de conductas a causa de la percepción del cuerpo (e.g. conductas de exhibición, conductas de

evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

En definitiva, la IC es pues, *"un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos del cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y los límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y sentimientos que experimentamos"*. (Raich, 2001, p. 25).

2.2. TRASTORNOS DE LA IMAGEN CORPORAL

Las primeras referencias aparecen con el término *"dismorfofobia"*, introducido por primera vez por Morselli (1886), usado para el designio del temor a ser disforme o convertirse en ello. Posteriormente, a principios del siglo XX, Janet (1903), hace alusión a la obsesión por la forma del propio cuerpo, lo cual involucra el miedo a ser rechazado por la sociedad. La naturaleza del trastorno fue catalogada no como miedo a volverse deforme, sino como la convicción irracional de ser anormal y la existencia de un gran miedo a las reacciones de los demás (Raich, 2004).

Cuando se habla de trastorno de la IC, se utilizan una gran variedad de expresiones distintas: distorsión de la IC, sobreestimación del tamaño del cuerpo, preocupación por el cuerpo o alguna de sus partes, insatisfacción corporal, etc. El problema de la IC es multidimensional. Por esto, si se usa el término *"trastorno de la IC"* queda claro (Sánchez, 2008):

1. Que se trata de una constelación de aspectos que se incluyen en un todo.
2. Que representa un grado de malestar e inhabilitación más severo que el expresado por otros términos o una simple alteración.

En este sentido Rosen (1997), planteó que el trastorno de la IC se defina como una preocupación exagerada, que produce malestar, orientado hacia algún trastorno imaginario o extremado de la apariencia física. Esto es lo que bajo la denominación “*trastorno dismórfico*” aparece en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) y está incluido en los trastornos somatomorfos (ver figura 2).

Trastorno dismórfico DSM-IV-TR

- A. La preocupación por un defecto percibido (s) o defecto (s) en el aspecto físico que no es observable, o parece poco a los demás.
- B. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona que ha llevado a cabo conductas repetitivas (por ejemplo, mirarse en el espejo, preparación excesiva, pellizcar la piel o la búsqueda de tranquilidad) o actos mentales (por ejemplo, comparando su aspecto con el de otros) en respuesta a las preocupaciones de la apariencia.
- C. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo (por ejemplo, depresión, ansiedad, vergüenza) o deterioro en importantes áreas sociales, laboral o de otras de funcionamiento (por ejemplo, la escuela, relaciones, familia)*
- D. La aparición de preocupaciones no se limitan a las preocupaciones con la grasa corporal o el peso en un trastorno alimentario.

•Especificar si:

- La dismorfia muscular es un tipo de trastorno dismórfico corporal (la creencia de que la construcción del propio cuerpo es demasiado pequeño o no está suficientemente musculado).

* Una opción alternativa es excluir a los ejemplos de angustia e incapacidad, que no están incluidos en conjuntos de otros criterios. O bien, otros trastornos podrían incluir ejemplos de este tipo.

Figura 2. Trastorno dismórfico, DSM-IV-TR (APA, 2000)

2.2.1. Perspectivas actuales que explican el trastorno de la imagen corporal.

Entender las perspectivas modernas (Cash y Smolak, 2011) de la IC requiere conocer la construcción del linaje entorno a las mismas. Para dicho fin, en este punto se estudian diferentes perspectivas tales como: sociocultural, evolutivas, genéticas y neurociencias, cognitivo-conductual, feministas y de la psicología positiva (figura 3). Se hará menos hincapié

en la perspectiva genética y las neurociencias de la IC ya que esta investigación no tiene como objetivo el estudio de estos aspectos.

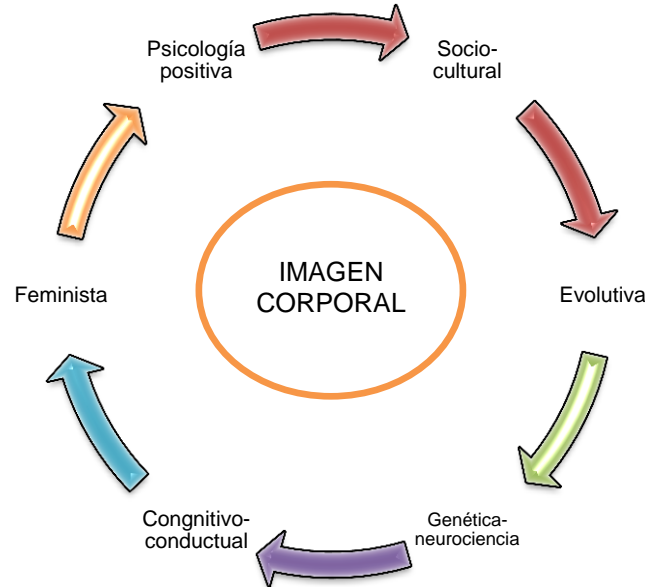


Figura 3. Perspectivas de la IC

Perspectiva sociocultural

El aspecto físico en general, y la IC en particular, son constructos importantes en las sociedades occidentales contemporáneas. El fuerte énfasis en la apariencia se ve reflejado en abundancia en vallas publicitarias, en cualquier escaparate de una tienda, en cualquier revista, en las dietas, y en la creciente popularidad de los procedimientos quirúrgicos. Además, hay una gran cantidad de evidencias en relación a que las experiencias negativas de la IC se presentan mayoritariamente en mujeres y adolescentes de género femenino. Muchas de ellas no están satisfechas con su cuerpo, en especial con el tamaño y el peso corporal, deseando ser más delgadas. También hay una evidencia creciente de que los hombres y niños están empezando a experimentar insatisfacción corporal en la dirección de desear ser más musculosos, aunque a tasas más bajas (por el momento) que el género femenino (Tiggemann, 2011).

La perspectiva del modelo sociocultural, es quizás el más relevante como modelo conceptual heurístico que proporciona un marco general para la visualización y la investigación de la IC y los trastornos alimentarios (Fallon, 1990; Heinberg, Thompson y Stormer, 1995). En su forma más simple, el modelo sociocultural (figura 4) sostiene que (1) existen ideales sociales de belleza que (2) transmiten esos ideales a las personas a través de una variedad de canales socioculturales. Estos ideales son entonces (3) interiorizados por los individuos, de modo que (4) la satisfacción (o insatisfacción) con la apariencia estará en función de la medida en que los individuos (o no) cumplan con la prescripción ideal (Tiggemann, 2011).

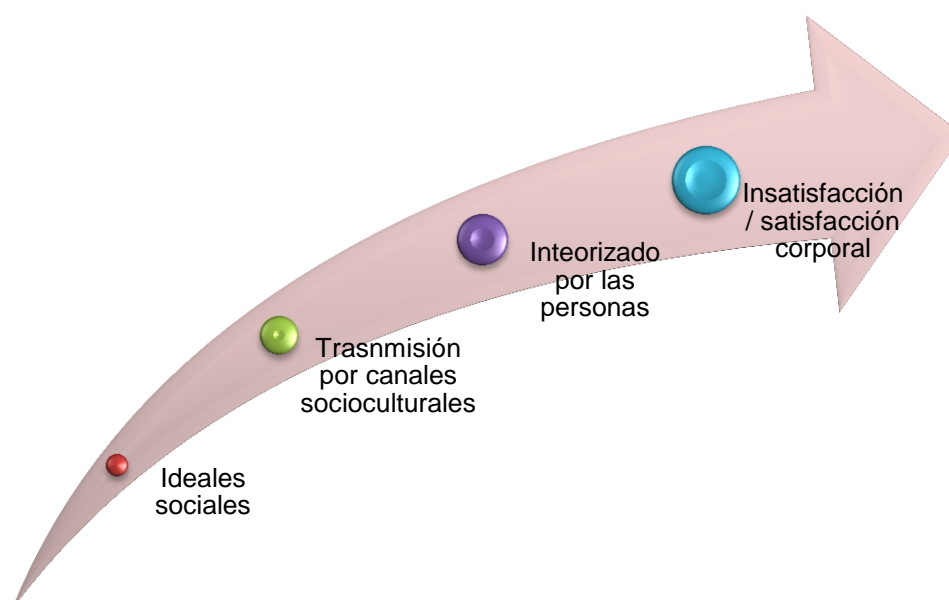


Figura 4. Modelo sociocultural

A pesar de que el ideal de delgadez es imposible conseguir para la mayoría de las mujeres de manera saludable, es aceptado sin embargo, e interiorizado por muchas (Raich, 2001). Como es prácticamente imposible para las mujeres llegar a ese extremo de delgadez ideal, están siempre decepcionadas en relación a la insatisfacción corporal. Esto a su vez, puede conducir a las dietas y por lo general a otros intentos inútiles (y a

menudo insalubres) de perseguir la delgadez, en última instancia, dando lugar a trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Koblenzer, 2003).

Un proceso paralelo funciona con los hombres, pero en este caso el ideal sociocultural que se transmite es un cuerpo mesomorfo y musculoso, con hombros anchos, bien desarrollada la parte superior del cuerpo, con abdominales y la cintura y cadera estrecha. Una vez más la hipertrofia es el ideal imposible para el género masculino si se consigue lograr por medios saludables. Sin embargo, es interiorizada por muchos, lo que resulta una insatisfacción corporal y una búsqueda poco saludable de la musculatura (mediante el ejercicio compulsivo, suplementos o esteroides).

Tenemos que tener en cuenta que el modelo sociocultural no pone de manifiesto que todo el mundo sufre insatisfacción corporal extrema y TCA, que claramente no es el caso. Hay una serie de factores genéticos, biológicos y psicológicos que influyen potencialmente en moderar los eslabones del modelo sociocultural.

Una serie de líneas convergentes evidentes apuntan a la importancia de los ideales socioculturales de la apariencia. En primer lugar hay investigaciones (Esteban, 2004; Heinberg et al., 1995) que indican que el ideal de belleza en las últimas décadas tiende a una excesiva delgadez para las mujeres.

En segundo lugar, los mismos ideales socioculturales se reflejan en los medios de comunicación específicamente comercializados en los niños y en los juguetes infantiles. En un estudio experimental, Dittmar, Halliwell e Ive (2006), mostraron que las niñas de 5 a 8 años alcanzaron poca estima hacia el cuerpo y un mayor deseo de estar más delgadas después de una breve exposición de imágenes de la muñeca Barbie.

En tercer lugar, la prevalencia de diferentes ideales socioculturales ha sido estudiada en diferentes culturas. En el mayor estudio transcultural de los ideales corporales hasta la fecha (International Body Project, con una muestra de más de 4000 mujeres y 3000 hombres de 26 países),

hubo pocas diferencias en las calificaciones de atractivo, ideal de belleza o insatisfacción corporal en 10 regiones geográficas del mundo (Swami et al., 2010). Es importante destacar que en las sociedades no occidentales la exposición a los medios de comunicación se asociaron con una preferencia por una figura delgada femenina (tanto para hombres como para mujeres).

En cuarto lugar, las diferencias dentro de las culturas occidentales en la ocupación o el interés se han relacionado con la IC. En particular, la investigación ha documentado (Bass, Turner y Hunt, 2001; Hernández-Alcántara, Aréchiga-Viramontes y Prado, 2009; Meermann, 1997) que los miembros de las subculturas, donde las presiones ideales corporales se amplifican (e.g. bailarines, modelos, deportistas, miembros de centros de entrenamiento deportivos, etc.) tienen de hecho, índices más altos de insatisfacción corporal y TCA.

Las tres influencias socioculturales que han sido identificadas como importantes transmisores de los ideales socioculturales son los padres, compañeros y los medios de comunicación (tabla 1). El papel de cada uno de estos ha sido apoyado por un gran cuerpo de investigadores. Por ejemplo, hay evidencia de que los padres pueden influir en la IC de sus hijos, tanto directa como indirectamente (Hackie y Bowles, 2007; López-Alvarenga et al., 2007).

El papel de los compañeros ha sido estudiado sobre todo entre los adolescentes, pero también es relevante para los niños más pequeños y para las mujeres adultas. Entre las adolescentes, hay evidencias de que las niñas que forman parte de un grupo de amistad en particular, tienen niveles similares de preocupación por la IC y la restricción alimentaria (Cattarin y Thompson, 2000; Vázquez, López, Álvarez, Mancilla y Oliva, 2006).

Sin embargo, el transmisor más potente y penetrante de los ideales de belleza socioculturales son los medios de comunicación de masas. Existe una extensa bibliografía (Baile, González y Ruiz, 2009; Salazar,

2007; Thompson y Heinberg, 1999; Tornero, Sierra y Carmona, 2008) que evidencia la relación entre la exposición a las revistas de moda y las formas particulares de la televisión con los resultados de interiorización de la insatisfacción con el cuerpo delgado ideal y los TCA.

Tabla 1. Influencias socioculturales que han sido identificadas como importantes transmisores de los ideales socioculturales

Principales transmisores de los ideales socioculturales	Autores
Padres	(Hackie y Bowles, 2007; López-Alvarenga et al., 2007)
Compañeros/amigos	(Cattarin y Thompson, 2000; Vázquez et al., 2006)
Medios de comunicación de masas	(Baile et al., 2009; Salazar, 2007; Thompson y Heinberg, 1999; Tornero et al., 2008)
Otras fuentes potenciales de influencia, incluye a maestros y profesores, entrenadores deportivos y profesionales de la salud que es necesario profundizar en su estudio	

Mientras que los medios de comunicación, familiares y compañeros han sido identificados como los principales transportadores de los ideales socio-culturales, hay muchas otras fuentes potenciales de influencia, incluyendo a maestros y profesores, entrenadores deportivos y profesionales de la salud. Además, estos agentes pueden ejercer una influencia múltiple al mismo tiempo y también pueden interactuar. Por ejemplo, Jones, Vigfusdottir y Lee (2004), demostraron que en las adolescentes existe una “cultura de la apariencia” donde los ideales y los medios de comunicación y las conversaciones entre iguales sobre temas relacionados con la apariencia se refuerzan mutuamente.

Perspectiva evolutiva

Swami (2011), comenta que un enfoque evolutivo proporciona una base útil para la comprensión teórica de una amplia gama de comportamientos humanos que están relacionados con la apariencia, el atractivo y la IC.

Un ejemplo de la psicología evolutiva aplicada a la atracción física es la hipótesis de la atracción de la mujer en la relación cintura-cadera (RCC), que afirma que una baja RCC hace de la mujer universalmente más atractiva porque está asociado con mejores resultados de salud y fertilidad. El pilar fundamental de esta hipótesis es que los estudios informan (Marlowe y Wetsman, 2001; Singh, 1993) una correlación negativa entre la RCC de figuras corporales y las clasificaciones que hacen los hombres del atractivo de las mujeres (es decir, siluetas con baja RCC, por lo general son juzgadas como las más atractivas).

Para estudiar la importancia relativa al peso corporal y la RCC en la percepción del atractivo en las mujeres, Tovée y Cornelissen (2001), diseñaron un nuevo conjunto de estímulos que constan de imágenes reales de las mujeres, para quienes la masa corporal y la RCC se conocen con precisión. Sus análisis mostraron que tanto el IMC como la RCC fueron predictores significativos de la atracción de las mujeres.

Además, ahora existe una corriente que estudia las diferencias entre las culturas, cruces étnicos y transnacionales en lo que se considera una RCC atractiva. Mientras RCC bajas normalmente son juzgadas para ser atractivas, saludables y fértiles en contextos de alto estatus socioeconómico, RCC altas son considerada positivamente en contextos de nivel socioeconómico bajo (Monteiro, Moura, Conde y Popkin, 2004; Urquiza y Dickinson, 2007).

Es posible explicar estos resultados, combinados desde un punto de vista de la psicología evolutiva. Un argumento sugiere que los seres humanos son capaces de calibrar sus preferencias en relación al atractivo. Por ejemplo, en los últimos estudios transculturales, Swami y Salem (2011), han demostrado que existe una relación inversa entre el estatus socioeconómico y el ideal de tamaño del cuerpo, de tal manera que los tamaños de cuerpos pesados se perciben como más atractivos físicamente en contextos de bajo nivel socioeconómico.

Esta explicación se basa en una perspectiva evolutiva general, es decir, que las diferencias entre las culturas en los ideales de tamaño del cuerpo surgen debido a las variaciones en el tamaño corporal óptimo en términos de salud y fertilidad. Sin embargo, también se acepta que las normas culturales, tales como los estereotipos de género, la educación, los factores de la dieta..., juegan un papel en influir en lo que se considera una forma de cuerpo localmente atractivo. Por lo tanto Tovée, Swami, Furnham y Mangalparsad (2006), informaron que un tamaño corporal más pesado puede haber sido percibido como más atractivo en zonas rurales de Sudáfrica. En estas zonas, la obesidad se asocia con cuerpos más saludables, y la delgadez se asocia a estados de desnutrición por dificultades de acceso a los alimentos.

El mismo fenómeno también puede ser aplicable al por qué los varones quieren estar musculosos. Los estudios han demostrado que los hombres musculosos se han valorado como físicamente atractivos por las mujeres y que la fuerza del tren superior tiene posibles beneficios en la competencia masculina intrasexual (Grammer y Thornhill, 1994; Pawlowski, Dunbar y Lipowicz, 2000; Soler et al., 2003). La creciente prevalencia de imágenes mediáticas con hombres musculosos, provocaría insatisfacción debido a la búsqueda de un ideal corporal que conlleva el peligro de padecer vigorexia.

Perspectiva genética y neurociencia

Como se ha comentado anteriormente en este punto, se hará menos hincapié en la perspectiva genética y las neurociencias de la IC ya que esta investigación no tiene como objetivo el estudio de esta perspectiva. De esta manera, a continuación se plantean algunas aclaraciones breves sobre esta figura y su relación con la IC.

Los factores psicosociales han sido el foco de la teoría y la investigación sobre el desarrollo de la IC. Aunque estos factores son críticos, investigadores han argumentado que las influencias psicosociales

son poco probables para explicar todas las diferencias individuales en la IC y en sus trastornos. Razón por la que, a pesar de la presión de los medios de comunicación, las relaciones sociales, y otras fuentes para adherirse a los ideales de cuerpo perfecto en hombres y mujeres de sociedades occidentales, sólo algunas personas desarrollan problemas de IC. Por lo tanto, existen hipótesis de que los factores genéticos y/o biológicos pueden aumentar la susceptibilidad a una mala IC en algunos individuos (Suisman y Klump, 2011). Para hacer frente a esta hipótesis, los investigadores han comenzado a examinar el papel de los factores genéticos y biológicos en el desarrollo de los trastornos de la IC (APA, 2000; Helder y Collier, 2011; Mazzeo y Bulik, 2008; Striegel-Moore y Bulik, 2007). Los genetistas moleculares han comenzado a estudiar en particular genes que pueden influir en las alteraciones de la IC. Por último, los avances en técnicas de neurociencia e IC han permitido explorar específicas áreas del cerebro que pueden estar implicadas en los problemas de dicha imagen.

Perspectiva cognitivo-conductual

La mayoría de las investigaciones contemporáneas sobre IC se derivan explícita o implícitamente de paradigmas cognitivos y/o conductuales en psicología. El punto de vista de un integrador cognitivo-conductual (CC) refleja no sólo una teoría, más bien se basa en una larga tradición de ideas y evidencias empíricas que hacen hincapié en el aprendizaje social y en los procesos de acondicionamiento y en la mediación cognitiva de comportamientos y emociones (Cash, 2011).

Para articular los elementos básicos de un modelo CC (figura 5), en primer lugar hay que hablar de los factores históricos. Se refieren a hechos del pasado, atributos y a las experiencias que predisponen o influyen en cómo la gente llega a pensar, sentir y actuar en relación con su cuerpo. Entre estos factores se encuentra la socialización cultural, las experiencias interpersonales, las características físicas y sus cambios, y

las variables de la personalidad (Cash, 2001). A través de los distintos tipos de aprendizaje cognitivo y social, los factores históricos fundamentales infunden actitudes sobre la IC, incluyendo las evaluaciones y la inversión de dicha imagen. La evaluación de la IC se refiere a la satisfacción de los individuos o insatisfacción con su cuerpo y sus creencias de evaluación al respecto. La inversión de la IC se refiere a la importancia cognitiva, conductual y emocional de las auto-valoraciones de dicha imagen. En un modelo CC, los factores de la IC corresponden a acontecimientos de la vida actual y se compone de precipitación y mantenimiento de influencias en las experiencias de la IC, incluidos el procesamiento de la información y los diálogos internos, las emociones de dicha imagen y la regulación autónoma de las acciones (Cash, 2011).

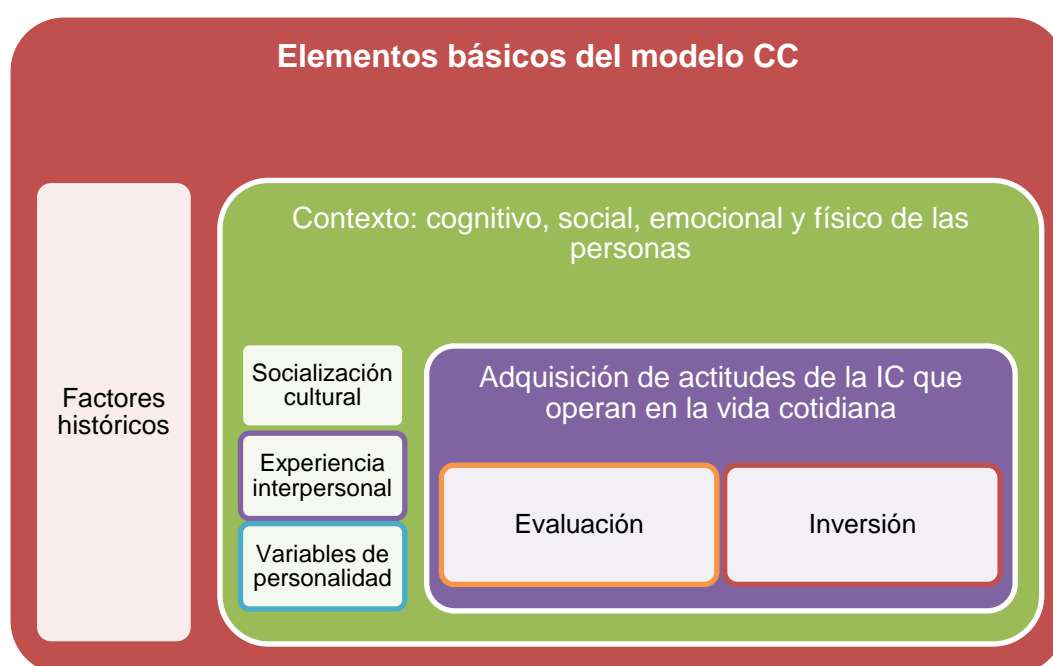


Figura 5. Elementos básicos del modelo CC

El desarrollo de la IC está, sin duda, afectado por las características de un físico real. El atractivo y la aceptación social de la apariencia física de una persona impacta en cómo la persona es percibida y tratada por los demás. A partir de la primera infancia los niños lindos

reciben más atención social favorable de los cuidadores, adultos y pares. A lo largo de la juventud, aquellos que son menos atractivos físicamente o poseen diferencias visibles que no son valoradas culturalmente pueden encontrar más apatía o antipatía de sus compañeros y adultos (Slater y Tiggemann, 2011). Este proceso puede estar mediado por la regeneración social (por ejemplo, los niños con sobrepeso reciben burlas y rechazo social). Sin embargo, las evaluaciones de la IC también pueden deberse a las autoevaluaciones en relación con los estándares interiorizados que el individuo no concibe.

Los atributos individuales de la personalidad también pueden influir en la adquisición de las actitudes de la IC. Algunos rasgos de la personalidad pueden representar factores de riesgo para el desarrollo de problemas de la IC. Algunos pueden favorecer la recuperación y fomentar actitudes positivas hacia dicha imagen. Por ejemplo, un autoconcepto positivo puede facilitar el desarrollo favorable de la evaluación del propio cuerpo y sirve como amortiguador frente a eventos amenazantes de la propia IC. Por el contrario, la baja autoestima y la falta de apoyo social puede aumentar la vulnerabilidad en relación a la IC.

Las actitudes de la IC están centradas en la organización de constructos en la interacción del desarrollo cognitivo, emocional y en los procesos de comportamiento que se producen en diferentes contextos del medio. Como se ha mencionado anteriormente, hay dos elementos actitudinales básicos: la evaluación de la IC y la inversión. Como Cash y Szymanski mostraron en 1995 las evaluaciones de la IC se derivan sustancialmente del grado de discrepancia o congruencia entre la propia percepción subjetiva de las características físicas y personalmente interiorizadas y el valor de los ideales de la apariencia.

De acuerdo con las perspectivas CC, las señales específicas situacionales o de eventos contextuales (incluidos eventos internos) activan el esquema corporal impulsado por el procesamiento de la información y la auto-evaluación de la apariencia física. Los diálogos

internos resultantes implican pensamientos automáticos cargados de emociones, inferencias, interpretaciones y conclusiones acerca de la apariencia de uno mismo. Entre las personas con problemas de actitudes de IC y auto-esquemas, estos diálogos internos son habituales y defectuosos. Los procesos de pensamiento pueden reflejar varios errores o distorsiones, como el pensamiento dicotómico, el razonamiento emocional, sesgo en comparaciones sociales, inferencias arbitrarias, sobregeneralización, sobrepersonalización, aumento de los defectos percibidos y la minimización de los positivos.

Para administrar o hacer frente a angustiosos pensamientos y emociones de la IC, los individuos participan en una serie de acciones y reacciones. Éstos pueden implicar estrategias cognitivas aprendidas o comportamientos para adaptarse o ajustarse a la percepción de los acontecimientos ambientales. Las reacciones adaptativas incluyen conductas de evitación y ocultación del cuerpo.

Perspectiva feminista

La teoría feminista actual sostiene que la insatisfacción corporal de las mujeres no es una función de patología individual, sino un fenómeno social sistémico.

Las teóricas feministas han encontrado un punto de vista de la construcción social útil en la comprensión de la experiencia corporal de las mujeres y su relación con las relaciones de poder del género. Este punto de vista particular, se ajusta a una comprensión feminista de la vida de las mujeres, ya que hace hincapié en el contexto social de la mujer, en lugar de una patología individual, y porque hace hincapié en el poder inherente de las construcciones sociales que se normalizan con las inequidades de género (Mckinley, 2011).

Las sociedades occidentales construyen una dualidad entre el cuerpo y la mente, y las mujeres se asocian con el cuerpo y los hombres con la mente. El cuerpo de las mujeres es juzgado, esto crea un contexto

que anima la construcción de mujeres y niñas como objetos para ser vistos y evaluados en términos de cómo su cuerpo se ajusta a unas normas culturales. Desde la infancia, las niñas se centran en la forma de vestir, en el estilo de su pelo y en otros factores relacionados con la apariencia. Ellas son reconocidas por su apariencia y saben que son juzgadas por la forma en la se presentan a los demás (Nagel y Jones, 1992).

La conciencia del cuerpo objetivado (McKinley, 2011) (CCO) consiste en la vigilancia del cuerpo, la internalización de la entidad cultural de los estándares del cuerpo, las creencias y el control de la apariencia.

La vigilancia del cuerpo presta atención a uno mismo en términos de cómo nos presentamos a los demás. Observar la apariencia de uno mismo está presumiblemente asociado con el amor propio y los logros individuales de las mujeres. Sin embargo, cuando los sujetos prestan atención a cómo los demás nos perciben, tratando de cumplir con las normas pertinentes, nos sentimos mal si las normas no las reunimos y somos susceptibles a las influencias de otros (Fredrickson y Roberts, 1997).

La interiorización de los estándares culturales del cuerpo hace que aparezcan como estándares culturales que vienen de los deseos individuales de las propias mujeres. Esto hace que los estándares dificulten el cambio y que se oculte la presión externa para cumplirlos. Además, esta internalización predispone a las mujeres a conseguir el logro de estos estándares con un sentido de autoestima. Porque los estándares son estrechos y difíciles de alcanzar, las mujeres experimentan un sentido de empoderamiento hacia ellos, pero es más la vergüenza cuando no lo hacen.

Las creencias y el control de la apariencia aseguran que, dado el esfuerzo suficiente, los estándares culturales del cuerpo se pueden lograr. Independientemente de la medida en que las mujeres realmente controlan su apariencia, el control de las creencias puede beneficiar a las mujeres

por aliviar el estrés de trabajo para alcanzar los estándares en ocasiones imposibles, y darles un sentido de competencia en el control de su cuerpo.

Fredrickson y Roberts (1997), presentaron un caso convincente en el que una visión objetiva de sí mismo puede dar cuenta de muchos de los riesgos de salud mental asociados con ser mujeres, incluyendo depresión, disfunción sexual y problemas de alimentación. Una comprensión de cómo las experiencias de las mujeres en las formas del CCO permite dar cuenta de la tenacidad del descontento del cuerpo de la mujer.

Tenemos que pensar en los problemas del cuerpo de la mujer como una cuestión de justicia social. El supra esfuerzo por lograr los estándares culturales del cuerpo reduce sus recursos de tiempo, energía y económicos. También sabemos que los estándares de cuerpo de las mujeres reflejan prejuicios de raza y etnicidad, clase, edad, orientación sexual y capacidad.

Perspectiva de la psicología positiva

La IC es un constructo multidimensional con características positivas y negativas. Sin embargo, la teoría, la investigación y la práctica se han centrado en la comprensión, prevención y tratamiento de sus rasgos negativos.

La psicología positiva, ofrece un marco para orientar el estudio de la IC positiva. Los defensores de esta perspectiva (Fredrickson, 2001; Seligman, Rashid y Parks, 2006), argumentan que la eliminación de características negativas y desadaptativas, mejorará una salud mental que se caracteriza por una falta de patología, pero con una ausencia de vitalidad que no será suplida hasta el aprendizaje de las características positivas y adaptadas.

La deconstrucción de una IC negativa, entonces, no construirá de forma automática una IC positiva. En consecuencia, la IC positiva no debe

ser caracterizada simplemente como el polo opuesto de una sola dimensión de la IC, anclada en el otro extremo de la IC negativa.

Striegel-Moore y Cachelin (1999), teorizan que algunas características positivas de la IC no aparecen por la eliminación de una IC negativa. Sin embargo, los estudios a veces erróneamente concluyen que una baja insatisfacción corporal, preocupación por el cuerpo y baja diferencia entre el tamaño del cuerpo real e ideal, reflejan automáticamente una IC positiva. La investigación demuestra que la IC positiva del cuerpo es más compleja.

Williams, Cash y Santos (2004), estudiaron la IC en tres grupos distintos de mujeres y encontraron que el 44% de éstas tenían una IC positiva, el 30% negativa y el 26% la encuadraron en una IC neutra. El grupo que tenía una IC positiva destacó por tener optimismo, autoestima, apoyo social y estabilidad de peso. Por lo tanto, las mujeres con una IC positiva empíricamente fueron distintas de las mujeres con una IC negativa y neutra.

Avalos, Tylka y Wood-Barcalow (2005), extrajeron de la literatura cinco temas sugestivos de una IC positiva: opiniones favorables del cuerpo independientemente de la apariencia real, la aceptación del cuerpo a pesar del peso, la forma del cuerpo y las imperfecciones, el respeto del cuerpo por atender las necesidades y conductas saludables y la protección del cuerpo al rechazar imágenes de los medios poco realistas.

Por lo tanto, en consonancia con la perspectiva de la psicología positiva, la IC positiva del cuerpo no es equivalente a una baja IC negativa. No podemos tomar todas las conclusiones sobre una IC negativa y concluir que lo contrario se aplica a una IC positiva.

Wood-Barcalow, Tylka y Augustus-Horvath (2010), entrevistaron a 15 mujeres adultas universitarias estadounidenses, las clasificaron con una IC positiva. Frisén y Holmqvist (2010), analizaron las entrevistas de 30 adolescentes de Suecia con una IC positiva. A pesar de la edad, sexo

y región geográfica diferían en las muestras, surgieron características similares. Los estudios cuantitativos han comenzado a apoyar la conexión de la IC positiva a muchas de estas características (e.g, la espiritualidad, el positivismo, la conceptualización de la belleza en general).

Estas características se pueden dividir en características positivas de la IC positiva, así como los factores que promueven, mantienen y salen de ella. Una síntesis de sus características básicas sugiere que una IC positiva, refleja amor y respeto por el cuerpo (Tylka, 2011). Esto permite a los individuos apreciar cómo su cuerpo es único y las funciones que realiza para ello. Ofrece un esquema cognitivo que ayuda a las personas a interpretar la información de manera que la información más positiva se interioriza y la más negativa es rechazada o reformulada. Refleja la aceptación del propio cuerpo, incluidos los aspectos que son incompatibles con imágenes idealizadas. Los bienes del cuerpo son enfatizados, mientras que las imperfecciones corporales se reducen al mínimo. Las personas que tienen una IC positiva se sienten hermosas, cómodas, confiadas y felices con su cuerpo. Estas personas tienen una atenta relación con su cuerpo, lo que les permite detectar y satisfacer sus necesidades corporales.

2.2.2. Características clínicas del trastorno de la imagen corporal

El trastorno de la IC debe comprender aspectos perceptuales, cognitivos, emocionales y conductuales, como marca la propia definición de IC. Una buena explicación de los trastornos de la IC debe dar cuenta de la génesis de este constructo, algo que como se observa a continuación, no siempre será tarea fácil.

Aspectos perceptivos

La característica que define el aspecto perceptivo del trastorno de la IC es la distorsión perceptual. Usualmente, las personas que muestran problemas perceptivos de IC sobreestiman o subestiman partes de su

cuerpo (Raich, 2001). El ejemplo más común hoy en día es el de las adolescentes, que aun teniendo un peso normal se ven gruesas.

Evidentemente una mala percepción corporal ejerce una gran influencia sobre la génesis de un trastorno de IC, ya que éste puede derivar en actitudes y conductas exageradas respecto a la apariencia, algo en lo que se profundizará más adelante (Sánchez, 2008).

Aspectos afectivos

Aunque la insatisfacción corporal es un hecho probado que en un momento u otro afecta a un alto porcentaje de la población (destacando por afectar a la mujer en un mayor número), no se puede considerar suficiente para definir con ello al trastorno de IC. Las personas que muestran este tipo de preocupaciones devalúan su apariencia, tratan de imaginar lo que los demás piensan acerca de él mismo en relación a sus defectos. Estas personas creen que su defecto físico es una prueba irrefutable de su imposibilidad de ser queridos o apreciados, y provocando o reflejándose en alguna muestra de debilidad (Sánchez, 2008). Aunque esta preocupación podría presentarse en cualquier momento, se ha constatado que ésta es mucho más intensa en situaciones sociales en las que la persona se siente de forma consciente inferior y en este desconcierto espera ser evaluada por otras personas de valor.

Lo más común es encontrarnos con sentimientos negativos que pueden desembocar sólo con mirarse en un espejo o con el simple pensar en el defecto, o a causa de una mala interpretación de una situación o acontecimiento cotidiano. La duración de la emoción o el sentimiento, así como su intensidad, puede ser muy variable.

El trastorno de IC puede funcionar de igual forma que una fobia, ya que se puede tratar de un estímulo (en este caso el cuerpo o una situación social) que despierta un intenso miedo y ansiedad asociada.

Aspectos cognitivos

Una errónea interpretación de la apariencia suele ser el rasgo más relevante del trastorno de la IC. Las personas con una IC negativa suelen extraer conclusiones desacertadas y desproporcionadas sobre su apariencia, lo cual les conduce hacia errores cognitivos de la propia IC (figura 6).

En referencia a teorías terapéuticas de la IC en base a la interpretación de los acontecimientos, Cash (1997), elaboró lo que denominó la “Docena Sucia”. La docena sucia trata de la teoría sobre los pensamientos distorsionados o errores cognitivos respecto a la apariencia.



Figura 6. El papel de los errores cognitivos en la IC (Raich, 2001)

La “*Docena Sucia*” son los doce errores más comunes del pensamiento sobre la apariencia, y en base a los que se debería trabajar terapéuticamente para superar un trastorno de IC. Los doce errores o sesgos comunes del pensamiento son: *la bella y la bestia, el ideal irreal,*

la comparación injusta, la lupa, la mente ciega, la fealdad radiante, el juego de la culpa, la mala interpretación de la mente, prediciendo desgracias, la belleza limitadora, sentirse feo y el reflejo del mal humor.

Las distorsiones cognitivas nos inducen a sentirnos de una manera establecida. Todas las distorsiones colaboran en procurar emociones negativas y el conjunto en su totalidad nos predispone a actuar de manera errónea.

Las creencias y pensamientos que presentan las personas con trastorno de la IC se han descrito como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios. Es difícil distinguir entre ellos y parece que no existe un único patrón de pensamientos. El pensamiento obsesivo en el trastorno de la IC se refiere a los pensamientos repetitivos e instintivos acerca de la apariencia. Pueden reconocer que su preocupación es excesiva aunque están convencidos del defecto de su apariencia. Esta ideación sobrevalorada representa el aspecto cognitivo de este trastorno (Raich, 2001).

Aspectos conductuales

Las personas que desarrollan una preocupación por su IC tienden a organizar sus vidas en torno a sus preocupaciones corporales y realizan o evitan actividades en función de su IC.

Las conductas destinadas a la preocupación corporal tienden, a través de un proceso de reforzamiento negativo, a mantener e incrementar la ansiedad causada por su apariencia (Sánchez, 2008).

Algunas de las conductas asociadas a este trastorno pueden tener un marcado carácter obsesivo. Así a modo de ejemplo comentar como estas personas pueden mantener conductas tales como pesarse asiduamente, mirarse en el espejo, evitar ir a comprar ropas o evadir reuniones sociales si esto implica comer, entre otras.

Muchas de las personas que padecen este trastorno dismórfico aseguran que indagar en su defecto tampoco les provoca una gran

tranquilidad, sino todo lo contrario, en un gran número de ocasiones esto les hace sentirse incluso peor.

Existe pues la posibilidad de preguntarse por qué si en el desarrollo de este acontecimiento la persona se siente peor, sigue mirándose a través del espejo. Algunas de las personas que se encuentran en este caso argumentan como mantienen esta conducta a consecuencia de que en ocasiones han logrado percibirse o simplemente verse algo mejor de cómo se ven o al menos, no tan mal cómo ellos mismos imaginaban. Este procedimiento se conoce desde el condicionamiento operante como reforzamiento positivo de intervalo variable, el tipo de reforzamiento más poderoso a la hora de repetir una conducta, y en el que se basa, a modo de ejemplo, el mecanismo de funcionamiento de las máquinas tragaperras.

2.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Como hemos comentado en anteriores puntos, la IC ha experimentado un crecimiento en los últimos años. El campo de la IC se encuentra estudiado en una variedad de disciplinas, incluyendo la AF y el deporte, psicología, nutrición y obesidad (Cash y Pruzinsky, 2002). Además la medición de la IC en diferentes muestras (niños, adolescentes y adultos), ha recibido gran atención en los últimos años (Thompson y Cafri, 2007; Yanover y Thompson, 2009). Dicha expansión ha creado en general, un aumento en el número de instrumentos desarrollados para evaluar las dimensiones de la IC.

La IC, como ya se ha comentado, es un constructo multidimensional que incluye las dimensiones de percepción, actitudes, afectivas y de conductas. La distorsión de la IC incluye dos componentes: el perceptivo y el actitudinal (Gardner, 2011). Este mismo autor, expone que el componente actitudinal puede ser evaluado de acuerdo con cuatro componentes: satisfacción global de la IC, afectivo, cognitivo y

comportamental. A continuación se mostrarán los instrumentos que han sido ampliamente utilizados (Menzel, Krawczyk y Thompson, 2011) para medir la IC (ver tabla 2).

De acuerdo con Thompson (2004), los investigadores deben considerar cuidadosamente la población que están estudiando y las diferentes medidas asociadas a cada uno de los componentes de la IC.

Medidas globales de satisfacción/insatisfacción de la IC

La satisfacción corporal puede ser definida a través de una opinión favorable de una persona sobre sus componentes corporales tales como el peso, la forma u otras partes del cuerpo. Por otro lado, la insatisfacción corporal se refiere a opiniones desfavorables del cuerpo. Menzel et al. (2011), comentan que las medidas de esta dimensión utilizan una escala continua y bipolar, existiendo dos métodos principales: las escalas de figuras-siluetas y los cuestionarios.

Las escalas de siluetas son populares y fáciles de administrar para medir la satisfacción o insatisfacción corporal. Las escalas consisten de manera típica en contornos de figuras o siluetas del cuerpo humano con diferentes formas, pesos y tamaños, desde muy delgados a obesos. A las personas a las que se les suministra la escala, normalmente se les pide que seleccionen la figura que piensan representa mejor su aspecto físico actual y la figura que mejor representa su físico ideal. Las puntuaciones de insatisfacción corporal se obtienen calculando la diferencia entre las dos figuras (Menzel et al., 2011).

Los cuestionarios han sido desarrollados para ayudar a captar los matices y facetas de la IC. Estas medidas globales de la satisfacción subjetiva lo que reflejan son áreas principales: medidas que evalúan la satisfacción-insatisfacción de lugares específicos del cuerpo y las medidas que evalúan la satisfacción-insatisfacción con la apariencia física global (Thompson et al., 1999).

Tabla 2. Instrumentos validados para evaluar la dimensión actitudinal de la IC

Instrumento	Referencia	Descripción
Medidas de satisfacción global – Escala de figuras corporales		
Body Image Assessment	(Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989)	Elección de la forma del cuerpo actual e ideal de 9 figuras femeninas que van desde el bajopeso a la obesidad
Body Image Assessment Scale- Body Dimensions	(Gardner, Jappe y Gardner, 2009)	Elección de la forma del cuerpo a partir de medidas antropométricas de 17 figuras femeninas y masculinas
Contour Drawing Rating Scale	(Thompson y Gray, 1995)	Seleccionar la figura ideal y actual de 9 figuras masculinas y femeninas
Figure Rating Scale	(Stunkard, Sorenson y Schulsinger, 1983) (Thompson y Altabe, 1991)	Seleccionar la figura ideal y actual de 9 figuras masculinas y femeninas universitarios
Photographic Figure Rating Scale	(Swami, Salem, Furnham y Tovée, 2008)	Imágenes fotográficas de mujeres reales que varían en IMC.
Quantification of Body Image Distortion	(Roy y Forest, 2007)	Los participantes señalan una silueta en el ordenador con el fin de reflejar mejor la autopercepción física.
Schematic Contour Scale	(Gardner, Stark, Jackson y Friedman, 1999)	Elección de la forma del cuerpo actual e ideal de 13 figuras femeninas y masculinas que van desde el bajopeso a la obesidad
Somatomorphic Matrix	Pope, Gruber, Mangweth, Bureau, deCol, Jouvent, et al., (2000)	Musculatura ideal y actual y dimensiones de grasa corporal en hombres y mujeres versión papel y Ordenador
Medidas de satisfacción global - Cuestionarios		
Body Appreciation Scale	(Avalos et al., 2005)	13 ítems que miden la IC positiva
Body Esteem Scale Adolescents and Adults	(Mendelson, Mendelson, y White, 2001)	23 ítems que evalúan tres dimensiones en adultos y adolescentes: apariencia, atribución y peso
Body Image Disturbance Questionnaire	(Cash, Phillips, Santos y Hrabosky, 2004) (Cash y Grasso, 2005)	Evalúa la perturbación de los aspectos de la IC
Body Satisfaction Scale	(Slade, Dewey, Newton, Brodie y Kiemle, 1990)	Grado de satisfacción con cuatro aspectos del desarrollo de la pubertad en hombres y mujeres

Instrumento	Referencia	Descripción
Body Shape Questionnaire	(Cooper, Taylor, Cooper, y Fairburn, 1987)	34 ítems que evalúan la preocupación de los hombres y mujeres con la forma y el tamaño del cuerpo
Eating Disorder Inventory-Body Dissatisfaction subscale	(Garner, Olmstead y Polivy, 1983) (Shore y Porter, 1990) (Wood, Becker y Thompson, 1996)	9 ítems que miden insatisfacción con las partes del cuerpo
Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire Appearance Evaluation subscale	(Brown, Cash y Mikulka, 1990)	7 ítems que miden insatisfacción general
Self-image Questionnaire for Young Adolescents-Body Image subscale	(Petersen, Schulenberg, Abramowitz, Offer y Jarcho, 1984)	11 ítems que evalúan los sentimientos positivos hacia el cuerpo en chicos y chicas de 10 a 15 años
Medidas afectivas		
Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale	(Reed, Thompson, Brannick y Sacco, 1991)	Ansiedad de rasgo o estado con 16 partes del cuerpo
Situational Inventory of Body Image Dysphoria	(Cash, 2002)	20 ítems. La forma corta del SIBID. Emociones negativas hacia la IC
Medidas cognitivas		
Appearance Schemas Inventory-Revised	(Cash, Melnyk y Hrabosky, 2004) (Cash y Grasso, 2005)	20 ítems que evalúan las creencias y suposiciones acerca de la importancia y la influencia de la apariencia. Escala Likert 5 puntos
Assessment of Body Image Cognitions	(Jakatdar, Cash y Engle, 2006)	37 ítems que evalúan 8 tipos de pensamiento distorsionado acerca de la apariencia física
Body Checking Cognitions Questionnaire	(Mountford, Haase y Waller, 2006)	Se evalúan las cogniciones asociadas a una lista de verificación con el comportamiento del cuerpo
Body Image Automatic Thoughts Questionnaire	(Cash, Lewis y Keeton, 1987)	Medidas de 37 cogniciones negativas de la IC y 15 positivas
Medidas comportamentales		
Body Checking Questionnaire	(Reas, White y Grilo, 2006)	23 ítems que miden comportamientos relacionados con la apariencia, partes específicas del cuerpo

Instrumento	Referencia	Descripción
Body Image Avoidance Questionnaire	(Rosen et al., 1991)	Frecuencia de comportamientos de conductas de evitación de la IC
Body Image Avoidance Scale	(Engle, Cash y Jarry, 2009)	22 ítems miden el comportamiento de evitación de la IC
Body Image Compulsive Actions Scale	(Engle et al., 2009)	25 ítems de comportamiento relacionados con la IC

Medidas afectivas de la IC

Más allá de la satisfacción o insatisfacción que una persona pueda percibir de su cuerpo, el afecto también juega un papel importante en la IC. Este componente afectivo se caracteriza por sentimientos de ansiedad, angustia y otras emociones asociadas con el cuerpo. Estas emociones negativas pueden ser contextuales y se pueden experimentar a menudo como resultado de no cumplir con los ideales culturales (Menzel et al., 2011).

Medidas cognitivas de la IC

Cash y Deagle (1997), en un metaanálisis realizado sobre más de 60 investigaciones sobre métodos de evaluación del trastorno dismórfico concluyeron que los procedimientos más eficaces son los que valoran la insatisfacción corporal a través de los métodos cognitivo evaluativos o de alteraciones actitudinales. Es decir, son los que mejor discriminan entre grupos de control y muestras patológicas. Las cogniciones-creencias, pensamientos, interpretaciones y atribuciones, comprenden una faceta muy importante y específica de la IC que contribuyen o mantienen la distorsión de la IC. Las cogniciones de la IC pueden ser en forma de creencias acerca de los ideales de apariencia o sobre la forma de esquemas en el nivel de importancia que tiene ese aspecto con la autoestima de la persona (Menzel et al., 2011).

Medidas comportamentales de la IC

Las medidas conductuales intentan documentar la manifestación específica de la perturbación de la IC, tales como la prevención o el control del cuerpo. Una de las primeras y de las mejores medidas de este tipo está desarrollada por Rosen et al. (1991), y fue el Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ). Es una medida de las conductas de evitación activa y pasiva de situaciones relacionadas con la IC. Consta de cuatro subescalas: vestimenta, actividades sociales, restricción alimentaria y chequeo. Estas medidas de comportamiento han recibido una atención creciente. Mientras que la IC es tradicionalmente considerada como un fenómeno intrapsíquico, hay muchas manifestaciones conductuales del funcionamiento de la IC, por ejemplo, evitar espejos, evitar el peso o las situaciones públicas (Cash, 2011).

2.4. INTERRELACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL CON OTROS CONCEPTOS

La IC, al ser un constructo tan complejo y arraigado en la persona tiene complejas relaciones con otros conceptos de importancia. Las interrelaciones más importantes son las que mantiene con la edad, el género y el IMC. A continuación se expone como se desarrollan estas relaciones en subapartados diferenciados aunque la separación entre ellos es meramente teórica.

2.4.1. Género, edad e imagen corporal

La insatisfacción con la IC puede acontecer tanto en hombres como en mujeres. De hecho las investigaciones más recientes se han expandido para incluir a personas de ambos géneros (Cash, 2004; Ferraro et al., 2008; Grogan, 2006; Hargreaves y Tiggemann, 2006; Ricciardelli, McCabe y Ride, 2006; Strelan y Hargreaves, 2005), sin embargo, la mayoría de los estudios se han centrado en las mujeres ya

que este grupo ha mostrado mayores dificultades con la insatisfacción corporal (McCabe y Ricciardelli, 2001; Smolak y Levine, 2001). Los roles de género marcan un ideal social en el que reflejarse y comparar la propia apariencia física, por eso existen tantas diferencias entre hombres y mujeres en IC.

Las diferencias observadas entre varones y mujeres en cuanto a satisfacción e insatisfacción con la IC, puestas de manifiesto por algunos estudios (Cruz y Maganto 2002; Hargreaves y Tiggemann, 2003; Willinge, Touyz y Charles, 2006), nos llevan a la investigación de sus relaciones con el género. Diferentes estudios abastecen de evidencias en el sentido de las relaciones entre masculinidad, feminidad y androginia con la evaluación positiva o negativa del propio cuerpo, indicando que la masculinidad y la androginia se relacionan con una evaluación más positiva junto a una mayor autoestima, mientras que con la feminidad ocurre a la inversa (Bane y McAuley, 1998; De Gracia, Marcó y Trujano, 2007; McArthur, Holbert y Peña, 2005; McCabe y Ricciardelli, 2001; Merino, Pombo y Godás, 2001; Neumark-Sztainer, Story, Falkner, Beuhring y Resnick, 1999; Raich, 2004; Raich y Torras, 2002; Ramos, De Eulate, Liberal y Latorre, 2003). Como resultado, las chicas están especialmente en riesgo de complicaciones relacionadas con el peso como la anorexia y la bulimia.

2.4.1.1. La imagen corporal en la mujer

Adolescencia

La adolescencia es un momento importante en la vida de una persona, ya que se pasa de ser un/a niño/a a adultos. Para las adolescentes, una amplia gama de cambios corporales y sociales tienen lugar durante la pubertad, cosa que puede influir fuertemente en el desarrollo de su IC.

Las alteraciones de la IC en las adolescentes suelen centrarse en las características específicas del cuerpo, los más estudiados implican el

peso corporal y la insatisfacción. Sin embargo, otros problemas de IC perturban a las jóvenes adolescentes, como la preocupación acerca de las características faciales, apariencia de la piel, musculatura, acondicionamiento físico y fuerza (Wherteim y Paxton, 2011).

En la actualidad se ha estimado que dos tercios de las mujeres jóvenes están insatisfechas con el tamaño de su cuerpo, la forma o la apariencia. Rovira, Pons, Martínez y Sánchez (2002), encontraron que las chicas consideraban su atractivo físico de un modo negativo. De igual forma, a pesar de las tasas de prevalencia relativamente equivalentes en la obesidad de hombres y mujeres como la de 2003-2004 (Ogden et al, 2006), las chicas obesas presentan niveles más bajos de satisfacción corporal en comparación con los chicos obesos (Huang, Norman, Zabinski, Calfas y Patrick, 2007; Israel e Ivanova, 2002; Toro et al., 2005). Esto induce a las mujeres a estar altamente motivadas por ser atractivas y a valorarse principalmente en términos de su atractivo físico (Maganto y Cruz, 2000, Cruz y Maganto 2002).

Hay múltiples factores que parecen contribuir al desarrollo de la IC y la insatisfacción de la misma (tabla 3). Los investigadores a menudo proporcionan la evidencia de lo que se conoce como el modelo bio-psico-social (Wherteim y Paxton, 2011).

Tabla 3. Modelo bio-psico-social que contribuye al desarrollo de la IC

Factores	Autores
Biológicos: insatisfacción corporal debido a los cambios durante la pubertad	(Burrows y Cooper 2002; Hernández, 2001; Martínez y Gabaldon, 2002)
Sociales: insatisfacción corporal debido a que las características del cuerpo no se ajustan al modelo social "ideal"	(Esteban, 2004; Smolak, 2004)
Psicológicos: conllevan modificaciones conductuales, emocionales y sociales	(Ramos, Rivera y Moreno, 2010)

Las características biológicas y físicas actuales son un elemento fundamental del trastorno de la IC. Éstas pueden tener un resultado directo con la desorientación y la distorsión de la percepción del cuerpo, debido a los cambios drásticos que tienen las jóvenes alrededor de la

pubertad (Burrows y Cooper, 2001). Estos cambios hormonales implican la asociación del ciclo menstrual, así como alteraciones en el tamaño y la forma del cuerpo, incluido el acné, aumento de senos y caderas (Hernández, 2001; Martínez y Gabaldon, 2002). Sin embargo, la mayoría de la insatisfacción corporal surge cuando una de las características del cuerpo no se ajusta a las normas prescritas culturalmente (Esteban, 2004; Smolak, 2004), sobre el tamaño deseable y la forma corporal, dado que el actual ideal de belleza occidental implica un nivel de delgadez que es inalcanzable para la mayoría de las mujeres. El papel de las influencias de los medios ha sido apoyado experimentalmente por estudios en los que las adolescentes asocian el ideal de belleza de mujer con los cuerpos de las modelos que exponen los medios de comunicación. En este sentido, Durkin, Paxton y Sorbello (2007) mostraron que las adolescentes que creían que la apariencia es importante y que con frecuencia comparaban su cuerpo con el de las demás jóvenes eran las más susceptibles a este tipo de influencias. La adolescencia es un periodo de desarrollo en el que los grupos de pares son cada vez más importantes y las opiniones de los amigos pueden comenzar a tener prioridad sobre la de los padres.

Por otra parte, se considera igual de importantes los cambios psicológicos de esta etapa, ya que, son los determinantes de los hábitos saludables presentes y futuros de los adolescentes, hábitos a menudo no muy saludables. Los cambios psicológicos en la adolescencia conllevan modificaciones conductuales, emocionales y sociales. La adolescencia, debido a los cambios biológicos y los intentos de adecuación a los rasgos y características propias de mujeres, está considerada como el período de más tensión y estrés durante la vida (Ramos et al., 2010).

Esta etapa es una época de especial riesgo para las jóvenes que durante este tiempo pueden desarrollar trastornos psicológicos más graves, tales como la anorexia, la bulimia y el trastorno dismórfico corporal, lo que implica una preocupación y angustia por un defecto imaginado o una anomalía física (Wherteim y Paxton, 2011). Los estudios

longitudinales muestran que las alteraciones de la IC son estables y se vuelven más severas en el tiempo (Wertheim, Paxton y Blaney, 2009), por lo que es necesario una comprensión profunda de la IC durante el periodo de la adolescencia.

Los investigadores que trabajan en esta área sugieren que muchas adolescentes dicen que se sienten gordas y quieren perder peso. Wadden Brown, Foster, y Linowitz (1991) argumentaron que las chicas adolescentes están en desacuerdo con sus cuerpos, e informaron que la preocupación del cuerpo es una de las más importantes en la vida de las adolescentes. Esto ha sido reiterado más recientemente por autores como Neichter (2000), quien comenta que la insatisfacción corporal no parece motivar a los comportamientos saludables en el manejo del peso en las adolescentes, pero se ha relacionado con el control de peso poco saludable en los comportamientos y los bajos niveles de AF. Neumark-Sztainer, Paxton, Hannon, Haines, y Story (2006) siguieron a un grupo de 2.516 adolescentes, encontrando que las mujeres jóvenes, muestran menor satisfacción corporal, niveles más altos de dietas, niveles más bajos de ejercicio físico y conductas malsanas de control de peso.

Edad adulta

La insatisfacción corporal representa un descontento por norma, de las mujeres de nuestra sociedad (Puzinsky, 1990 y Rodin, Silberstein y Streigel, 1984). Esta insatisfacción se expresa a través de su deseo de perder peso (Furnham, 2002). Las mujeres son constantemente juzgadas por su atractivo físico determinado principalmente por el peso del cuerpo. Annis, Cash y Hrabosky (2004) realizaron un estudio con 165 mujeres de peso medio estable, sobrepeso y con historial de sobrepeso pero actualmente de peso medio. Los resultados indicaron que el grupo con mejor satisfacción corporal y autoestima era el de peso medio estable y el de peso el de las mujeres obesas.

Sands y Wardle (2003) plantearon la hipótesis de que una vez que un ideal de delgadez es reconocido como el estándar, ya no se puede evitar que se produzca una presión social en este sentido. Estos investigadores propusieron que las intervenciones deben dirigirse a la influencia de los medios de comunicación (Wertheim, Paxton, Schutz y Muir, 1997; Durkin y Paxton, 2002 y Andrist, 2003) y a los compañeros o amigos, ya que estas dos fuentes de información se encuentran en estudio para dar a conocer el “ideal de delgadez”. Raich (2004) presenta que la presión hacia el ideal social de belleza es más grande en mujeres que en hombres. A través de este estudio se puede observar cómo los factores sociales tienen gran relevancia sobre el desarrollo de problemas relacionados con la IC.

Fingeret, Gleaves y Pearson (2004) analizaron las influencias socioculturales, feministas y psicológicas sobre la insatisfacción corporal en mujeres revisando la manera en la que el conocimiento e interiorización de los ideales de belleza, la ideología feminista y la autoestima afectan a la insatisfacción corporal. El estudio se realizó con mujeres de 18 a 64 años. En las conclusiones se refleja la importancia de la interiorización de los modelos sociales de belleza, ya que es esta interiorización la que realmente distingue a las personas más obsesionadas con su imagen, mucho más allá de sus ideologías, estatus social o nivel educativo.

El estudio de Hawkins, Richards, Granley y Stein (2004) revisó los efectos de la exposición al ideal de belleza basado en la delgadez corporal sobre las emociones de las mujeres, la autoestima, la satisfacción corporal, síntomas de trastorno alimentario, y nivel de la interiorización del ideal de belleza basado en la delgadez experimentalmente. Se expuso al azar 145 mujeres universitarias a las revistas populares que contenían fotografías con ideales de belleza delgados o fotografías neutras. La exposición a fotografías con ideales de

belleza delgados incrementó la insatisfacción corporal, el aumento de emociones negativas y el empeoramiento de la autoestima.

Los trastornos de la IC se han encontrado en las mujeres durante toda la vida. Por ejemplo, Lever, Frederick y Peplau (2006) estudiaron 52.677 adultos entre 18 y 65 años, y encontraron que el 21% de las mujeres calificaron su cuerpo poco atractivo, y el 31% evitan usar traje de baño en zonas públicas. En una muestra de 10.021 adultos estadounidenses mayores de 18 años, el 23,6% de las mujeres informaron no estar satisfechas con su tamaño corporal (Kruger, Lee, Ainsworth y Macera, 2008). La insatisfacción con el cuerpo está presente en todas las edades.

Además, parece que la prevalencia de alteraciones de la IC, lamentablemente, ha ido en aumento en el género femenino durante las últimas décadas. Una encuesta realizada entre 1972 y 1996 reveló que la insatisfacción corporal aumentó del 23 al 56% en las mujeres en un lapso de sólo 24 años (Thompson et al., 1999).

Aunque la preocupación del cuerpo puede estar aumentando con cada nueva generación, la investigación sugiere que a largo plazo, la insatisfacción corporal se mantiene relativamente estable durante toda la vida (Grogan, 2006; Reel, SooHoo, Summerhays y Gill, 2008; Tiggermann y Lynch, 2001; Tiggermann, 2004). Por ejemplo, los investigadores han encontrado que la preocupación de las mujeres por el exceso de peso no varía con la edad (Cash y Henry, 1995), ni tampoco su deseo de ser delgadas (Allaz, Bernstein, Rouget, Archinard y Morabia, 1998), su IC global (Paxton y Phythian, 1998), o su nivel de satisfacción con su apariencia.

2.4.1.2. La imagen corporal en el hombre

Adolescencia

La IC es ahora reconocida como un aspecto importante del desarrollo social y emocional en el desarrollo de los adolescentes

varones. Esto se refleja en el aumento del número de estudios (Cohane y Pope, 2001; Pope et al., 2000; McCabe y Ricciardelli, 2004; Cafri et al., 2005; Thompson y Cafri, 2007) que incluyen un enfoque de los adolescentes varones en la literatura.

Aunque los varones adolescentes tienden a estar más satisfechos con su cuerpo que las chicas (Lunde, Frisen y Hwang, 2007), estudios recientes han indicado que el trastorno de la IC es cada vez mayor entre los hombres, siendo la dismorfia muscular, un trastorno más probable en hombre que en mujeres (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997). Por ejemplo, existen presiones socio-culturales en la que los jóvenes se ajustan a una idealizada musculatura. Estas presiones están relacionadas con el ajuste psicológico deficiente, trastornos de la alimentación, el uso de esteroides y la dependencia del ejercicio (McCabe y Ricciardelli, 2004).

Algunas evidencias sugieren que cada vez es más frecuente que los chicos presenten problemas relacionados con el control de peso (Law y Peixoto, 2002; McCabe y Ricciardelli, 2003). Estos últimos autores señalan el nivel tan elevado que está llegando a tomar el descontento con la IC en los chicos, encontrándose aproximadamente que un tercio de ellos desea tener un cuerpo más delgado, mientras que otro tercio desea tener un cuerpo más voluminoso y musculado (Cohane y Pope, 2001).

Hay muy pocos trabajos dedicados a la dieta de los adolescentes como un indicador del deseo de estar más delgados. Conner, Martin, Silverdale y Grogan (1996) estudiaron 321 adolescentes de 11 a 14 años. Aunque los chicos estuvieron en general más satisfechos con sus cuerpos que las chicas y eran menos propensos a las dietas, hubo diferencias significativas de edad en la estima del cuerpo dentro del grupo de los chicos. Los chicos de 13 años fueron significativamente menos satisfechos con su figura que los de 11 años. A través de las entrevistas los chicos de 13 años mostraron que los ideales en cuanto a la forma del cuerpo son muy similares a los ideales de los hombres adultos (Grogan y Richards, 2002).

Estos datos sugieren que los adolescentes presentan un ideal delgado y musculoso que es muy similar al ideal masculino adulto, según lo sugerido por McCabe y Ricciardelli (2001). El buen estado físico está relacionado con la felicidad, y los adolescentes de forma explícita comparan su cuerpo con los de sus amigos. La adolescencia es también un periodo de evaluación externa por los demás. Claramente, la imagen del cuerpo es importante para los jóvenes. Estos adolescentes tienen un ideal claro que corresponde al ideal masculino adulto. Estos chicos incluyen a sus propios cuerpos, como objetos de interés estético. Son reacios a hablar sobre las maneras en que ven sus cuerpos y están mucho más cómodos al hablar de lo que un ajuste de aspecto del cuerpo puede hacer. Estos resultados están apoyados por medio de entrevistas. Ricciardelli et al. (2006) sugieren que el deporte proporciona un contexto para la discusión de la IC y los atributos que a los chicos les gusta de su cuerpo en relación con tener éxito en el deporte. Hargreaves y Tiggemann (2006) entrevistaron a chicos de 14 a 16 años. Informaron que hablar sobre el aspecto de su cuerpo era visto como algo inadecuado para los chicos heterosexuales. Los adolescentes no hablan de sus cuerpo desde el punto de vista estético, preocuparse por el aspecto del cuerpo es visto a menudo como propiamente femenino en las sociedades occidentales (Aoki, 1996), por lo que esta resistencia no es tal vez de extrañar.

Los adolescentes comparten los ideales y los discursos de la forma del cuerpo relacionados con la IC con los adultos del mismo sexo. En la adolescencia para los chicos, lo ideal es estar delgado y musculoso (De Gracia et al., 2007; McArthur et al., 2005; McCabe, Ricciardelli, 2003; Merino et al., 2001; Neumark-Sztainer et al., 1999; Raich, 2004; Raich y Torras, 2002; Ramos et al., 2003). El área del cuerpo que presenta mayor interés para los chicos es la parte superior del cuerpo (Vander Wal y Thelen, 2000). Estas formas de percepción ideal del cuerpo se ven reforzadas por los medios de comunicación de masas y populares iconos culturales (Knauss, Paxton y Alsaker, 2007).

Edad adulta

El estudio de la psicología y la sociología del cuerpo masculino es relativamente reciente. Hasta la década de 1980, el estudio de la IC fue limitado en gran medida a las mujeres. El cuerpo de las mujeres ha sido históricamente representado con mayor frecuencia en los medios de comunicación que el de los hombres. Durante las dos últimas décadas, los psicólogos (Pope et al., 2000; McCabe y Ricciardelli, 2004; Cafri et al., 2005; Thompson y Cafri, 2007) y el sociólogo (Monaghan, 2005) se han interesado cada vez más en la IC del hombre y la personificación masculina. Esto se debe principalmente al hecho de que el cuerpo del hombre se ha convertido en un interés más visible de la cultura popular.

McCabe y Ricciardelli (2004) realizaron una revisión de las investigaciones anteriores sobre la satisfacción corporal de los hombres a lo largo de su vida. Según esta revisión, la insatisfacción corporal masculina ha sido relacionada con el ajuste psicológico deficiente, los trastornos alimentarios, el uso de esteroides, la dependencia del ejercicio, entre otros componentes relacionados con la salud. La evaluación de la insatisfacción corporal se divide en función de la etapa a la que se dirige: niños, adolescentes y adultos. Los resultados indican que hay semejanzas entre los niveles de la insatisfacción corporal entre niños y niñas. Aunque el género masculino muestra mayores niveles de satisfacción corporal. Durante la adolescencia, los jóvenes están aproximadamente divididos entre querer perder peso y ganar peso, pero hay pocos estudios que han revisado el deseo de ganar músculo en adolescentes. En la vida adulta, los hombres en cambio desean en su gran mayoría perder peso a través de la revisión de la mayoría de estudios, aunque hay un porcentaje significativo de hombre satisfechos con su peso y cuerpo.

Markey y Markey (2005) en un estudio estadístico con hombres jóvenes encontró que la una dieta sana o poco saludable indistintamente se asocia a una baja IC, aunque también encontraron que los motivos

para realizar la dieta eran distintos. Este estudio refleja las diferentes socializaciones existentes entre la baja autoestima, mala alimentación e IC negativa.

El estudio de Strong (2005) investigó la satisfacción corporal de 110 hombres expuestos a fotos de ideales de belleza masculina delgada y musculados. El estudio concluyó que la satisfacción corporal global, la satisfacción con el tono muscular y la satisfacción por el aspecto de algunas partes del cuerpo se redujeron considerablemente en presencia de estos modelos masculinos de belleza provenientes de medios de comunicación.

2.4.2. Índice de Masa Corporal e imagen corporal

En 1975, la llamada “Conferencia Fogarty” propuso el empleo del índice IMC, definido por el belga Quetelet en 1869 como el cociente peso (kg)/ talla (m) elevada al cuadrado, buscando un marcador que permitiera comparar distintos trabajos. El IMC es el parámetro más frecuentemente usado para el cribado del exceso de peso porque es fácil de determinar y tiende a correlacionarse bien con la grasa corporal (Serra-Majem et al., 2002).

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (m)}$$

La OMS (1995, 2000, 2004) (tabla 4) ha definido la obesidad a partir de los 18 años como un IMC igual o superior a 30 kg/m² y al sobrepeso con un IMC igual o superior a 25 kg/m². Sin embargo, en sujetos menores a 18 años estos valores no se pueden utilizar ya que el IMC en la infancia cambia sustancialmente con la edad (Cole, Freeman y Preece 1995).

Tabla 4. Clasificación internacional de la OMS del estado nutricional corporal en función del IMC (OMS, 1995, 2000, 2004)

Clasificación	IMC	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	< 18,50	< 18,50
Delgadez severa	< 16,00	< 16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
		30,00 - 34,99
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obesidad tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obesidad tipo III	≥40,00	≥40,00

En España, existen también tablas elaboradas por Hernández et al. (1988). Estas definen el sobrepeso a partir del percentil 85 y la obesidad a partir del percentil 97. Por su parte, Cole et al. (2000) elaboran unas tablas de referencia del IMC para niños que permiten fácilmente comparaciones internacionales. Proponen definir el sobrepeso y a la obesidad (tabla 5) no a partir de un percentil determinado sino a partir del valor que determina el IMC 25 kg/m² (sobrepeso) a los 18 años o el IMC 30 kg/m² (obesidad) a la misma edad e ir disminuyendo su valor progresivamente hasta los dos años.

Tabla 5. Puntos de corte internacionales del IMC para sobrepeso y obesidad según sexo de 2 a 18 años, definidos a través del valor que determina el IMC de 25 y 30 kg/m² a los 18 años.

Edad	IMC 25 kg/m ²		IMC 30 kg/m ²	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	19,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
1,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

A pesar de ser las chicas las que tienen mayor prevalencia de padecer perturbaciones de la IC y llevar a cabo un mayor número de conductas destinadas al control de peso, algunos expertos señalan que las chicas poseen una puntuación en IMC más ajustada que los chicos (Ivarsson, Svalander, Litlere y Nevonen, 2006; Moreno, Muñoz, Pérez y Sánchez, 2005; Moreno, 2006). No obstante, existen evidencias que sugieren que cada vez es más frecuente que los chicos presentes

problemas relacionado con el control de peso (Law y Peixoto, 2002; McCabe y Ricciardelli, 2003). Estos últimos autores señalan el nivel tan elevado que está llegando a tomar la insatisfacción con la IC en los chicos, encontrándose que aproximadamente un tercio de ellos desean tener un cuerpo más delgado, mientras que otro tercio desea un cuerpo más musculado.

En la literatura científica encontramos trabajos que han considerado las variables IMC e IC, encontrando resultados bastante contradictorios. En algunos, se señala al IMC como un indicador muy importante para predecir la satisfacción corporal (Jones, 2004; Stice y Whitenton, 2002). Se destaca en ellos que aquellas personas con un IMC de sobrepeso u obesidad poseen una mayor insatisfacción corporal y que la variación del IMC a valores más altos, produce una disminución de la satisfacción corporal. Sin embargo, otras investigaciones contradicen estos resultados al no encontrar diferencias significativas que relacionen la insatisfacción corporal y el IMC (Murdey, Cameron, Biddle, Mashall y Gorely, 2005).

Mataix Verdú et al. (2000), en su estudio “Valoración del estado nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía”, en el cual participaron, 3.528 sujetos, utilizó los criterios que propugna la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO, 2000), la cual establece el punto de corte de normalidad en un IMC de 25. Confirma que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en dicha comunidad, es superior a la media española. El 31% de las mujeres y el 45,9% de hombres andaluces entre 25 a 60 años, presentan sobrepeso (IMC entre 25 y 29,9 Kg /m²) y el 23,3% de las mujeres y el 19,9% de los hombres, presentan obesidad (IMC superior o igual a 30 Kg/ m²).

Grasso (2001), en “IMC para el diagnóstico de sobrepeso en adolescentes” estudió la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 12-14 años, según distintos métodos diagnósticos. Observó que la proporción de adolescentes con sobrepeso y obesidad

diagnosticada por IMC, utilizando como referencia a Rolland-Cachera et al. (1984) es de 41%, y cuando las compara con Cole et al. (2000) es del 32%.

Aranceta et al. (2003), en "Prevalencia de la obesidad en España: Estudio SEEDO 2000", determinan que la prevalencia de la obesidad en la población española es de 15,8% en las mujeres, y de 11,5% en hombres.

En el estudio enKid (Serra-Majem y Aranceta, 2004), el tamaño de la muestra estudiada fue de 3534 individuos residentes en España de 2 a 24 años. Se tomó como punto de corte correspondiente a los percentiles 85 (sobrepeso) y 97 (obesidad) por edad y sexo, según los valores publicados por Hernández et al. (1988). La prevalencia de obesidad en España es del 13,9% según el percentil 97, siendo mayor en varones que en mujeres, y en Andalucía, Canarias y Levante; la de sobrepeso según percentil 85, es del 26,3%.

En el estudio Avena (Moreno et al., 2005) describieron la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adolescente española, comparando los resultados con fechas anteriores. La prevalencia de obesidad y sobrepeso fueron de 25,69 y 19,13% en los chicos y chicas, respectivamente. En los hombres, la prevalencia de sobrepeso y obesidad cambió a partir de 1985 a 2000-2002 del 13 a 35%, y en mujeres del 16 al 32%. La tasa de cambio parece aumentar en los últimos años, de 0,88 en varones y de 0,5 en mujeres adolescentes.

Se ha encontrado una asociación directa entre el IMC y la insatisfacción corporal (Blowers et al., 2003). Diversos estudios han mostrado que los sujetos con sobrepeso tienen mayor posibilidad de estar insatisfechos con su IC y tratan de perder peso (Vander Wal y Thelen, 2000; Robinson, Chang, Haydel y Killen 2001, Packard y Krogstrand, 2002). Esto podría ser porque los sujetos con sobrepeso son estigmatizados y perciben una presión social mayor relacionada con los estándares de ideal de delgadez. La presión por la delgadez mediante los

comentarios persuasivos establece la importancia de realizar dietas restrictivas. Por tanto, los sujetos con sobrepeso tienen mayor probabilidad de desarrollar alteraciones en los hábitos alimentarios o algún síntoma de anorexia (AN) o bulimia (BN) (Rukavina y Pokrajac-Bulian, 2006).

Por otra parte, Fe y Allison (1996) concluyeron que no existe una relación directa entre el IMC y la insatisfacción o la distorsión de la IC. Nunes, Olinto, Barros y Camey (2001) comprobaron que la percepción del cuerpo en relación al peso desempeña un papel más importante en la determinación de los hábitos alimentarios anormales que en el IMC.

2.5. ACTIVIDAD FÍSICA E IMAGEN CORPORAL

El estilo de vida actual, basado en tecnologías avanzadas, contribuye a la disminución de los niveles de AF y ocio, un fenómeno asociado con el aumento del consumo de alimentos hipercalóricos y la obesidad. Al mismo tiempo, las presiones sociales empujan hacia la delgadez, según los estándares rígidos de belleza que demanda cada vez más perfiles antropométricos delgados (Bosi, Luis, Morgado, Costa y Carvalho, 2006). De hecho, las representaciones sociales de los cuerpos ideales están ancladas en las imágenes de la juventud, la belleza y la salud, siendo los medios de comunicación los que perpetúan esta “obsesión por la apariencia” de la que la sociedad se construye.

2.5.1. Aproximación conceptual del término actividad física-salud

Concepto de Salud

Son muchas las definiciones existentes en la conceptualización del término salud, realizadas por diferentes instituciones y autores y enfocada desde puntos de vista distintos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) define la salud como *“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la*

ausencia de enfermedad". De acuerdo con ello, fomentar la salud se centra en la persona como un todo de manera física, mental y social. Se matiza más la dimensión social, en cuanto a la capacidad para desenvolver las facultades personales en armonía y relación con su propio entorno.

En cuanto a estas dimensiones de la salud (física, mental y social), se pueden observar según Bouchard, Shephard, Sutton y McPherson (1990) dos extremos definitivamente contrapuestos: por una parte, un estado positivo, y por otra, un estado negativo. Frente al paradigma de salud perfecta o enfermedad, este modelo plantea la posibilidad de muy diversos estados de salud de acuerdo a la ubicación del individuo correspondiente a cada una de las dimensiones que definen la salud (Sánchez Bañuelos, 1996).

Salleras (1985), corrobora que la salud se puede entender como un continuo que oscila entre un polo positivo de bienestar y otro negativo de enfermedad, permitiendo profundizar en la comprensión de la salud.

Esta manera de entender la salud a pesar de mostrar distintos niveles a lo largo del continuo, presenta una línea divisoria entre la enfermedad y el bienestar como si hubiera una separación entre ambas. Pero en la realidad se encuentran personas que conviven con distintos grados de enfermedad y bienestar, por lo que conviene representar la salud de forma más compleja a través del "cuadrante de la salud" expresado en la figura 7 (Devís et al., 2000).

Se diferencian cuatro grupos posibles que combinan de forma diferente la enfermedad y el bienestar:

- El primer cuadrante lo conforman personas con bienestar alto y enfermedad baja, que sería el estado de salud óptimo.
- El segundo cuadrante, personas con bienestar y enfermedad altos (personas que se sienten bien pero desconocen la existencia de una enfermedad mortal).

- El tercer cuadrante se refiere a personas con bajo nivel de bienestar y enfermedad alta, factores que caracterizan el nivel más desfavorecedor de salud.
- El cuarto cuadrante, es de personas con baja enfermedad y bajo bienestar caracterizado por ausencia de enfermedad a pesar de que se sienten infelices por diversas causas.

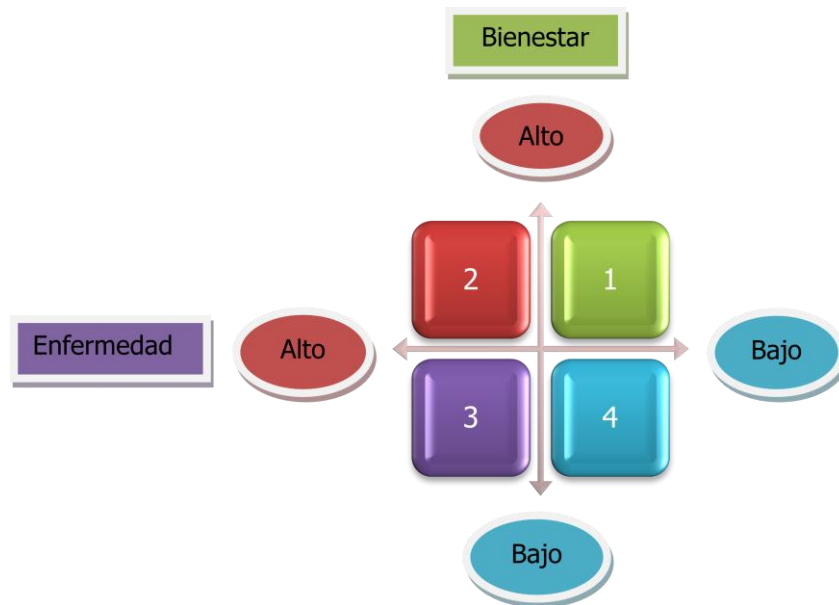


Figura 7. El cuadrante de la salud (Devís et al., 2000)

El cuadrante muestra que las personas tenemos niveles distintos de salud a lo largo de nuestra vida. Tener un estado de salud óptimo depende de factores personales, condiciones sociales, culturales y medioambientales (Devís et al., 2000).

Conservar la salud y prevenir la enfermedad exige conocer cuáles y cuántos son los factores involucrados en su producción la forma de evitarlos, renunciando a ciertos hábitos muy extendidos, como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, determinada alimentación, sedentarismo, entre otras (Casimiro, 1999).

Concepto de actividad física

La AF es un componente clave del balance de energía y se debe promover en los niños y adolescentes como un comportamiento de salud para una vida positiva (Kohl y Hobb, 1998). La AF se define como cualquier movimiento corporal producido por la contracción de los músculos esqueléticos que aumentan el gasto energético por encima del nivel basal (Casperson, Powell y Christenson, 1985).

Casperson et al. (1985) definen AF como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que requiere un cierto gasto energético. La OMS define “*AF habitual*” como “*el nivel y patrón de consumo de energía durante las actividades cotidianas de la vida, incluyendo las de trabajo y ocio*”.

La AF es un medio eficaz para mejorar la salud, la función y la calidad de vida. Enriquecer y aumentar la vida de las personas a través de la AF se puede lograr, física, social y psicológicamente. De acuerdo con Pérez Samaniego (1999), los estudios muestran que los jóvenes se benefician claramente del ejercicio. La AF regular durante la infancia y la juventud puede prevenir incluso el desarrollo de las condiciones en la vida adulta en el que la AF forma parte de un complejo multi-factorial.

Las relaciones entre la AF y la salud agrupan un conjunto de factores biológicos, personales y socioculturales. Dependiendo de la manera de entender cada uno de ellos pueden establecerse diferentes concepciones de las relaciones entre la AF y la salud. Desde una concepción terapéutico-preventiva, la AF es considerada fundamentalmente como un remedio para curar o prevenir enfermedades diversas (Pérez Samaniego y Devís, 2003). No obstante, la relación entre AF y salud también puede concebirse en relación con una percepción subjetiva de salud que redunde en el bienestar. La calidad de vida se convierte en el referente cualitativo de la AF relacionada con la salud (Devís et al., 2000; Stathi, Fox y McKenna, 2002).

Partiendo de la conceptualización que hacen Pate et al. (1991) de las relaciones entre AF, condición física y salud, distinguimos dos perspectivas para orientar la promoción de AF relacionada con la salud: la perspectiva de resultado y la perspectiva de proceso.

Desde la perspectiva de resultado, la práctica de AF se considera como un medio para mejorar la salud, entendida como ausencia de enfermedad (Pérez Samaniego, 1999). La función de la AF sería la de curar o evitar la aparición de enfermedades, especialmente aquellas que se asocian con el sedentarismo (enfermedades hipocinéticas). La práctica de AF se justifica o se valora en la medida en que provoca dichas adaptaciones, es decir, en la medida en que mejora o mantiene la condición física relacionada con la salud. La condición física se convierte así en el principal nexo de unión entre AF y salud. Como consecuencia, las propuestas prácticas se articulan en torno a variables cuantitativas (frecuencia, intensidad, tiempo, tipo de actividad) que permiten determinar objetivamente cómo se mejora o se mantiene la condición física e, indirectamente, la salud (Delgado y Tercedor, 2002).

Desde la perspectiva de proceso la AF se considera fundamentalmente una experiencia personal y una práctica sociocultural, enfatizándose el potencial beneficio de la práctica de AF en el bienestar de las personas, las comunidades y el medio ambiente. La salud se vincula al concepto de calidad de vida, es decir, la percepción por parte de los individuos o los grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niega oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal. Desde esta perspectiva, la AF, además de poder prevenir o curar enfermedades, encierra potencialmente otros beneficios saludables que no se traducen en adaptaciones orgánicas. Además de sus potenciales efectos en el funcionamiento de los sistemas orgánicos, la práctica de AF permite entrar en contacto con uno mismo, conocer a otras personas o, simplemente, disfrutar 'porque sí' de la práctica de las actividades.

2.5.2. Actividad física e imagen corporal

Las conductas sedentarias, inducidas por la evolución de la tecnología, son siempre uno de los predictores más fuertes de la obesidad de los adolescentes (Saelens, 2003), además con una tendencia al cambio ínfima (Varo et al., 2003). Se ha sugerido que ver la televisión, así como otras conductas populares sedentarias como la informática y el uso de videojuegos, en detrimento del tiempo dedicado a participar en actividades físicas (Caroli, Argentieri, Cardone y Masi, 2004; Epstein, Roemmich, Paluch y Raynor, 2005; Vicente Rodríguez et al., 2008), puede llevar al ser humano a volverse inactivo y a contraer las enfermedades provocadas por las hipocinesias (Matsudo et al., 2002).

Esta ausencia de AF se ha relacionado con la mortalidad general (Patrick et al., 2004). Estudios como el de Ruiz, Salinero, Webster y Aznar (2006) nos muestran cómo un aumento de los niveles de ejercicio físico de intensidad moderada o vigorosa puede dar lugar a numerosos beneficios para la salud. Aparte de estos beneficios saludables a corto plazo, se sabe que los hábitos de AF en la infancia y adolescencia suelen mantenerse hasta la vida adulta (Telema et al., 2005), por lo que, además, es de esperar que estos beneficios se presenten también a largo plazo (Schaller et al., 2005). Dado el potencial de la AF para la mejorar física y psicológica, los investigadores cada vez están más interesados en la utilidad del ejercicio para mejorar la IC.

Así como la AF ha sido asociada con ciertos resultados positivos para la salud, el comportamiento sedentario se ha asociado con resultados adversos en la salud de los jóvenes. Cada vez es mayor el número de adolescentes (Loureiro, Matos, Calmeiro y Diniz, 2009; Sallis, 2000) que llevan una vida sedentaria y como consecuencia cada vez es mayor también su IMC (Berkey et al., 2000). Las niñas en este estudio mostraron más de 3 horas diarias dedicadas a actividades sedentarias en comparación con los varones que informaron pasar más de 4 horas al día realizando actividades sedentarias.

En nuestro país se han llevado a cabo numerosos estudios, que han analizado la práctica de AF en población escolar (Cantera, 1997; Casimiro, 1999; Chillón, 2005; García Ferrando, 1993; Tercedor, 1998), detectando importantes carencias de la misma. De entre todos estos estudios algunos han llegado a analizar la práctica realizada junto a otras conductas que generalmente van asociadas al estilo de vida de los escolares (Casimiro, 1999; Mendoza, Sagrera y Batista, 1994; Tercedor, 1998).

Al igual que la AF, las diferencias de género en los comportamientos sedentarios también se han documentado. Las investigaciones indican que las chicas tienen niveles más bajos de AF en comparación con los varones (Duncan, Woodfield, Al-Nakeeb y Nevill, 2002; Pate et al., 2010; Sallis, Zakarian, Hovell y Hfstetter, 1996). Hardy, Bass y Booth (2007) en un estudio con 200 niñas de entre 12 y 15 años, mostraron que las chicas de 12 años pasaron el 45% de su tiempo libre de manera sedentaria en comparación con las de 15 años que pasaron el 63%.

Las investigaciones han demostrado que, con anterioridad a edades comprendidas entre 11 y 12 años, la gran mayoría de niños y niñas esperan con ansiedad las clases de EF de su escuela o a participar en actividades extraescolares. Sin embargo, los datos como hemos comentado son muy consistentes en mostrar que la participación en la práctica de AF ha disminuido.

Siguiendo en la misma línea, no son menos importantes las diferencias de edad en relación con el sedentarismo. Aunque la mayoría de los chicos no están cumpliendo con los niveles de AF recomendados, los adolescentes y las mujeres tienen más probabilidades de no cumplir con las directrices en comparación con los niños más pequeños y los hombres. En un meta análisis que estudia los niveles de AF, los sujetos de 6 a 7 años eran más activos (46 minutos por día) en comparación con los de 10 a 16 años (16 a 45 minutos por día) (Sallis, 1993).

De hecho, la investigación ha demostrado que los niños gastan en la actualidad sólo el 1,4% de su jornada (Strauss, Rodzilsky, Burack y Colin, 2001) aproximadamente de 8 a 12 minutos en la práctica de actividad vigorosa o aeróbica.

En una muestra de 54.000 jóvenes de secundaria, la participación en EF tuvo una disminución del 57% entre el 8º y el 12º grado (Johnson, Delva y O'Malley, 2007). Hay también evidencias de que los niveles consistentemente bajos de AF en la infancia y adolescencia pueden tener implicaciones a largo plazo, ya que los hábitos de AF siguen en la edad adulta (Friedman et al., 2008).

Las investigaciones destacan impactos negativos y a largo plazo en el bienestar de los adolescentes debido al aumento general de la conducta sedentaria y los niveles cada vez más insuficientes de AF (Bauman et al., 2012; Piko y Keresztes, 2006).

Efectos de la actividad física en la imagen corporal

Diversos estudios reflejan los beneficios que proporcionan la práctica de AFD (tabla 6) en el ámbito físico, fisiológico y psicológico para la salud (Alfermann y Stoll, 2000; Fox, 2000 y Strong et al., 2005).

La idea de que la AF es un factor determinante en la grasa corporal de los individuos, aparentemente se apoya por la lógica de una ecuación de balance de energía e informes empíricos de las asociaciones entre adiposidad y actividad (Ness et al., 2007).

Tabla 6. Estudios que demuestran los beneficios de la AF para la salud

Beneficios	Autores
Reducción en la adiposidad en personas con sobrepeso	(Goran, Reynolds y Lindquist, 1999; Bergman, Ader, Huecking y Van Citters, 2002)
Reducciones de presión arterial sistólica y diastólica en adolescentes hipertensos	(McTiernan, Ulrich y Potter, 1998)
Aumento del contenido mineral óseo y la densidad mineral ósea	(Stallings, 1997; Lysen y Walker, 1997)
Aumento de la autoestima y el autoconcepto, así como una disminución de la ansiedad y depresión	(Calfas y Taylos, 1994; Serra et al., 1994)

Los individuos con sobrepeso u obesos son más propensos al sedentarismo y a que no estén condicionados que aquellos con peso normal, sin embargo la AF parece proteger contra la morbilidad por enfermedades crónicas y la mortalidad, mismo en ese subgrupo de la población, considerado obeso (Brodney, Blair y Lee, 2003).

El exceso de peso para los obesos puede ser la principal barrera para adopción de AF regular, pero existen otras barreras adicionales como: experiencias negativas previas, posibilidad de caer en el ridículo, y tener sentimientos inadecuados.

La participación en actividades físicas se ha vinculado con la mejora de la IC (Burgess, Grogan y Burwitz, 2006; Goldfield, Mallory y Parker, 2007; Williams y Cash, 2001).

Martin Ginis, Bassett y Conlin (2012), en la revisión de la literatura identifican 13 estudios que examinan los posibles mecanismos relacionados con la AF que ejercen mejora sobre la IC. Los cambios en la composición corporal eran los más estudiados (11 estudios), seguidos de la aptitud aeróbica (6 estudios) y de la fuerza muscular (4 estudios). En su estudio mostraron que el cambio en la composición corporal está relacionado de manera inconsistente con el cambio que se produce en la IC por el ejercicio inducido. Sólo seis de los once estudios manifestaron una relación significativa entre estas variables. Por lo tanto, una mayor disminución en el peso corporal y en la grasa corporal, no lleva necesariamente a mejoras en la IC. De los estudios que revelaron una relación significativa, los cambios en la composición corporal representaban menos del 15% de la varianza en el cambio de la IC. En este sentido, Ortega et al. (2008) proponen además que los cambios en la apariencia son debidos al aumento de la AF y la disminución de la masa corporal. Esto puede mejorar la IC, entre otros indicadores sociales.

Del mismo modo, Martin Ginis et al. (2012) en su estudio publicaron que las mejoras en la aptitud aeróbica y la fuerza muscular no tenían una relación intensa con el cambio de la IC. Menos de un tercio de

los estudios alcanzaron relaciones significativas entre estas variables. Los cambios significativos en la capacidad aeróbica y la fuerza representaron por lo general menos del 20% en el cambio de la IC. Tomados en conjunto, estos hallazgos sugieren que, en el mejor de los casos, los cambios físicos juegan un papel menor en la explicación de los efectos del ejercicio sobre la IC. Así, la suposición que los cambios inducidos por el ejercicio físico son los responsables de las mejoras en la IC se ve desafiada por la evidencia.

Es posible, sin embargo, que los cambios percibidos en la aptitud (es decir, la percepción de mejoras en la pérdida de peso, tono muscular, fuerza y resistencia) puedan dar lugar a mejoras en la IC, esto explicaría el estudio anteriormente descrito. Sólo un estudio ha examinado esta posibilidad, Martin Ginis, Eng, Arbour, Hartman y Phillips (2005) estudiaron a hombres y mujeres que participaron en un programa de cinco días a la semana de entrenamiento durante 12 semanas. Entre los hombres, la mejora de la IC se asoció con la percepción, pero no real, del aumento de la musculatura y fuerza, y se perciben, pero no de manera real, la disminución de la grasa corporal. Entre las mujeres, la mejora de la IC se asoció con aumentos reales o aparentes en fuerza, y percibieron, de manera no real, cambios en la musculatura y la grasa corporal. Estos hallazgos sugieren que en la medida en que las personas creen que su cuerpo ha cambiado (como resultado de su comportamiento respecto al ejercicio), se produce un mayor impacto en la IC que el grado en que su cuerpo de forma objetiva en realidad ha cambiado. Presumiblemente, a diferencia de las medidas objetivas de aptitud, las medidas de aptitud percibida capturan el significado del cambio en el deportista. Cuando los deportistas perciben una transformación significativa en su cuerpo, la imagen del cuerpo es más probable que mejore.

De acuerdo con Sonstroem (1997) el aumento de la autoeficacia física es otro mecanismo por el que el ejercicio puede mejorar la IC. La autoeficacia física se refiere a las creencias acerca de las capacidades

propias para realizar determinadas tareas físicas, así como las creencias sobre la propia condición física. Los cambios relacionados con el ejercicio en la auto-eficacia reflejan el sentido de control personal, el dominio físico, y la competencia que se obtiene de la participación del ejercicio.

Estos efectos positivos en relación a la IC se pueden extrapolar a toda la población de diferentes edades y género. Nosotros vamos a centrarnos en etapa de la adolescencia. La práctica regular de AF puede mejorar la salud de los adolescentes por tres razones: la primera porque puede conducir a la creación de hábitos de AF que pueden llegar a más en la edad adulta, la segunda que puede contribuir al esto general de salud y la tercera porque puede tener una función preventiva de algunas enfermedades en la etapa adulta.

Según Bar-Or (1995) existen razones para alentar a los jóvenes para que sean físicamente activos. La AF regular durante la infancia y la juventud conlleva a la creación de hábitos de práctica regular que podrían persistir con mayor probabilidad en la edad adulta.

De igual manera, los jóvenes que participan en AF o deportes pueden beneficiarse de manera social. La AF desarrolla las habilidades sociales (Young, 1990). Con dicha actividad se puede conocer gente nueva, establecer relaciones duraderas e incluso aprender a cooperar con los demás.

Hay beneficios de la AF que afectan a la IC y la autoestima. Esta relación se construye de una manera positiva. Las experiencias exitosas en la AFD también pueden fomentar la confianza, la autoestima y una IC positiva (Jaffe y Manzer, 1992) cualidades personales que los adolescentes en particular necesitan. Los beneficios potenciales de autoconcepto, autoestima e IC que proporciona la AF son especialmente importantes para el bienestar emocional de las personas.

Las personas que se preocupan por su CF y por su salud, tienen más sentimientos positivos sobre su aspecto y tienen una vinculación más estrecha con la satisfacción de su IC (Cash et al., 2004). Es más

probable, que las personas que se centran más en su apariencia realicen AF, pero en el momento en que la AF no ayude a cambiar la forma del cuerpo en un cuerpo “ideal”, la insatisfacción corporal se ve afectada (Davis y Cowles, 1991). Hay efectos inmediatos que proporciona la AF y que genera confianza en las personas, tales como la autoestima, el nivel de CF y la conciencia corporal positiva.

Singer (1992), muestra que la práctica de AF tiene muchas recompensas psicológicas incluyendo, mejorar la IC, tener más confianza en sí mismo y cambios positivos en el estado de ánimo.

Campbell y Hausenblas (2009) en un meta-análisis muestran que las personas que tienen sobrepeso o son obesos y se someten a intervenciones de AF tienden a obtener mayores mejoras en la IC que las personas que tienen un peso normal. Entonces se deduce que la práctica de ejercicio puede ser especialmente beneficiosa para las personas cuya IC puede verse amenazada por la enfermedad o discapacidad.

Basta analizar la literatura científica, las prácticas propuestas en los libros de texto o las indicaciones que suelen darse con el fin de promocionar la práctica de AF, para comprobar cómo, explícita o implícitamente, en su gran mayoría responden a la perspectiva de resultado. Esta valoración exclusiva de los efectos de la práctica, enmarcada en un contexto en el que el ‘más’ significa ‘mejor’, ha provocado profundas distorsiones en las relaciones entre la AF y la salud (López Miñarro, García Ibarra, 2001, López Miñarro, 2002, Pérez-Samaniego, 2001). Concretamente, durante mucho tiempo se ha sustentado la idea de que existía una relación directa entre cantidad de AF y beneficios para la salud. O, en otras palabras, cuanta más AF, mejor salud. Sin embargo, hoy día se cuestiona abiertamente la relación entre beneficios para la salud y altas cantidades e intensidades de AF. Así se observa en la evolución de las recomendaciones de ejercicio para la salud que hace la prestigiosa *Guía para la prescripción y evaluación del ejercicio* del Colegio Americano de Medicina del Deporte (1999). Se

aprecia una evolución desde las recomendaciones de AF vigorosa y concentrada en sesiones de práctica intensa a otro patrón de práctica más moderada y dispersa. En cambio, se sugiere que existe una relación entre la AF y los efectos funcionales en la salud desde el primer momento de la práctica. El lema que preside las nuevas orientaciones médicas vendría a ser “hacer algo de AF es mejor que no hacer nada”.

Tipo de actividad física eficaz y recomendaciones para las intervenciones en el cambio de la imagen corporal

La prescripción del ejercicio por lo general constan de cuatro componentes: frecuencia, intensidad, tiempo y tipo (comúnmente conocido como los "principios" FITT). La frecuencia se refiere al número de sesiones de ejercicio prescritos durante un período determinado (por ejemplo, cinco sesiones por semana). La intensidad se refiere al nivel de esfuerzo requerido durante el ejercicio (por ejemplo, leve, moderado, o de alta intensidad). El tiempo es la duración prescrita de ejercicios para un sesión dada (por ejemplo, 30 minutos). Y el tipo se refiere a la modalidad específica de ejercicio (por ejemplo, ejercicio aeróbico) (Martin Ginis y Bassett, 2011). Muy pocos estudios han comparado los efectos de diferentes tipos de prescripción del ejercicio sobre los cambios en la IC. En consecuencia, lo que se sabe acerca de la prescripción del ejercicio se deriva de un meta-análisis que han comparado estadísticamente los tamaños del efecto entre los estudios con características diferentes FITT.

Campbell y Hausenblas (2009) han publicado uno de los más recientes y completos meta-análisis de los efectos de las intervenciones de AF con la IC. En el meta-análisis incluye 57 estudios que tienen tanto intervenciones con AF y condiciones de control. A partir de los resultados de Campbell y Hausenblas (2009), en la tabla 7 se pueden ver las recomendaciones preliminares para la prescripción de ejercicio con el fin de mejorar la IC.

Tabla 7. Recomendaciones preliminares para la prescripción de ejercicio con el fin de mejorar la IC (Campbell y Hausenblas, 2009)

Principios	Recomendaciones
Frecuencia	Se asocia positivamente con el cambio de la IC. La personas van a obtener mayores mejoras en IC cuanto más días por semana practiquen AF.
Intensidad	Meta-análisis anteriores mostraron que el ejercicio de leve intensidad no tiene prácticamente ningún efecto sobre el cambio de la IC. Campbell y Hausenblas (2009) encontraron que una intensidad moderada y vigorosa del ejercicio produce efectos similares y positivos sobre la IC. Por lo tanto, el ejercicio se debe realizar por lo menos a una intensidad moderada a fin de producir cambios en la IC.
Tipo	El tipo de ejercicio o AF no cambia moderadamente la IC. El ejercicio aeróbico, entrenamiento de fuerza y el ejercicio combinado aeróbico/entrenamiento de fuerza son igualmente eficaces.
Tiempo	No hay relación entre la duración de las del sesiones ejercicio y el cambio de la IC. El ejercicio que se realiza con una duración corta o más larga produce mejoras similares en la IC.

Existen al menos tres elementos de programación que se deben tener en cuenta a la hora de diseñar una intervención de AF para mejorar la IC (figura 8). En primer lugar, en cuanto a la prescripción, la AF se debe llevar a cabo con frecuencia (directrices de salud pública recomiendan hacer ejercicio casi todos los días de la semana) y con una intensidad de moderada a vigorosa. Respecto a la intensidad, al menos será de carácter moderado para lograr mejoras en la IC como consecuencia de la forma física percibida, además de en la aptitud real. Con respecto al tipo de ejercicio, el meta-análisis evidencia que todos los tipos de ejercicio son igualmente eficaces. Sin embargo, instamos a los intervencionistas a considerar objetivos y preferencias de los deportistas a la hora de desarrollar las intervenciones de ejercicios para mejorar la IC (Campbell y Hausenblas, 2009).

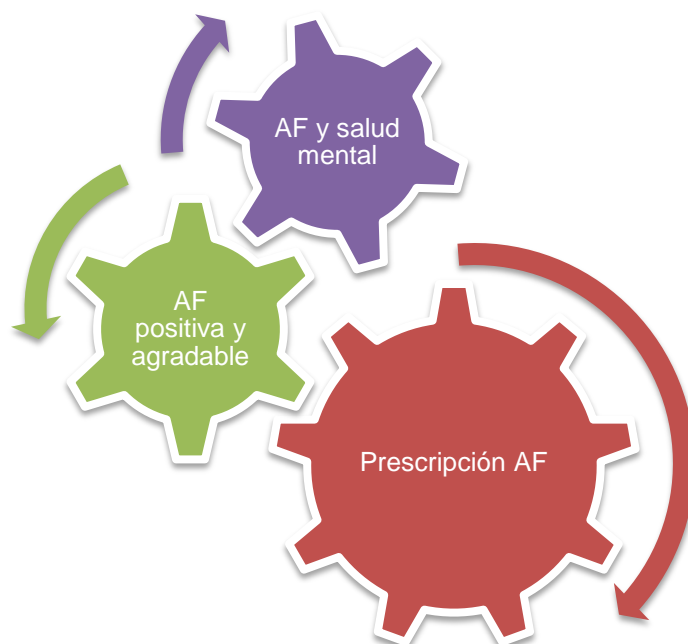


Figura 8. Elementos de programación que se deben tener en cuenta a la hora de diseñar una intervención de AF para mejorarla IC

En segundo lugar, los intervencionistas deben asegurarse de que las actividades que prescriben son agradables. Alguna evidencia sugiere que el disfrute del ejercicio está positivamente asociado con el cambio de la IC. La gente que disfruta de sus entrenamientos puede ejercer más y más eficazmente que los que no disfrutaban de hacer ejercicio, cosechando así una mayor mejora en el objetivo y la percepción de fitness, así como en la auto-eficacia. También pueden conseguir mejores estados de ánimo después del ejercicio, que posteriormente podrían conducir a más sentimientos positivos acerca de uno mismo y del cuerpo.

En tercer lugar, se sugiere que los profesionales de la AF deben hacer hincapié en el ejercicio físico y en la salud mental que implican los beneficios de la AF. Los programas deben de ayudar a las personas para que sean realistas y se propongan metas alcanzables. Hay que enseñar a valorar el progreso en términos de mejoras de aptitud funcional, y a tener

una actitud más positiva sobre el impacto de la IC. Además, las personas que se dan cuenta de los beneficios intrínsecos y los placeres del ejercicio son más propensas a cumplir un régimen de ejercicio a largo plazo, que las personas que están motivadas principalmente por el deseo de perder peso y esculpir su cuerpo. Ayudar a los deportistas a desviar la atención sobre su apariencia puede contribuir a mejorar la IC.

Investigaciones actuales que relacionan la actividad física con la imagen corporal

Por lo general, hay dos categorías en las que la investigación sobre la IC y la AF se centra. Los estudios de intervención y los de correlación. Los primeros, el método de uso menos frecuente de la investigación, utiliza diseños experimentales o cuasi-experimentales con la IC como variable dependiente y la AF como la intervención (Janicke et al., 2008; Duncan, Al-Nakeeb y Nevill, 2009). En los estudios de correlación se utilizan cuestionarios para determinar los niveles de IC y compararlos con los niveles ya sean real o percibido de AF (Abbott y Barber, 2011; Arbinaga y Caracuel, 2008; Carraça et al., 2012; Greenleaf, Boyer y Petrie, 2009). La información de las investigaciones que se muestra en la tabla 8 ha sido extraída de bases de datos informatizadas (ISI web of Knowledge, Scopus, Sportdiscus) de los últimos cinco años, es decir desde 2008 a 2012.

Una gran cantidad de investigaciones sugieren que a mayores niveles de AF, mayor es la satisfacción corporal, mayor es la satisfacción con el peso y mayores son las actitudes favorables respecto a la condición física y la salud. Pelegrini y Petrosky (2009) estudiaron la prevalencia de la inactividad física y su asociación con el estado nutricional y la insatisfacción corporal en 595 adolescentes en edad escolar con una edad de 14 a 18 años. La prevalencia de inactividad física fue mayor en mujeres que en hombres.

Tabla 8. Investigaciones actuales que relacionan la AF con la IC

ESTUDIO	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO IC	INSTRUMENTO AF
Arbinaga y Caracuel (2008)	150 varones fisiculturistas y 68 varones sedentarios	Estudio de correlación con cuestionarios	- Body Shape Questionnaire (BSQ)	- Physical Self Description Questionnaire (PSDQ)
Da Silva-Filho, Rabelo-Leitão, Menezes y Knackfuss (2008)	130 sujetos que practicaban caminata	Estudio epidemiológico de carácter descriptivo	- Figure Rating Scale (FRS)	- Monitor de frecuencia cardiaca
Duncan et al. (2009)	68 adolescentes con sobrepeso	Estudio de intervención	- Body Esteem Scale for children	- Intervención en el aumento de la AF
Greenleaf et al. (2009)	260 mujeres estudiantes universitarias	Estudio de correlación con cuestionarios	- Body Parts Satisfaction Scale-Revised (BPSS-R) - BSQ	- PSDQ - Aerobics Center Longitudinal Study PA
Palmeira et al. (2009)	144 mujeres con sobrepeso	Estudio de intervención	- Body Image Assessment Questionnaire (BIA) - BSQ	- Intervención en el aumento de la AF
Pelegri y Petrosky (2009)	595 adolescentes	Estudio de correlación con cuestionarios	- FRS	- International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)
Sabbah, Vereecken, Abdeen, Coast y Maes (2009)	17715 adolescentes	Estudio de correlación con cuestionarios	- Cuestionario HBSC	- Cuestionario HBSC
Savage, Dinallo y Symons (2009)	379 adolescentes	Estudio de correlación con cuestionarios	- Body Areas Satisfaction Scale (BASS)	- Leisure-Time Exercise Questionnaire (LTEQ)
Wang, Worsley y Cunningham (2009)	547 mujeres	Estudio de correlación con cuestionarios	- Diaphanous Body Image Scale	- Physical Activity Scale-Active Australia Survey (AIHW)
Yager y O'Dea (2009)	502 profesores de EF, Educación para la Salud y otros profesores	Estudio de correlación con cuestionarios	-FRS - EDI	- Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ)
Chen, Fox y Haase (2010)	13 mujeres adolescentes	Estudio cualitativo a través de entrevista	- Preguntas sobre satisfacción de la IC	- Preguntas sobre los patrones de AF

ESTUDIO	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO IC	INSTRUMENTO AF
Frisén y Holmqvist (2010)	30 adolescentes	Estudio de correlación cuestionarios y cualitativo entrevista	- Body Esteem Scale for Adolescents and Adults (BESAA)	- Entrevista sobre la práctica de AF
González-Montero et al. (2010)	523 adolescentes	Estudio de correlación cuestionarios	- Siluetas corporales de Collins	-Cuestionario de hábitos de AF
Yager y O'Dea (2010)	170 estudiantes universitarios de AF y Salud	Estudio de intervención	- Drive for Muscularity (DFM) - Drive for Thinness subscales of EDI	- OEQ
Abbott y Barber (2011)	1002 mujeres adolescentes	Estudio de correlación con cuestionarios	- Embodied Image Scale (EIS)	- Listado de AFD practica en la escuela y fuera de esta.
Monteiro Gaspar, Amaral, Oliveira y Borges (2011)	234 estudiantes adolescentes	Estudio de correlación con cuestionarios	- Child Figure Drawings Scale	- Baecke Questionnaire
Slater y Tiggemann (2011)	714 adolescentes	Estudio de correlación con cuestionarios	- Body Surveillance Scale - Body Shame Scale - Drive for Thinness subscales of EDI	- Preguntas: Tipo/frecuencia de AFD - Sobre burlas - Self-Objectification Questionnaire
Azevedo (2012)	Estudio 1: 2739 universitarios Estudio 2: 454 universitarios	Estudio de correlación con cuestionarios	- BSQ - FRS	- IPAQ
Carraça et al. (2012)	255 mujeres	Estudio de intervención	- FRS - BSQ - SPAS	- Seven-Day Physical Activity Recall
Jankauskiene y Pajaujiene (2012)	204 mujeres universitarias	Estudio de correlación con cuestionarios	- BASS - Body Shame Scale	- Appearance subscale from the Motives for PA Measure
Martin Ginis, McEwan, Josse y Phillips (2012)	88 mujeres con sobrepeso y obesidad	Estudio de intervención	- BASS - Appearance Evaluation (AE)	- Astrand Submaximal Fitness Test - PSDQ
Shen, Rinchart-Lee y McCaughtry (2012)	168 mujeres adolescents Afroamericanas	Estudio de correlación con cuestionarios	- Preguntas abiertas sobre la preocupación de la IC	- Physical Activity Recall (3DPAR)
Stice, Rohde, Shaw y Marti (2012)	398 mujeres universitarias	Estudio de intervención	- Body Dissatisfaction Scale	- Paffenbarger Activity Questionnaire

Frisén y Holmqvist (2010) estudiaron la IC, la AF y la influencia de la familia y amigos a través de entrevistas semi-estructuradas en adolescentes. Los resultados revelaron que dichos adolescentes están satisfechos con su IC como consecuencia de una visión funcional del cuerpo y la aceptación de las imperfecciones corporales que percibían tener. La gran mayoría de los adolescentes eran físicamente activos, encontrándose diferencias significativas con la satisfacción corporal. Por último, aunque algunos de los adolescentes habían recibido comentarios negativos acerca de su apariencia por parte de familiares y amigos, estas observaciones no tuvieron ninguna importancia.

Abbott y Barber (2011) estudiaron la asociación entre la AFD y la IC en adolescentes de género femenino de 13 a 18 años. Los resultados indicaron que aunque la IC de las chicas difiere en función del tipo de AFD, cualquier participación en las AFD se asoció con una mayor satisfacción corporal que aquellas que se categorizaron como sedentarias.

Monteiro et al. (2011) evaluaron la insatisfacción y la distorsión con la IC y su relación con la AF y el IMC en 234 adolescentes entre 10 y 17 años. Las chicas estaban más insatisfechas con su IC que los chicos. Además, altos niveles de AF se asociaron significativamente con una mayor satisfacción con la IC.

Sabbah et al. (2009) investigaron la insatisfacción corporal atribuida por el peso, la IC y la AF en 17817 adolescentes de 12 a 18 años. Si bien el 16,5% de los adolescentes tenían sobrepeso, casi el doble de esa cifra (32,1%) no estaba satisfecho con su peso. De esos adolescentes, dos tercios no tenían en realidad sobrepeso (56,4% varones; el 73,5% niñas). Una quinta parte del total de los adolescentes (16,0% varones; las niñas 24,0%) no tenían sobrepeso, pero no estaban satisfechos con su peso. Entre ambos sexos, pero especialmente entre las niñas, la insatisfacción de peso se asoció positivamente con la mayoría de las variables de resultado (la imagen corporal, problemas de salud e inactividad física).

Shen et al. (2012) estudiaron la importancia de la práctica de la AF y la EF en chicas afro-americanas ya que ésta disminuye con la edad. Las participantes fueron un total de 160 adolescentes de 14 a 17 años. Los resultados revelaron que la participación en AF juega un papel muy importante en estas jóvenes, sin embargo, la falta de apoyo percibido impidió sus intenciones futuras en dicha práctica. Entre los factores principales para dicha práctica estaba la preocupación por la IC, siendo un motivo para la práctica de AFD.

En la misma línea algunos autores introducen a los padres como papel importante en el desarrollo de hábitos de salud de los adolescentes, concretamente en el estímulo de éstos en la práctica de AF de sus hijos y su satisfacción con la IC. Savage et al. (2009) estudiaron 379 adolescentes entre 15 y 16 años, con tal objetivo. El estímulo de los padres (no de las madres) se asoció significativamente con la AF de los adolescentes y las puntuaciones de satisfacción corporal. Los adolescentes que practicaban mayor cantidad de AF tuvieron una mayor satisfacción corporal. Esto sugiere que los padres pueden desempeñar un papel fundamental en la IC de los adolescentes influyendo positivamente en la AF.

Otras afirman y corroboran que los hábitos de AF en la infancia y adolescencia suelen mantenerse hasta la vida adulta. Greenleaf et al. (2009) examinaron la relación entre la alta participación en el deporte escolar y el bienestar psicológico y la participación en AF en la universidad. Doscientos sesenta estudiantes universitarias de primer curso que practicaron AF en edad escolar presentaban una buen IC, competencia física, así como un alto bienestar psicológico y un mantenimiento de la práctica de AF en la universidad. Este modelo representó el 46% de la varianza en la AF y del 60% en el bienestar psicológico, lo que sugiere que estos beneficios se acumulan como resultado de los cambios en cómo las mujeres se perciben a sí mismas.

En relación a la práctica de AF en adolescentes, cabe destacar que algunas investigaciones añaden el estudio de las barreras que impiden dicha práctica y las burlas entre el grupo de iguales en relación con la IC y la obesidad. Chen et al. (2010) examinaron la AF, las actitudes hacia la obesidad y las imágenes ideales del cuerpo de jóvenes con sobrepeso y obesidad. Trece niñas con sobrepeso y obesidad de entre 13 y 16 años fueron entrevistadas. Los resultados indicaron que la IC juega un papel preponderante en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad como barreras hacia la participación de la AF. Además, en relación al peso se pone de manifiesto la burla, con el consiguiente fomento de la idealización de la delgadez y el deseo de perder peso.

Slater y Tiggemann (2011) examinaron las diferencias de género en la participación de los adolescentes en las actividades físico deportivas, las burlas y la IC. A una muestra de 714 adolescentes (332 chicas y 382 chicos) con edades comprendidas entre 12 y 16 años se les evaluó la participación en el deporte organizado y otras actividades físicas, las experiencias de las burlas en el deporte, y la IC. Las chicas tenían una menor participación en el deporte organizado que los varones, pero experimentaron niveles más altos de burlas. Ambos géneros manifestaron haber sido molestados por compañeros del mismo género, pero además, las niñas también denunciaron haber sido objeto de burla por sus compañeros del género opuesto. Se concluyó que las preocupaciones por las burlas y la IC pueden contribuir a reducir las tasas de participación en deportes y otras actividades físicas.

Todas las investigaciones anteriormente descritas tienen como objeto el estudio en adolescentes, pero también la misma hipótesis se cumple en mujeres adultas. Wang et al. (2009) investigaron las relaciones entre la IC, las actitudes hacia la alimentación, la AF y el IMC en mujeres de 40 a 70 años. La IC se relacionó positivamente con la AF sólo para mujeres de 56 a 70 años. Por otra parte, el aumento de AF influyó negativamente con el IMC.

Da Silva-Filho et al. (2008) analizaron los factores de riesgo asociados a la percepción de la IC en personas adultas que practican caminata. Se evaluaron 4 grupos en función del género y los rangos de edad. Se registraron las variables morfológicas y funcionales no invasivas, y se procesó la identificación de la IC, por medio de un conjunto de siluetas numeradas. Se encontraron factores de riesgo entre los géneros y los rangos de edad de los grupos estudiados. Se constató la diferencia entre los géneros, con respecto a la imagen corporal, y también entre dos grupos de un mismo género; deseando los voluntarios una silueta más delgada.

Como se ha comentado, la participación en AF se ha vinculado con la mejora de la IC no sólo en los estudios de correlación con cuestionarios, sino también en investigaciones de intervención con diseño experimental y cuasiexperimental. Duncan, Al-Nakeeb y Nevill (2009), examinaron que el impacto de la AF en la IC de los niños ha sido limitado y equívoco. Los investigadores examinaron los efectos actuales de la formación de 6 semanas de intervención basado en la estima corporal y el IMC en 68 niños británicos (34 niños y 34 niñas, con edades entre 10-11 años, 16% sobrepeso, 7% de obesos). Los resultados de este estudio revelaron que, en comparación con el grupo de control, el grupo de intervención mejoró significativamente la estima corporal. Sin embargo, estos resultados no se mantuvieron al ser evaluados 6 semanas después de la intervención. La mejora en las puntuaciones de la autoestima pre y post-intervención fue mayor para las niñas, en comparación con los varones. Además, el IMC disminuyó significativamente en el grupo de intervención en comparación con el grupo control.

Palmeira et al. (2009) examinaron las asociaciones entre la obesidad, el cambio en el peso, la calidad de vida, la IC y el bienestar subjetivo, y su papel como mediadores durante una intervención para paliar la obesidad. Los participantes ($IMC = 31,1 \pm 4,1 \text{ kg/m}^2$, con una edad = $38,4 \pm 6,7$ años) fueron 144 mujeres que asistieron al programa de

obesidad de 12 meses de duración. El grupo control (n = 49), recibió un programa de educación para la salud en general. A los 12 meses, el grupo de intervención tuvo una mayor pérdida de peso y menores puntuaciones en relación a la insatisfacción corporal que el grupo de control. Se observaron mejoras significativas en ambos grupos para todas las otras variables psicosociales y en la AF.

Yager y O'Dea (2010) examinaron el impacto de dos intervenciones en la IC, el desorden alimenticio y el exceso de ejercicio en 170 estudiantes (65% mujeres) de educación para la salud y de EF, con una medida de edad de 21,6. En el primer año del estudio, la cohorte de grupo control (n = 49 mujeres, 20 hombres) recibió el currículo regular de didáctica de educación sanitaria. En el segundo año del estudio, la intervención 1 (n = 31 mujeres, 21 hombres) estuvo relacionada con la auto-estima y la alfabetización mediática de los programas de educación para la salud. En el tercer año del estudio, la intervención 2 (n = 30 mujeres, 19 hombres) recibió un total combinado de autoestima, la alfabetización de los medios de comunicación y el programa de actividades basado en la disonancia cognitiva. La intervención 2 produjo los mejores resultados, con los hombres mejorando de manera significativa la IC, la autoestima corporal, y la unidad de la musculatura. La intervención 2 en relación a las mujeres, mejoró de manera significativa la alimentación y el ejercicio excesivo. Las mejoras fueron consistentes a los 6 meses de seguimiento para las mujeres, promoviendo la IC, la reducción de la insatisfacción corporal y la reducción del exceso de AF entre los profesores en formación de educación para la salud y EF.

Siguiendo con los estudios de intervención, Carraça et al. (2012) examinaron los efectos de una intervención de control de peso y del comportamiento en relación a la IC y exploraron el posible papel mediador de la AF estructurada y estilo de vida. El estudio fue un ensayo controlado aleatorio longitudinal, que incluye una intervención en la conducta de 1

año y de 2 años de seguimiento (225 mujeres, 37, 6±7 años, el IMC = 31,5 ± 4,1kg/m). La IC mejoró considerablemente en ambos grupos, a favor del grupo de intervención, pero comenzó a deteriorarse a partir de 12 a 24 meses, especialmente en el grupo de intervención. En consecuencia, a los 24 meses, las diferencias entre grupo serán pequeñas y no alcanzó significación. Sin embargo, los niveles de insatisfacción corporal se mantuvieron por debajo de los valores iniciales (para ambos grupos). La AF estructurada (a los 12 y 24 meses) y el estilo de vida (a los 24 meses) se asociaron positivamente con una mejora de la IC.

Martin Ginis et al. (2012) usando la AF y la autoestima como un marco de referencia, examinaron las variables relacionadas con el cambio en la IC de 88 mujeres con sobrepeso y obesidad (edad= 28,4 ± 7,8; IMC= 31,6 ± 3,5) que participan en una intervención con dieta de 16 semanas y AF. La IC mejoró significativamente durante el estudio. La percepción de los cambios físicos representaron la mayoría de la varianza explicada (12-37%) en el cambio de la IC. Los resultados apoyan la idea de que para mejorar la IC, los cambios percibidos en el cuerpo son más importantes que los cambios reales.

Stice et al. (2012) evaluaron un programa de prevención selectiva dirigida tanto a los síntomas de TCA y aumento de peso poco saludable en mujeres universitarias (N= 398, edad=18,4 años). Los sujetos fueron asignados al azar al programa de prevención, que promueve la ingesta alimentaria saludable y la AF. En comparación con el grupo control, las participantes de la intervención mostraron una reducción significativamente mayor en la insatisfacción corporal y síntomas del TCA y un mayor incremento en la AF.

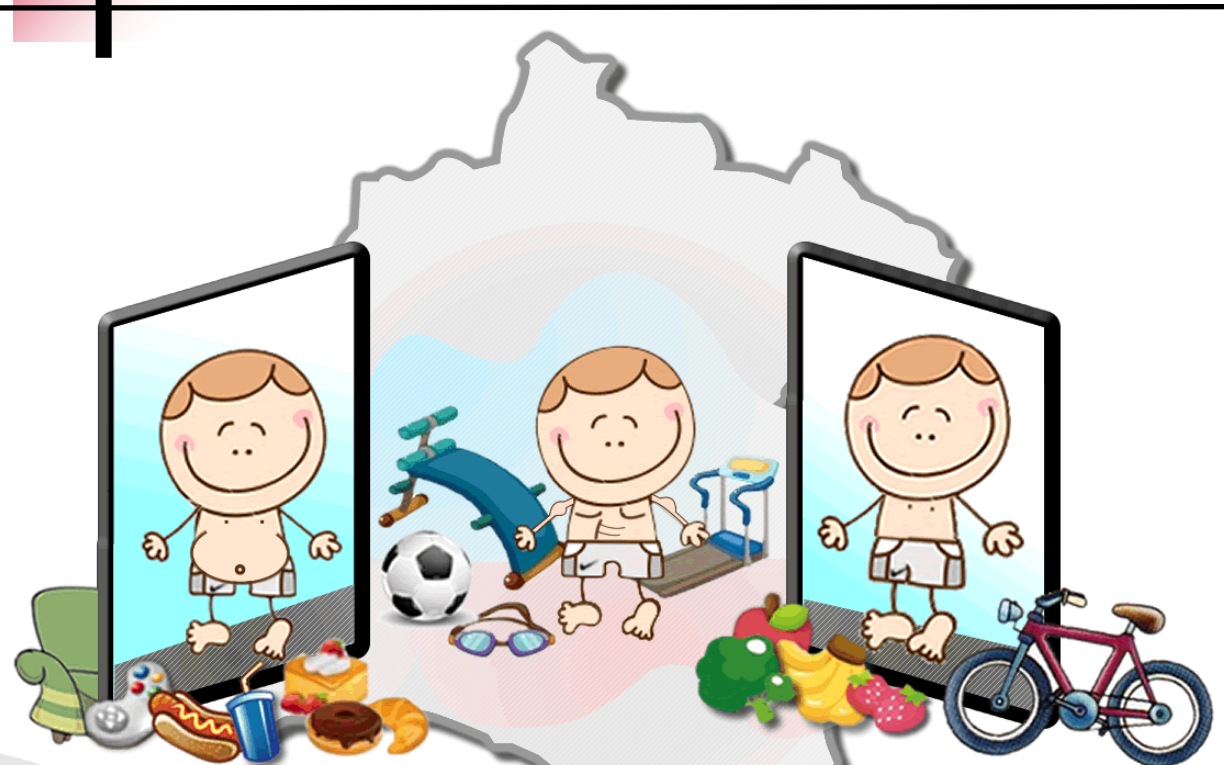
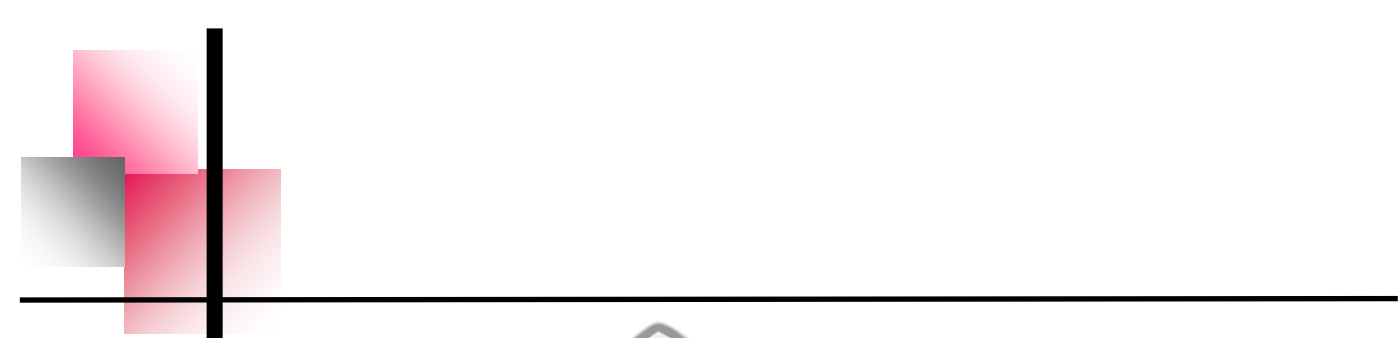
En contraposición a lo anteriormente descrito, diversos estudios no consiguen encontrar una asociación positiva entre la AF y la percepción de la IC, ya sea entre sujetos deportistas como aquellos que no practican AF. Jankauskiene y Pajaujiene (2012) examinaron los TCA y la

internalización sociocultural del cuerpo ideal entre atletas universitarias (N=98), deportistas (N= 125) y sedentarias (N= 81) alumnas universitarias. La edad media de la muestra fue de 20,17. Se observó que no existen diferencias significativas en los TCA, la insatisfacción corporal y la autoestima entre las atletas, deportistas y las estudiantes sedentarias. Las estudiantes con alto contenido de vergüenza corporal manifestaron mayores niveles de TCA, insatisfacción corporal, apariencia (subescala: motivos relacionados con el ejercicio) y conducta relacionada con baja autoestima, independientemente de su nivel de AF.

La literatura científica ha estudiado la IC en deportistas de género femenino como se ha visto en la investigación de Jankauskiene y Pajaujiene (2012), pero la IC en el género masculino también ha sido un tema de interés y de preocupación en los últimos años. Arbinaga y Caracuel (2008) estudiaron los aspectos diferenciales de la IC y la auto descripción física del comportamiento relacionado con los culturistas. El 36,24% de la muestra eran culturistas en competición, el 36,24% eran fisioculturistas no competidores y el 31,19% eran hombres sedentarios. Los fisioculturistas competidores reconocen en mayor medida compararse físicamente con los compañeros del gimnasio, y además tras dichas comparaciones, se valoran negativamente, evitando mostrar el cuerpo fuera del entorno deportivo. No se encontraron diferencias significativas entre los fisioculturistas competidores y no competidores en el tiempo que pasan pensando que no son muy musculosos o preocupados por su imagen. Además, el grupo competidor reconoce mayor número de comportamientos de comprobación, mirarse en el espejo y pesarse. En el BSQ, no hay diferencias entre los grupos, salvo cuando los activos se consideraron en conjunto en comparación con los sedentarios, ya que este grupo mostró un mayor deseo de perder peso. Con respecto a los dos grupos de activos, se perciben mejor en comparación con los grupos no activos y sedentarios en cuanto a la descripción física de sí mismos, los aspectos de salud, el cuerpo como un todo y la autoestima.

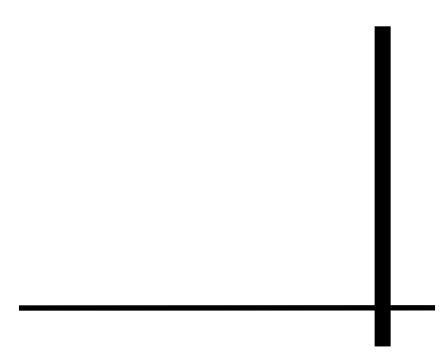
González-Montero, et al., (2010) estudiaron la relación entre la composición corporal, la auto-percepción de la imagen y el tipo e intensidad del ejercicio físico practicado en un grupo de jóvenes. Cabe destacar que el sexo femenino, prefiere y procura conseguir un IMC inferior al que atrae a los varones. Las jóvenes, aunque perciben como saludable un IMC de normopeso, tienden a perseguir un IMC inferior, más próximo a la delgadez. Una consecuencia de dicha aspiración es que las adolescentes realizan ejercicio físico individual, normalmente en el comienzo de la pubertad, para modelar su figura. Por el contrario los varones, al no tener esa pretensión, valoran sólo el aspecto lúdico y competitivo del ejercicio y, en consecuencia, realizan actividades en equipo que inician en la niñez, como es el caso del fútbol.

Por último, encontramos investigaciones donde el profesorado adquiere un papel importante en relación a la IC propia y la influencia de ésta en el alumnado, concretamente en el profesorado de EF. Yager y O'Dea (2009) investigaron y compararon la IC, la dieta, los TCA y la AF entre profesorado de educación para la salud y profesorado de EF en comparación con otros profesores/as de otras titulaciones. El profesorado de salud y EF estaba más insatisfechos con su IC que el profesorado de otras materias, probablemente (comentan los autores) por el exceso de ejercicio y los comportamientos hacia el mismo que tiene el profesorado referente a la salud y la EF. Es especialmente preocupante la posibilidad de que las actitudes inapropiadas del profesorado puedan transmitirse al alumnado de manera intencionada o no.



CAPÍTULO 3

ACTITUDES HACIA LA
OBESIDAD



“El mayor descubrimiento de cualquier generación es el de que los seres humanos pueden cambiar sus vidas cambiando sus actitudes mentales”

Albert Schweitzer

3.1. ESTUDIO DEL PREJUICIO Y LAS ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD

3.1.1. Conceptos y relación entre prejuicio, estereotipos y discriminación

El prejuicio se define como una actitud negativa hacia un grupo social o hacia una persona percibida como miembro de ese grupo (Ashmore, 1970; Brown, 1995). Implica que las personas prejuzgan, usualmente de manera negativa a estas personas que conforman dicho grupo (Plous, 2003). Como otras actitudes, el prejuicio se compone de tres componentes: cognitivo (creencias), afectivo (emociones) y comportamental (conducta). Aunque existe cierta correlación entre ellos, estos tres componentes son relativamente independientes y por lo tanto, implican medidas diferentes.

Los estereotipos han sido a menudo conceptualizados como representantes del componente cognitivo del prejuicio (Dovidio, Evans y Tyler, 1986). Concretamente, un estereotipo es una característica asociada a una categoría cognitiva que es usada por los perceptores para procesar información sobre el grupo o miembros del grupo (Dovidio et al., 1986). Gaertner (1973) definió un estereotipo como un conjunto comprimido de creencias consensuadas sobre las características de un grupo particular. Según Plous (2003) estas creencias pueden ser positivas (e.g. las mujeres son tiernas) pero en la mayoría de las ocasiones son negativas y resistentes al cambio (e.g. los obesos son sucios, torpes).

La discriminación, por su parte, es el componente comportamental del prejuicio, y por lo tanto, su manifestación externa (Simpson y Yinger, 1965). Implica poner a miembros de un grupo en desventaja o tratarlos injustamente por pertenecer a un grupo determinado (Plous, 2003). Los

científicos sociales han conceptualizado la discriminación tradicionalmente como el tratamiento desigual desfavorecedor a un sujeto o grupo, como consecuencia del prejuicio. Otros autores acentúan la importancia de la discriminación llegando a afirmar que el prejuicio sólo será relevante cuando desemboque en discriminación (Wunthnow, 1982).

En la expresión de la discriminación influyen gran cantidad de variables, de manera que según éstas el comportamiento discriminatorio se revelará en mayor o menor grado. Entre las variables, es necesario destacar la existencia de las situaciones competitivas y de conflicto, y sobre todo de aquellas donde los grupos implicados poseen un status heterogéneo. En este contexto, la discriminación aparece como la solución de la cuestión de poder (Montes, 2008). Por otra parte, y afortunadamente, también existen factores que reducen la discriminación, tales como la presión social y la motivación interna.

La discriminación se presenta de diferentes formas, ámbitos y niveles. Es frecuente encontrar los periódicos llenos de manifestaciones de discriminación. Ésta puede aparecer en los métodos segregacionistas que todavía siguen vigentes y bien arraigadas en las sociedades del siglo XXI (Montes, 2008). La segregación intenta reducir la capacidad operativa del grupo a través de su confinamiento en determinadas zonas, que se consigue produciendo en el grupo segregado graves repercusiones psicológicas como inseguridad, baja autoestima, auto-odio y rechazo del propio grupo (Martínez, 1996).

La relación entre el prejuicio y la discriminación resulta compleja en su estudio. Si bien es cierto que el prejuicio (la posesión de estereotipos o de emociones negativas) predispone a comportarse discriminatoriamente, no siempre tiene por qué desembocar en discriminación, dependiendo en gran medida de las condiciones en las que ocurra.

En el estudio del prejuicio, Tajfel (1981) pone de manifiesto la *Teoría de la Identidad social*, según la cual el origen de las relaciones intergrupales está fuertemente relacionada con los procesos de

identificación social. Tajfel considera que las personas ordenamos la realidad social incluyéndonos a nosotros mismos y a los demás en determinadas categorías sociales significativas (blancos/negros, gordos/delgados, etc.), dando lugar a la conciencia de pertenencia a un grupo. El juicio de valor que define a cada grupo no es un aspecto absoluto, sino relativo: el propio grupo (endogrupo), tiene valor si es percibido como superior a los demás (exogrupo) (Solbes, 2009).

De esta manera, pertenecer a grupos socialmente mal valorados (como el sobrepeso y la obesidad) puede provocar malestar. Cuando esto sucede, las personas tienden a buscar nuevos grupos de pertenencia que les permitan lograr una buena autoestima identificándose con categorías mejor valoradas.

Otra teoría que se relaciona con el estudio del prejuicio es la *Teoría de la Atribución* (Heider, 1958) que indica que los seres humanos buscamos explicaciones para entender todo lo que ocurre a nuestro alrededor, especialmente para aquellos sucesos que son negativos. De acuerdo con Weiner (1995), las personas hacemos una distinción básica entre causas controlables y causas incontrolables de dichos sucesos. Cuando la atribución que hacemos es del primer tipo (controlable, por ejemplo, la falta de fuerza de voluntad), este hecho produce sentimientos negativos, enfado y distanciamiento social.

Por el contrario, si la condición que estamos evaluando es atribuida a una causa incontrolable, se activa la simpatía y conductas empáticas hacia esta persona. En este sentido, cabe recordar que el evento negativo que nos ocupa (padecer sobrepeso) está causado, por la interacción de una predisposición genética y una serie de influencias ambientales relacionadas con la dieta y el estilo de vida sedentario (Morgan, Tanofsky-Kraff, Wilfley y Yanovski, 2002).

A continuación se exponen los aspectos más relevantes de pertenencia a un grupo determinado, concretamente al grupo que

categoriza a las personas con sobrepeso y obesidad y las actitudes negativas hacia el mismo.

3.1.2. Las actitudes negativas hacia la obesidad

Hay maneras de reaccionar que mostramos a todo el mundo y las damos a conocer al ponerlas en práctica. Son las que llamamos actitudes explícitas. Otras formas de reaccionar son el fruto de un proceso interno que no manifestamos abiertamente pero que determinan nuestros actos. Son las que llamamos actitudes implícitas (Colomo, 2011).

A lo largo de los dos últimos siglos, los científicos sociales han abordado desde diferentes perspectivas el problema de las relaciones intergrupales y los prejuicios, preguntándose por qué surgen, de dónde vienen y qué provoca que cierta característica se convierta en objeto de estigmatización (Solbes, 2009).

En lo que respecta al término “gordo”, es utilizado a menudo en la literatura especializada para referirse a los prejuicios que nos ocupan, llevando asociadas una serie de connotaciones fuertemente negativas. Atendiendo a la problemática en cuestión, surgen actitudes referidas a la percepción negativa sobre las personas obesas y con sobrepeso, poniendo de manifiesto que “el cuerpo delgado es bueno” (Swami et al., 2008, p. 577), mientras que es socialmente aceptable expresar actitudes negativas hacia las personas (hombres y mujeres) con sobrepeso (Crandall, 1994; Crandall y Biernat, 1990; Morrison y O'Connor, 1999), aun cuando “en nuestra cultura se consideran personas gruesas a individuos con un peso absolutamente dentro de la normalidad” (Raich, 2001, p. 84). Crandall (1994) argumentó que estos estereotipos basados en el peso son inherentemente aprendidos a través de las creencias simbólicas, que están profundamente arraigadas en nuestra sociedad.

Este fenómeno es el resultado de un sesgo de peso o tendencia a emitir juicios sobre las personas en base a la percepción de un peso corporal excesivo (Brownell, Puhl, Schwartz, y Rudd, 2005). Puhl y

Brownell (2003) afirman que, aunque la investigación sobre el estigma del peso es relativamente nueva, está lo suficientemente documentada como para demostrar que este sesgo es poderoso, omnipresente, y difícil de cambiar, pese a la aplicación de programas específicos que fomenten la empatía hacia los obesos tal y como destacan Teachman, Gapinski, Brownell, Rawlins y Jeyaram (2003).

Esto es debido a la imposición social de estereotipos corporales estandarizados según el género de la persona. El estereotipo corporal femenino exige juventud, belleza y delgadez (Pastor y Bonilla, 2000). Para su consecución se divulga la necesidad de una práctica de ejercicio físico que posibilite tener caderas y muslos pequeños y fuertes, hombros anchos, brazos perfilados (De Gracia, Marcó, Fernández y Juan, 1999). El estereotipo corporal masculino exige elevada estatura, abundante pelo, y una musculatura firme y potente (De Gracia et al., 1999). Por lo tanto nos encontramos ante un concepto ontológico del ser humano en el que el físico adquiere valor casi absoluto (Martin, 2002), donde la obesidad está altamente estigmatizada, sobre todo en mujeres (Miller y Downey, 1999; Puhl y Brownell, 2006). El impacto psicológico de este estigma incluye disminución de la autoestima y, como consecuencia una IC negativa (Grilo, Wilfley, Brownell y Rodin, 1994).

En consecuencia, la discrepancia entre el cuerpo real y la tiranía del ideal socialmente impuesto (Higgins, 1987), unido a los prejuicios y estereotipos asociados, hace que las personas que se perciben como obesas o con sobrepeso vean seriamente deteriorada su autoestima al no lograr alcanzar el ideal (Brochu y Morrison, 2007; Gualdi-Russo, Argnani, Celenza et al., 2008; Klaczynski, Goold, y Mudry, 2004; Raich, 2001). Ello provoca que muestren más preocupaciones sobre el peso y la forma corporal, infravalorando su competencia atlética y su apariencia física (Burrows y Cooper, 2002)

Las actitudes negativas hacia el sobrepeso y los individuos obesos han sido estudiadas en muestras de psicólogos (Davis-Coelho, Waltz, y

Davis Coelho, 2000; Harvey y Hill, 2001), de médicos (Foster et al., 2003), de profesionales de la salud especializados en tratamiento de la obesidad (Schwartz et al., 2003; Teachman y Brownell, 2001), en enfermeras (Brown, 2006), en estudiantes de ciencias de la AF y el deporte y en Magisterio especialidad EF (Chambliss, Finley, y Blair, 2004; Gago, Tornero, Carmona y Sierra, 2011), en profesores de EF (Greenleaf y Weiller, 2005; O'Brien, Hunter y Banks, 2007), así como en grupos heterogéneos de estudiantes de colegios y universidades (Crandall, 1994; Morrison y O'Connor, 1999), en miembros de la comunidad (Teachman et al., 2003), en adolescentes (Greenleaf, Chambliss, Rea, Martín y Morrow, 2006; Morrison y O'Connor, 1999), y niños (Latner y Stunkard, 2003; Solbes, 2009).

Los prejuicios y las actitudes negativas hacia la obesidad en la adolescencia

En este punto examinaremos los estudios sobre las actitudes negativas que reciben los adolescentes con sobrepeso por parte de otros jóvenes independientemente de su IMC.

Los jóvenes tienen una percepción negativa hacia los individuos obesos, es más, los adolescentes prefieren un tipo de cuerpo delgado cuando se les pregunta sobre qué tipo de cuerpo consideran ideal o socialmente aceptable a la hora de elegir entre diferentes figuras que van desde muy delgadas a muy obesas. Rand y Wright (2000) comentan que menos del 10% de los adolescentes eligen las figuras referentes a los sujetos con más peso como socialmente aceptables.

Las actitudes negativas hacia la obesidad tienen un grave impacto en las vidas de los adolescentes. Los jóvenes obesos son frecuentemente objeto de burla y son rechazados por sus compañeros e incluso por los adultos debido a su peso (Neumark-Sztainer et al., 1998; Schwartz y Puhl, 2003).

Las investigaciones han demostrado que los adolescentes consideran a sus pares obesos poco saludables, perezosos y torpes socialmente (Greenleaf et al., 2006). Estas actitudes negativas pueden afectar a la autoestima, la imagen corporal, las conductas alimentarias y el bienestar psicológico. Por otro lado, las investigaciones han demostrado que los adolescentes se sienten incómodos con los compañeros que tienen sobrepeso (Sobal, Nicolopoulos y Lee, 1995).

Los adolescentes asignan un menor número de rasgos positivos en las personas con sobrepeso que en las personas normopesas (Brochu y Morrison, 2007), cuando implícitamente se les pide que realicen una tarea de asociación sincronizada con palabras tales como “flojo”, “lento”, “bruto”, “triste” y “poco atractivo” con figuras que representan a hombres y mujeres de diversos pesos (Greenleaf, Starks, Gómez, Chambliss y Martin, 2004).

Las investigaciones han demostrado que los adolescentes están más dispuestos a participar en actividades sociales, académicas y recreativas con sus pares delgados que con aquellos que presentan sobrepeso u obesidad (Brochu y Morrison, 2007; Greenleaf et al., 2006).

Por otro lado, tal y como ocurre con otros tipos de prejuicios, se están empezando a utilizar medidas implícitas de las actitudes negativas hacia la obesidad, con resultados que indican sesgos implícitos hacia la obesidad en niños y adultos (Teachman y Mallet, 2005).

Los prejuicios y las actitudes negativas hacia la obesidad en la edad adulta

Como se ha comentado, las actitudes negativas hacia la obesidad están muy arraigadas en la sociedad actual y los efectos de la discriminación son evidentes en ámbitos clave de la vida, desde el empleo a la educación (Puhl y Brownell, 2001). A diferencia del estigma de la obesidad en adultos frente a la mayoría de otros grupos marginados, el estigma de la obesidad es algo único en el que las personas, tanto

obesas como normopesas reportan niveles similares de aversión hacia los individuos con sobrepeso (Crandall, 1994). Esto no es sorprendente, dado a los mensajes negativos generalizados y la obesidad entre las mujeres asociándose con una mayor probabilidad de episodios depresivos.

En el mundo laboral, las personas con sobrepeso sufren discriminación repercutiendo negativamente en el hecho de tener puestos de inferior categoría, problemas con los compañeros de trabajo o problemas en los procesos de selección de personal (Roehling, 1999). Estas personas tienen muchas menos probabilidades de ser contratadas que otros candidatos de peso medio igualmente cualificados, especialmente si el trabajo implica algún tipo de interacción personal con el público (O'Brien et al., 2008).

Como se ha comentado, las personas obesas tienen más probabilidad de tener peores puestos laborales (Kouvonen, Kivimäki, Cox, Cox y Vahtera, 2005; Schulte, et al., 2007), por lo que el hecho de tener un IMC elevado puede ser un inconveniente para el desarrollo satisfactorio de la carrera profesional. De la misma manera, estas personas pueden tener problemas con sus compañeros en el ámbito laboral (Roehling, Roehling y Pichler, 2007) y sobre todo, problemas en la selección de personal (Polinko y Popovich, 2001). Los técnicos de selección de personal rechazan contratar a las personas obesas si el tipo de trabajo a desempeñar es físico. Las personas con sobrepeso, especialmente las mujeres, afirman sufrir discriminación en el trabajo en un porcentaje mucho mayor que el resto de trabajadores (Roehling et al., 2007).

El sistema de salud también es un ámbito en el que aparecen este tipo de actitudes negativas, incluso entre profesionales que están en contacto directo con estos pacientes (Puhl y Brownell, 2001; 2003). Por ejemplo, los médicos tienden a atribuir a los pacientes obesos características como vagos, sin autocontrol, incapaces de adquirir compromisos, menos inteligentes, sin voluntad, deshonestos o con poca

higiene. Pero no son sólo los médicos quienes atribuyen a las personas obesas dichas características, Lieberman, Tybur y Latner (2011) estudiaron la relación entre la sensibilidad y las relaciones de repugnancia que estigmatiza a estos grupos. Además se investigaron las diferencias en cuanto al género y al IMC. En el estudio 1 (N= 92), se estableció que la obesidad provoca repugnancia patógeno, sexual y moral. En el estudio 2, se determinó la relación entre estos tipos de repugnancia y el estigma de la obesidad. Los participantes (N=387) informaron de su nivel de rechazo hacia patógenos diversos, actos sexuales y morales y sus actitudes hacia las personas obesas. Para las mujeres, pero no para los hombres, el aumento de la sensibilidad de disgusto patógeno predice actitudes más negativas hacia las personas obesas. Los hombres informaron actitudes generales más negativas hacia las personas obesas que las mujeres. El género también difiere en cómo su propio IMC se relacionó con los subtipos de estigma de obesidad. Estos hallazgos indican que la sensibilidad del disgusto hacia el patógeno, desempeña un papel en el estigma de la obesidad, específicamente para las mujeres.

Uno de los principales agentes en el desarrollo de la insatisfacción corporal, como se ha visto en el capítulo anterior en la perspectiva sociocultural, son los medios de comunicación. Éstos refuerzan los estereotipos de la obesidad y contribuyen al estigma de peso. Los *reality shows* son una forma popular de la programación televisiva para intentar bajar de peso. Domoff, et al., (2012) investigaron cómo la exposición de 40-minutos del *reality show: The Biggest Loser*, impactó con los niveles de sesgo de peso de los participantes. Cincuenta y nueve participantes (la mayoría de los cuales eran mujeres) fueron asignados al azar en un grupo experimental (un episodio de *The Biggest Loser*) y a un grupo control (un episodio de un *reality show* sobre naturaleza). Los niveles de sesgo de peso fueron medidos al inicio del estudio y después de la visualización del episodio (1 semana después). Los participantes del grupo experimental tenían niveles significativamente más altos de aversión de los individuos

con sobrepeso y una convicción más firme de que el peso es controlable después de la exposición. No se encontraron efectos significativos en la condición de sesgos implícitos asociados con las personas obesas. Los participantes que tenían un IMC más bajo, tenían niveles significativamente más altos de aversión que las personas con exceso de peso después de la exposición al *reality show* en comparación con los participantes del grupo control.

Actualmente la investigación sobre los prejuicios ha ido más allá utilizando otras técnicas, Roddy, Stewart y Barnes-Holmes (2011) utilizaron la electromiografía facial para medir la respuesta emocional hacia las imágenes de personas delgadas y con sobrepeso, relacionándolas con las actitudes explícitas e implícitas negativas hacia la obesidad. Las imágenes de personas delgadas suscitaron respuestas en la electromiografía facial con un afecto más positivo, correlacionándose también con las actitudes implícitas.

3.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD

El propósito de este apartado es revisar las diversas herramientas que se han utilizado para evaluar las actitudes negativas hacia la obesidad. Las medidas de las actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso y obesidad pueden ser evaluadas de manera explícita (tabla 9), a través de auto-informes o medidas directas, y de manera implícita (tabla 10), cuando la evaluación ocurre en condiciones en las que el individuo carece de un control consciente sobre su conducta (Morrison, Roddy y Ryan, 2009).

3.2.1. Medidas explícitas

Existe una abundancia de medidas para evaluar los sentimientos y/o creencias hacia las personas obesas. Estos incluyen las escalas de

diferencial semántico (Bacon, Scheltema, y Robinson, 2001, Foster et al., 2003.; Ginis y Leary, 2006; Teachman y Brownell, 2001) y clasificaciones de fotografías/dibujos de sujetos de peso normal y sobrepeso, así como distintas discapacidades (por ejemplo, la desfiguración facial) sobre las dimensiones del gusto (Latner et al., 2005) y la atracción sexual (Chen y Brown, 2005). Además, una serie de escalas de actitudes se han desarrollado para evaluar el perjuicio negativo hacia la obesidad. A continuación, revisaremos brevemente cada uno de estos métodos de evaluación.

Tabla 9. Medidas explícitas de las actitudes hacia la obesidad

Instrumentos	Autores
Medidas de diferencial semántico	(Gapinski, Schwartz, y Brownell, 2006; Ginis y Leary, 2006; Polinko y Popovich, 2001; Schwartz et al., 2003)
<i>Antifat</i> Attitudes Questionnaire (AFA)	(Crandall, 1994)
Anti-Fat Attitudes Scale (AFAS)	(Morrison y O'Connor, 1999)
Anti-Fat Attitudes Test (AFAT)	(Lewis, Cash, Jacobi, y Bubb-Lewis, 1997)
Attitudes Toward Obese Persons Scale (ATOP)	(Allison, Basile, y Yuker, 1991)
Fat Stereotypes Questionnaire (FSQ)	(Davison y Birch, 2004)

Medidas de diferencial semántico

Típicamente, para este tipo de medidas, los participantes son formados para evaluar "personas gordas" y "personas delgadas" en una escala de 5 a 7 puntos en la que constan de un adjetivo (por ejemplo, inteligente) y su antónimo (por ejemplo, estúpido). El número de adjetivos que se evalúa por los participantes varía. Por ejemplo, Teachman y Brownell (2001) utilizó dos adjetivos pares (bueno/malo y perezoso/motivado), mientras Bacon et al. (2001) utilizaron 14. Este tipo de instrumento parece ser bastante popular (e.g. Gapinski et al., 2006; Ginis y Leary, 2006; Polinko y Popovich, 2001; Schwartz et al, 2003).

Las medidas diferenciales semánticas que se han desarrollado en referencia son potencialmente problemáticos porque (a) se asume que los mismos rasgos se aplican a los hombres y mujeres obesas y (b) no

pueden capturar las creencias que se perciben como únicos para obesos de un solo sexo.

Reconociendo las limitaciones existentes, los instrumentos más usados para medir las actitudes explícitas hacia la obesidad son los siguientes:

Antifat Attitudes Questionnaire (AFA; Crandall, 1994). Empleado para medir de manera explícita la aversión hacia el sobrepeso y la obesidad. Es un cuestionario de 13 ítems que emplea una escala tipo Likert de 9 puntos donde 0 corresponde a “Muy en desacuerdo” y 9 a “Muy de acuerdo”. Las puntuaciones más altas indican fuertes actitudes negativas hacia la obesidad. En el artículo original detallando la construcción de la medida y la validación, Crandall (1994) informó que 26 ítems fueron generados inicialmente, un análisis factorial confirmatorio con rotación varimax, se llevó a cabo en los 26 ítems.

Está compuesto por las siguientes subescalas: aversión, miedo a engordar y fuerza de voluntad. La subescala “aversión” (7 ítems) valora la antipatía individual hacia la gente obesa o con sobrepeso (e.g. “la verdad es que no me gustan demasiado las personas obesas”). La subescala “miedo a engordar” (3 ítems) valora el miedo personal a engordar, lo cual supone *per se* una muestra de prejuicios hacia la gente obesa o con sobrepeso (e.g. “me siento fatal conmigo mismo cuando gano peso”). La subescala “fuerza de voluntad” (3 ítems) valora la creencia de que ser gordo es consecuencia de un inadecuado control personal (e.g. “algunas personas están gordas porque no tienen fuerza de voluntad”). Los coeficientes alfa variaron de bueno (0.84-aversión) a adecuado (0.66-fuerza de voluntad).

Anti-Fat Attitudes Scale (AFAS; Morrison y O’Connor, 1999). Cuestionario de 5 ítems (e.g. “Las personas obesas son menos atractivas sexualmente que las personas delgadas”). Usa una escala tipo Likert de 5 puntos donde 1 corresponde a “Muy en desacuerdo” y 5 “Muy de

acuerdo”. Las mayores puntuaciones denotan actitudes negativas hacia la obesidad.

Morrison y O’Connor (1999) llevaron a cabo cuatro estudios para evaluar la dimensionalidad y confiabilidad de la escala, y la validez de constructo del AFAS en una muestra de estudiantes universitarios y adolescentes de Canadá. Los resultados indicaron que la escala poseía una confiabilidad aceptable (rango de coeficientes alfa desde .70 a .77) así como la validez de constructo (las puntuaciones del AFAS se correlacionaron significativamente con las puntuaciones medias de autoritarismo, conservadurismo político y homonegatividad, pero no se correlacionó con el miedo a engordar o el sesgo de la deseabilidad social).

Anti-Fat Attitudes Test (AFAT; Lewis et al., 1997). Cuenta con 47 ítems (e.g., “Cuando las personas obesas hacen ejercicio, ellos parecen ridículos”). Usa una escala tipo Likert de 5 puntos donde 1 corresponde a “Definitivamente en desacuerdo” y 5 corresponde a “Definitivamente de acuerdo”. Las mayores puntuaciones reflejan actitudes más negativas hacia individuos con sobrepeso. La medida está orientada hacia la medición de disposiciones cognitiva, afectiva y comportamental hacia las personas obesas. Está compuesta por tres subescalas: Social/des crédito de carácter (15 ítems), físico/falta de atractivo romántico (10 ítems) y control de peso/culpa (9 ítems). Trece ítems adicionales se incluyen en el cálculo de puntuaciones de la escala total, aunque la lógica para hacerlo no está clara.

Attitudes Toward Obese Persons Scale (ATOP; Allison et al., 1991). Cuenta con 20 ítems (e.g., “Las personas obesas tienden a tener una familia con problemas”). La escala es tipo Likert de 6 puntos donde -3 corresponde a “Muy en desacuerdo” y 3 corresponde a “Muy de acuerdo”. Las puntuaciones más bajas denotan actitudes negativas hacia la obesidad. Los autores informaron que los ítems se generaron en base a la validez aparente y la utilidad en la medición de las creencias acerca de la

obesidad. Los coeficientes alfa para una muestra de posgrado (n=52) y licenciados (n=72) en psicología, así como los miembros de la National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA; n= 514) fueron buenos (.81, .80 y .84 respectivamente).

El análisis de componentes principales fue utilizado para evaluar la dimensionalidad del cuestionario ATOP. Se realizó una rotación varimax y oblicua, sin embargo, las correlaciones entre los factores eran pequeñas y la rotación oblicua no proporcionó una estructura sustancialmente simple, siendo la rotación varimax la interpretada. En términos de validez de constructo, sólo hubo una asociación estadísticamente significativa entre las tres muestras, en concreto, las personas que se evidencian tener actitudes más positivas hacia las personas obesas tenían más probabilidades de percibir la obesidad al margen del control del individuo.

Fat Stereotypes Questionnaire (FSQ; Davison y Birch, 2004). Cuenta con 18 estados (9 ítems duplicados para las personas delgadas y obesas). (e.g., “Es difícil para las personas obesas [personas delgadas] llegar a conocer gente”). La escala es tipo Likert de 4 puntos donde 1 corresponde a “realmente en desacuerdo” y 4 corresponde a “realmente de acuerdo”. Las puntuaciones se calculan para cada atributo y luego se suman las puntuaciones más altas que denota fuerte respaldo de las características negativas para las personas obesas.

En una muestra de 178 padres de familia, los coeficientes alfa para el FSQ fueron de .65 (madres) y .69 (padres). Tanto para las madres como para los padres, las puntuaciones del FSQ se correlacionaron significativamente con las puntuaciones de un indicativo de sesgo de deseabilidad social ($r_s = -.21$ y $-.22$ respectivamente). Las puntuaciones de los padres en el FSQ también se correlacionaron significativamente con sus creencias de que la apariencia es fundamental para el autoconcepto y que la bondad social se vincula con el atractivo. Estas diversas asociaciones proporcionan líneas de evidencia en apoyo de la validez de constructo del FSQ.

3.2.2. Medidas implícitas

Greenwald y Banaji (1995) definen las actitudes implícitas como la identificación introspectiva (o erróneamente identificada) de las huellas de la experiencia pasada que median la sensación favorable o desfavorable, pensamiento o acción hacia objetos sociales. Se ha producido un aumento de la investigación que se centra en el desarrollo de medidas que pueden evaluar este tipo de actitud. Estas medidas indirectas o implícitas, como se les llama con frecuencia en la literatura, evitan los problemas inherentes a la medidas explícitas y potencialmente aprovechan los componentes de las actitudes que están fuera de la conciencia o incluso del control directo (Cunningham, Preacherr, y Banaji, 2001). Para la mayoría de medidas implícitas, la actitud de una persona se infiere sobre la base de su desempeño en la reacción temporal, donde se indican las latencias de respuesta o cantidad de atención necesaria para evaluar los elementos de relevancia social.

Tabla 10. Medidas implícitas de las actitudes hacia la obesidad

Instrumentos	Autores
<i>Tarea de decisión léxica</i>	(Gaertner y McLaughlin, 1983)
<i>Implicit Association Test (IAT)</i>	
Versión papel	(Greenwald et al., 1998)
Versión ordenador	

Los instrumentos más usados para medir las actitudes implícitas hacia la obesidad son los siguientes:

Tarea de decisión léxica. Esta tarea requiere que los participantes hagan un juicio tan rápido y preciso como sea posible, en cuanto a si la letra de cadena presentada es una palabra o una pseudopalabra (Gaertner y McLaughlin, 1983). Por ejemplo, sobre la base de las investigaciones experimentales de Meyer (1971), Gaertner y McLaughlin (1983), presentaron a los participantes un estímulo principal refiriéndose a un grupo étnico (o negro o blanco).

Implicit Association Test (IAT). El Test de Asociación Implícita es la medida más comúnmente usada para evaluar las actitudes implícitas (Greenwald et al., 1998). Este instrumento mide la fuerza de la asociación relativa entre un par de categorías y un par de atributos (en este caso pondremos de ejemplo la asociación entre la categoría obesidad y una serie de atributos negativos, y la categoría delgadez y una serie de atributos positivos). Para ello, recoge la velocidad de reacción con las que los participantes clasifican los atributos con las categorías.

Cada IAT se compone de cinco bloques de ensayos, en cada uno de los cuales se pide al participante que clasifique determinados estímulos con la ayuda de dos teclas del ordenador (la tecla “i” para asociar los estímulos a la derecha de la pantalla, y la tecla “e” para asociarlos a la izquierda). Al inicio de cada bloque, a los participantes se les proporcionan las instrucciones que describen las discriminaciones y las categorías asignadas a las teclas de respuesta.

En el primer bloque, se deben clasificar distintas categorías que aparecen en el medio de la pantalla del ordenador (por ejemplo, delgado, gordo, flaco, grueso...) en dos atributos de respuesta que se encuentran en los extremos superiores derecho e izquierdo de la pantalla del ordenador (por ejemplo, bueno y malo).

En el segundo bloque la clasificación es a la inversa, en este caso se deben ordenar atributos positivos y negativos (por ejemplo, bueno, malo, maravilloso, estúpido...) en dos categorías de respuesta (por ejemplo, delgadez y obesidad)

El tercer bloque es de clasificación cruzada en el que se mide la asociación entre las categorías y atributos analizados (delgadez-obesidad y bueno-malo). Este bloque se designa como “bloque congruente”, en él cada categoría está asociada a una tecla, que a su vez comparte con un atributo de forma congruente con los estereotipos y prejuicios sociales mayoritarios (por ejemplo, delgadez-bueno y obesidad-malo).

El cuarto bloque supone una repetición del primero, en este caso se cambia la localización de las dos categorías en la parte superior de la pantalla (si en el bloque 1 delgadez estaba en la parte superior derecha de la pantalla y obesidad en la parte izquierda, ahora en el bloque cuarto se cambian).

El quinto bloque se designa como “bloque incongruente”. Al igual que en el bloque 3, cada categoría se asocia a una tecla, que a su vez comparte con un atributo, los cuales se encuentran de forma incongruente con el estereotipo social (por ejemplo, delgadez-malo y obesidad-bueno). La tabla 11 proporciona un diagrama de representación de la secuencia típica de las pruebas utilizadas en el IAT informatizado.

La presentación del bloque 3 y 5 se suele realizar de forma aleatoria, de manera que unos sujetos pasan primero por el bloque congruente y luego por el incongruente, mientras que para otros el orden de presentación es el inverso. A su vez, para evitar un posible efecto de la lateralidad de los sujetos, la situación de los estímulos en la tecla correspondiente también es aleatoria para cada sujeto.

Tabla 11. Descripción del esquema de la prueba de asociación implícita (IAT)
(Greenwald et al., 1998)

Bloque	1	2	3	4	5
Descripción de la tarea	Categoría inicial de discriminación	Atributos asociados a la discriminación	Tarea inicial combinada	Categoría invertida de discriminación	Tarea inversa combinada
Instrucciones de la tarea	Delgadez Obesidad	Bueno Malo	Delgadez-bueno Obesidad-malo	Delgadez Obesidad	Delgadez-malo Obesidad-bueno
Muestra de estímulos	Maravilloso Malo Bueno Estúpido ...	Delgado Obeso Flaco Gordo ...	Delgado Estúpido Bueno Obeso Flaco Gordo ...	Maravilloso Malo Bueno Estúpido ...	Delgado Estúpido Bueno Obeso Flaco Gordo ...

El efecto del IAT se calcula mediante un algoritmo como la diferencia en las latencias de respuesta media a través de juicios congruentes e incongruentes, variación del Índice D de Cohen

(Greenwald, Nosek y Banaji, 2003). Las versiones computarizadas del IAT generalmente exigen a los participantes clasificar los estímulos en la categoría correcta para avanzar a la siguiente prueba. Las latencias de respuesta generalmente se registran en milisegundos y se comparan a través de los bloques congruentes e incongruentes.

Al terminar la prueba, el programa interpreta la puntuación de tal manera que, una puntuación positiva significa que el sujeto tiene un sesgo negativo para un grupo en cuestión, en este caso hacia la obesidad, pues tardan más en contestar los ensayos incongruentes que congruentes. Si la puntuación es negativa, esa persona presenta sesgos positivos hacia el grupo de los obesos y negativo hacia el grupo que representa el otro grupo social, en este caso la delgadez.

Además del IAT computarizado, existe una versión en papel que ha sido utilizado por los investigadores para la investigación de las actitudes negativas hacia la obesidad. Se presenta a los participantes una hoja de papel que contiene palabras y atributos. Los participantes son instruidos para examinar las palabras que pertenecen a la categoría (por ejemplo, el sobrepeso y la delgadez) y al atributo (por ejemplo, buena y malo). Categorías y atributos se asignan tanto a la derecha (por ejemplo, el sobrepeso + malo) como a la izquierda (Por ejemplo, delgado + bueno), y los participantes tienen 20 segundos para completar tantos elementos como les sea posible clasificar. Los participantes completan las actitudes congruentes e incongruentes por parejas de categoría en un determinado orden. Para las asociaciones congruentes, los participantes clasifican una lista de palabras en su adecuada categoría mediante la colocación de una cruz en la columna derecha o izquierda lo más rápido posible. Para la columna “delgado + bueno”, los participantes marcan fina, fresca, alegre flaca, pequeño, elegante, delgado, activo, pequeña y disciplinado, mientras que en la columna de “sobrepeso + malo”, los participantes seleccionarían grande, perezoso, feo, obeso, pesado, impopular, gordito, tonto, torpe y la grasa. Cuando los participantes finalizan disponen de una

segunda hoja con los mismos cuatro grupos, sin embargo, esta vez, los bloques son incongruentes (por ejemplo, el sobrepeso + bueno, delgadez + malo). Una vez más, los participantes clasifican las palabras tan pronto como sea posible. Lemm, Lane, Sattier, Khan, y Nosek (2008) cuentan que el cálculo de las puntuaciones de diferencia entre el bloque congruente y el incongruente es inadecuado porque no toma en cuenta las variaciones en la velocidad con la que los participantes completan la tarea. Por lo tanto, estos autores recomiendan que los investigadores utilicen la raíz cuadrada del método de las diferencias de puntuación: $(X / Y)^1$

3.3. INTERRELACIONES DE LAS ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD CON OTROS CONCEPTOS

Género

Como hemos visto en el capítulo de IC, existen importantes diferencias entre hombres y mujeres en relación al ideal de belleza y a la insatisfacción corporal que conlleva el intento de tener un cuerpo diez. No es de extrañar, por lo tanto, que las investigaciones realizadas sobre los prejuicios y las actitudes negativas hacia la obesidad proyecten resultados similares.

Por un lado, encontramos una gran cantidad de estudios en los que no aparece ninguna diferencia en las actitudes negativas hacia la

¹SQRT de $(X - Y)$, donde X es la mayor del bloque A (delgado + bueno) o bloque B (sobrepeso + bueno), e Y es el menor de A o B. Lemm, et al. (2008) cuenta que, si B es mayor que A, los valores resultantes se debe multiplicar por -1 para mantener la direccionalidad del efecto IAT (es decir, en el ejemplo dado, si los participantes clasifican más elementos correctamente para el bloque delgado + bueno que para el bloque sobrepeso + bueno, sugiere una preferencia implícita por la delgadez).

obesidad entre hombres y mujeres (Grover et al., 2003; Hill y Silver, 1995; Robertson y Vohora, 2007).

Por otro lado, existe otra cantidad considerable de estudios en los que si aparecen diferencias de género, en este caso a favor del género femenino: las mujeres adultas (Harris et al., 1991; Tiggemann y Rothblum, 1988) mostraron actitudes más negativas hacia pares con sobrepeso que sus compañeros varones. Y también a favor del género masculino (Aruguete, Yates y Edman, 2006; Crandall, 1994; Glenn y Chow, 2002; Lewis et al., 1997; Morrison y O'Connor, 1999; Perez-Lopez, Lewis y Cash, 2001).

Sin embargo, algunos de los estudios que han analizado este tema utilizando medidas implícitas parecen obtener resultados opuestos (Ekehammar, Akrami y Araya, 2003). Según estos autores, las diferencias de género que aparecen en las actitudes explícitas (siendo los hombres más prejuiciosos) y las actitudes implícitas (siendo las mujeres más prejuiciosas) podrían deberse en parte a la deseabilidad social.

Swami, Pietschnig, Stieger, Tovée y Voracek, (2010) han estudiado si este tipo de estigmatización es mayor cuando la persona que padece sobrepeso es un hombre o una mujer. Los datos apuntan que las mujeres con sobrepeso son víctimas de prejuicios y discriminación con mayor frecuencia que los hombres con esa misma condición.

Imagen corporal

Aunque las creencias y las atribuciones asociadas han estado desempeñando un papel en las actitudes negativas hacia la obesidad, en algunas sociedades más claramente que en otras (Crandall et al., 2001), las diferencias individuales como la IC puede jugar un papel importante.

La teoría de la comparación social de Festinger (1954) pone de manifiesto que las personas tienen un impulso innato para autoevaluarse. Para dicho fin, y cuando la manera objetiva de evaluarse no está disponible, las personas tratan de hacer comparaciones con otras

similares. Las investigaciones sobre dichas comparaciones sugiere que las personas con una alta tendencia a hacer cotejos con la apariencia física, por lo general con cuerpos socialmente ideales (e.g., modelos), experimentan una mayor insatisfacción corporal y TCA (Heinberg y Thompson, 1992; Thompson, Heinberg y Tantleff, 1991) y que tales comparaciones median la relación entre las influencias socioculturales, la insatisfacción corporal y los TCA. En contraste, cuando las comparaciones se realizan con personas que físicamente tienen sobrepeso u obesidad o con personas no atractivas, las investigaciones (Wills, 1981) sugieren que las personas que experimentan sentimientos negativos o cogniciones sobre la propia persona pueden, y a menudo lo hacen, mejorar su autoestima mediante el cotejo de sí mismos con personas obesas o menos atractivas que ellos mismos (Duckitt, 1992; Major, Testa y Bylsma, 1991, Wills, 1981). Sin embargo, hay pocas investigaciones que relacionan la tendencia de las comparaciones sobre la apariencia física y las actitudes negativas hacia la obesidad, y si dichas comparaciones juegan un papel mediador en la relación entre la IC y las actitudes negativas hacia la obesidad (tabla 12). O'Brien, Hunter, Halberstadt y Anderson (2007) investigaron dicho objetivo en dos estudios en los que examinaron la relación entre la tendencia a la comparación en relación a la apariencia física, la IC y las actitudes explícitas (estudio 1) e implícitas (estudio 2) hacia la obesidad. Los resultados indicaron que las personas con alta tendencia a realizar comparaciones en relación a la apariencia física, están más insatisfechas con su cuerpo y tienen mayores actitudes explícitas e implícitas hacia la obesidad.

Tabla 12. Estudios sobre actitudes hacia la obesidad e IC

Estudio	Muestra	Medidas Implícitas	Medidas explícitas	Medidas IC
Lewis et al. (1997)	Estudio 1: 285 estudiantes universitarios	-	Antifat Attitudes Test (AFAT)	Ítems sobre IC
Ojerholm y Rothblum (1999)	409 universitarias	-	AFAT	Body Shape Questionnaire (BSQ)
Quinlan, Hoy y Costanzo (1999)	96 adolescentes	-	Antifat Attitudes Questionnaire (AFA)	Body Esteem Scale (BES)
Grover, Keel y Mitchell (2003)	83 participantes adultos	IAT actitudes ^a	Actitudes explícitas hacia el sobrepeso	Figure Rating Scale (FRS)
Klaczynski et al. (2004)	107 universitarios	-	AFA	BES
Friedman, Reichmann, Costanzo, Zelli, Ashmore y Musante (2005)	93 participantes adultos	-	Attitudes Toward Obese Persons Scale (ATOP)	BSQ
Vartanian, Herman y Polivy (2005)	Estudio 1: 56 estudiantes Estudio 2: 53 estudiantes	IAT actitudes ^a	Subescala miedo a engordar del AFA	Ítem de preocupación por la delgadez del Eating Attitudes Test (EAT)
Ahern y Hetherington (2006)	86 mujeres	IAT actitudes ^a	-	Subescalas insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez del Eating Disorders Inventory (EDI-2)
O'Brien, Hunter y Banks (2007)	344 estudiantes EF	IAT actitudes ^b	AFA	BES
O'Brien et al. (2007)	Estudio 1: 227 universitarios Estudio 2: 134 universitarios	IAT actitudes ^b	AFA	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales (MBSRQ-AS)
Pepper y Ruiz (2007)	264 mujeres	-	AFA	- FRS - Escala de insatisfacción corporal (EDI)
Ahern, Bennett y Hetherington (2008)	99 universitarias	IAT actitudes ^a	-	- Escala de insatisfacción corporal (EDI) - Contour Drawing Rating Scale (CDRS)

a. Versión informatizada / b. Versión papel

Hay una evidencia de que el prejuicio hacia los demás se relaciona con los sentimientos acerca de sí mismo (Duckitt, 1992) y es posible que esos sentimientos sean la base de la IC (O'Brien, 2007). Algunos estudios han evaluado las dimensiones de la IC y las actitudes hacia la obesidad (Lewis et al., 1997; O, Briend et al., 2007), encontrando diferencias significativas entre ambos constructos. Aunque la relación entre las actitudes negativas hacia la obesidad y la IC era pequeña (Lewis et al., 1997), en el estudio de O'Brien et al. (2007) las diferencias fueron más fuertes.

Mientras que los niveles de sesgo de peso varían en los individuos, no está claro por qué una persona posee actitudes negativas hacia la obesidad con más o menos intensidad. Carels y Musher-Eizenman (2010) investigaron si las diferencias individuales comúnmente asociadas con un mayor sesgo de actitudes negativas hacia la obesidad, se asocian con una mayor preferencia por la delgadez entre las personas de diferente peso. Los sujetos (62% mujeres universitarias) tuvieron que elegir entre cuatro figuras masculinas y femeninas con un IMC que va desde bajopeso a obesidad. Además fueron evaluadas con un test de asociación explícita para medir las actitudes hacia la obesidad. Los resultados muestran que las mayores actitudes negativas hacia la obesidad y mayor insatisfacción corporal se asociaron positivamente con una mayor aversión entre las figuras que designaban sobrepeso y obesidad, pero inversamente con las figuras de bajo peso y peso normal.

La diferencia en cuanto al género, también es estudiada en las actitudes hacia la obesidad y la IC, sobre todo en mujeres, ya que queda demostrado que sufren mayor insatisfacción corporal. Pepper y Ruiz (2007) estudiaron las posibles diferencias con 264 mujeres latinas y europeas estadounidenses. Las actitudes hacia la obesidad se correlacionaron positivamente con la insatisfacción corporal. Las mujeres europeas estadounidenses tuvieron más actitudes negativas hacia la obesidad que las latinas.

Vartanian et al. (2005) también estudiaron a 109 estudiantes de psicología con y sin conductas restrictivas de alimentación. Ambos grupos mostraron actitudes implícitas negativas hacia la obesidad, pero sólo las mujeres que pertenecían al grupo de restricción de la ingesta mostraron actitudes explícitas negativas y preocupación por la delgadez. No hubo diferencias entre las medidas explícitas e implícitas.

Ahern, et al. (2006) concluyeron que las mujeres tienen fuertes actitudes negativas hacia la obesidad, aunque no hubo diferencias de sesgo entre las mujeres normopesas y obesas. Los autores mostraron que no hubo diferencias significativas entre dichas actitudes negativas y la IC de las participantes. De la misma forma Ojerholm, et al. (1999) obtuvieron los mismos resultados, no hubo tales diferencias en 409 mujeres universitarias entre las actitudes hacia la obesidad y la IC. Debido a que la respuesta estereotípica fue demostrada por la mayoría de las participantes, este hallazgo sugiere que o bien el IAT carece de sensibilidad para predecir la insatisfacción corporal, o que los esquemas cognitivos que valoran la delgadez por encima de la gordura son tan generales que no discriminan entre las participantes con una buena o mala IC. No obstante, autoras dos años más tarde consiguieron resultados opuestos. En 2008 Ahern, Bennett y Hetherington estudiaron las actitudes implícitas hacia la obesidad y la IC observando una correlación significativa entre las puntuaciones del IAT y la obsesión por la delgadez del EDI.

Grover et al. (2003) estudiaron las diferencias de género en relación a las actitudes hacia la obesidad y la IC en 41 hombres y 42 mujeres. No hubo diferencias significativas entre las actitudes hacia la obesidad y la IC en hombres, pero sí en mujeres. Además, las mujeres con mayores actitudes negativas hacia la obesidad tuvieron menor autoestima. Friedman et al. (2005) tampoco consiguieron una relación significativa fuerte entre las actitudes hacia la obesidad y la IC medida a través del BSQ, aunque dicha diferencia fue moderada.

O'Brien et al. (2007) experimentaron las actitudes con la obesidad en dos estudios con 361 estudiantes universitarios. Los resultados muestran que los hombres presentaron una mayor aversión hacia la obesidad que las mujeres, y éstas reportaron significativamente menor satisfacción con la IC y mayor importancia por la apariencia física que los hombres. La importancia hacia la apariencia física se correlacionó significativamente con la subescala del AFA aversión y fuerza de voluntad. En relación a las actitudes implícitas negativas hacia la obesidad, se correlacionan significativamente con la importancia hacia la apariencia física, en cambio, no se correlaciona con la satisfacción corporal. Otros estudios como el de Quinlan et al. (1999) por el contrario, encontraron la relación inversa, es decir que los participantes que mostraron mayores actitudes hacia la obesidad, tuvieron mayores niveles de satisfacción corporal, e incluso podemos encontrar investigaciones que no muestran ningún tipo de relación entre ambos constructos (Klaczynski et al., 2004).

Existe otra cantidad importante de investigaciones en las que se ha analizado la relación entre las actitudes hacia la obesidad y el IMC. La mayor parte de los estudios realizados sobre este tema con adolescentes y adultos (Allison et al., 1991; Crandall, 1994; Latner et al., 2005) no encuentran ninguna diferencia entre las personas con sobrepeso u obesidad y normopeso en la intensidad de las actitudes hacia la obesidad que presentan, ni a nivel explícito ni a nivel implícito. Algunos autores sugieren que esta ausencia de preferencia endogrupal puede deberse, en parte, a que la pertenencia al grupo es percibida como algo controlable (Davison et al., 2008) y, por lo tanto, supuestamente modificable.

Por otro lado, existen algunos trabajos en los que aparecen sesgos negativos explícitos ligeramente más reducidos en las personas con sobrepeso que en los demás. Este es el caso del trabajo de Schwartz y sus colaboradores (2006), en el que se obtuvieron magnitudes ligeramente más pequeñas de actitudes hacia la obesidad en el grupo de

participantes con mayor IMC, comparados con los participantes de menor peso. Sin embargo, las actitudes y estereotipos implícitos no difirieron en estos dos grupos, apareciendo una preferencia implícita marcada en ambos grupos hacia las personas delgadas, así como fuertes estereotipos implícitos negativos asociados a la obesidad.

Existen abundantes pruebas empíricas que apoyan las predicciones de la teoría de la atribución en el caso de las actitudes de los adultos respecto a las personas gordas. Quienes consideran que el peso es un aspecto que está bajo el control del propio individuo tienen tendencia a presentar actitudes más negativas hacia este tipo de personas que quienes tienen en cuenta factores más biológicos o situacionales. Varios estudios experimentales muestran que cuando se proporciona a distintos participantes una explicación biológica o genética del sobrepeso (frente a explicaciones conductuales o internas) aparecen menores niveles que culpabilizarían a estas personas, menor cantidad de sesgos implícitos y menores niveles de estereotipación negativa (Lewis et al., 1997; Teachman et al., 2003).

Por otro lado, la investigación demuestra que efectivamente las personas que hacen atribuciones de control sobre el peso (consideran que el peso de las personas puede ser controlado por estas y que quienes padecen sobrepeso tienen este problema por falta de fuerza de voluntad o de autocontrol) presentan más actitudes negativas hacia este tipo de personas, pues les culpan de su condición (Crandall, 1994; Weiner, 1995).

3.4. ACTIVIDAD FÍSICA Y ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD

Los prejuicios y las actitudes negativas hacia la obesidad y su relación con la actividad física y la educación física

Conociendo la gran diversidad de estudios en lo referente al campo de las actitudes negativas hacia la obesidad, trataremos el tema en base a una óptica educacional concretamente en el ámbito de la AF y la EF escolar. La bibliografía refleja la existencia de prejuicios y estereotipos hacia la obesidad y el sobrepeso por parte del profesorado (Greenleaf y Weiller-Abels, 2005). Esto se debe a que de modo consciente o inconsciente, puede estar transmitiéndose un culto al cuerpo esbelto, cuidado, firme y definido que propicie que el alumnado aprenda más sobre cómo odiar su cuerpo que como convertirlo en saludable (Sykes y McPhail, 2008). Ante esta situación han surgido corrientes que defienden una EF más empática y comprensiva con la obesidad y el sobrepeso, no sólo de manera teórica sino también en su puesta en práctica (Hague y White, 2005; Sykes y McPhail, 2008; Tamayo, Pérez, y Copado, 2008; Vargas y Orozco, 2005; Zagalaz y Rodríguez, 2003).

En las clases de EF es posible que los jóvenes con sobrepeso puedan tener una mayor probabilidad de experimentar actitudes negativas hacia la obesidad basadas en el maltrato (Faith, Leone, Ayers, Heo, y Pietrobelli, 2002). Estas críticas fueron más frecuentes entre las mujeres y entre los participantes con mayor peso. Irwin, Symons y Kerr (2003) sugieren que los educadores físicos necesitan no sólo ser compasivos y comprensivos, sino también demostrar actitudes y comportamientos apropiados en relación con el tamaño corporal y a los problemas de peso.

En lo que respecta a la AF y a la EF no hay muchas investigaciones que relacionen a éstas y a los prejuicios hacia la obesidad (tabla 13). Recientes estudios constatan que las actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso son especialmente intensas en los profesores de EF y en los alumnos de AF que estudian para ello

(Greenleaf, Martin y Rhea, 2008; Greenleaf y Weiller, 2005; O'Brien et al., 2007).

Tabla 13. Estudios sobre actitudes hacia la obesidad, AF y EF

Estudio	Muestra	Medidas Implícitas	Medidas explícitas	Medidas AF
Chambliss et al. (2004)	246 estudiantes de EF	IAT actitudes ^b	Antifat Attitudes Test (AFAT)	-
Greenleaf y Weiller (2005)	105 profesores EF	-	Antifat Attitudes Scale (AFAS)	- Práctica de AF (duración y frecuencia) - Años de docencia EF - Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ)
O'Brien et al. (2007)	344 estudiantes EF	IAT actitudes ^b	AFA	Investment in physical attributes
Robertson y Vohora (2007)	57 profesionales de gimnasio 56 clientes gimnasio	IAT actitudes ^a	AFAT	- Práctica de AF (duración y frecuencia)
Greenleaf et al. (2008)	212 estudiantes EF 218 estudiantes no EF	-	Modified Fat Stereotypes Questionnaire (M-FSQ)	Perceptions of physical educationquestionnaire
Dimmock, Hallett y Grove (2009)	70 profesionales de gimnasio	IAT actitudes ^a	AFAT	-

a. Versión informatizada / b. Versión papel

En relación al estudio del alumnado universitario de Ciencias de la Actividad Física, Chambliss et al. (2004) evaluaron las actitudes hacia la obesidad en 136 estudiantes de EF y 110 estudiantes de posgrado. Se encontró un fuerte sesgo en las medidas implícitas en relación a actitudes positivas frente a las negativas y en relación con el estereotipo motivado versus al perezoso. Las características asociadas con una mayor tendencia a actitudes negativas se asocian al género femenino. Los estudiantes en el campo de la AF tienen asociaciones negativas y un mayor sesgo hacia las personas obesas. Estos resultados tienen implicaciones importantes para la promoción de la salud, como los

prejuicios y la discriminación del peso entre los profesionales de la AF que pueden contribuir aún más a los hábitos de vida poco saludables y la reducción de la calidad de vida de muchos individuos obesos.

O'Brien et al. (2007) también centraron su objetivo en los futuros profesores de EF, esta vez, comparándolos con estudiantes de psicología. Investigaron el prejuicio implícito y explícito de 180 estudiantes de EF y 164 estudiantes de psicología (el 67% eran mujeres y la edad media fue de 20 años) de 1º a 3º de carrera universitaria. Los resultados mostraron que los estudiantes de EF mostraron niveles más altos de actitudes implícitas negativas hacia la obesidad que los estudiantes de psicología y otros profesionales de la salud. Además, los estudiantes de tercer año de EF mostraron niveles más altos de actitudes implícitas negativas hacia la obesidad que los estudiantes de primer curso. Estos prejuicios parecen estar respaldados por un exceso de inversión en los atributos físicos y creencias ideológicas. Posteriormente Greenleaf et al. (2008) comparó nuevamente a estudiantes universitarios que estudiaban EF con otros de otras titulaciones obteniendo resultados similares. Nuevamente, los estudiantes de EF reportaron mayores actitudes negativas hacia la obesidad.

En lo que respecta al profesorado de EF activo, Greenleaf y Weiller (2005) examinaron las actitudes negativas hacia la obesidad en 105 profesores de EF y la percepción del problema de la obesidad juvenil en relación con el papel de las escuelas y de la EF. Los participantes tuvieron actitudes negativas moderadas hacia la obesidad y pocas expectativas en relación al alumnado con sobrepeso y obesidad. Los autores comentan que lo peor de todo es que las escuelas no están haciendo lo suficiente para ayudar a los jóvenes con este problema.

También se han estudiado las actitudes hacia la obesidad en profesionales de la AF que trabajan en gimnasios. Dimmock et al. (2009) estudiaron a 70 empleados de gimnasios, y le midieron las actitudes explícitas e implícitas hacia la obesidad. Los resultados mostraron que los

hombres tienen mayores actitudes negativas hacia la obesidad que las mujeres. Robertson y Vohora (2007) estudiaron además de a los empleados a los propios clientes que acudían al gimnasio. La evidencia muestra que existe un fuerte sesgo hacia la obesidad tanto para los trabajadores como para los clientes en ambas medidas (explícitas e implícitas). Esta tendencia fue más pronunciada para aquellos profesionales que nunca habían tenido sobrepeso. Aquellos que realizaban AF de forma regular, tuvieron actitudes negativas hacia la obesidad, sobre todo el género femenino, en los clientes más jóvenes y en los que nunca sufrieron el sobrepeso

3.4.1. El profesorado de educación física: actitudes hacia la obesidad y estilos de enseñanza

Uno de los objetivos de investigación de esta tesis doctoral es conocer los EE del profesorado de EF de Secundaria Obligatoria, y estudiar la relación de éstos con las actitudes hacia la obesidad.

En la actualidad, no se ha encontrado hasta la fecha, ninguna investigación que estudie las actitudes hacia la obesidad y los EE de los profesores de EF. Partiendo de esa base, en esta tesis se pretende ver la posible relación entre ambos conceptos. Esta inquietud nace por un lado, de la revisión de la literatura científica de las actitudes hacia la obesidad y la ideología. En esta exploración, Crandall (1994) y Crandall y Schiffhauer (1998) sugieren que los resultados del estigma de la obesidad parten de una ideología social que utiliza las atribuciones negativas para explicar los resultados negativos de la vida. Argumentan que los valores conservadores tradicionales americanos de autodeterminación e individualismo, proporcionan una base para las actitudes negativas hacia la obesidad, donde las personas obtienen lo que se merecen y son responsables de sus situaciones en la vida (Crandall y Martínez, 1996). Tradicionalmente los valores conservadores estadounidenses consisten en ideologías autoritarias que reflejan el rechazo a las personas obesas

acompañadas de una ideología social de culpa. Las actitudes negativas hacia la obesidad se correlacionan positivamente con el conservadurismo político, el racismo simbólico y el autoritarismo (Crandall, 1994).

Crandall y Biernat (1990) encontraron también que los adultos jóvenes que expresaron actitudes negativas hacia las personas obesas también expresaron autoritarismo y conservadurismo político. Esto demuestra la importancia que tiene la interiorización de los valores que existen en nuestra sociedad a la hora de desarrollar prejuicios hacia cualquier grupo humano.

Por otro lado, y volviendo a la inquietud por estudiar la relación entre las actitudes hacia la obesidad y los EE, en la revisión de la literatura se encuentran investigaciones que relacionan los EE con la ideología y las actitudes de los docentes.

Los docentes parten de una visión con intención igualitaria sobre el alumnado con sobrepeso y obesidad. Es importante reflexionar sobre el término “intención”, puesto que el profesorado suelen desear ayudar al alumnado desaventajado en consonancia a sus criterios éticos positivos o ideologías democráticas, pero lamentablemente muchas veces queda sólo en eso.

El alumnado al introducirse en las escuelas tiene que aprender no sólo el currículo oficial, sino también el oculto que les enseña a adaptarse a las demandas de la dinámica escolar. De esta manera, clasificamos al alumnado ideal como el que mejor se adapta a las tareas que el profesorado encomienda en las clases de EF, no soliendo entrar en esta categoría el alumnado con sobrepeso y obesidad por serles dificultoso adaptarse debido a su peso. En este caso, los EE juegan un papel importante en relación a la exposición de las tareas y contenidos que el alumnado debe aprender en las clases de EF.

El concepto didáctico de EE lo introduce Muska Mosston en nuestro país y es estudiado en profundidad por los profesores Sánchez Bañuelos, Delgado Noguera y Sicilia Camacho. Delgado (1991:27) define

el EE como “*el modo o forma que adoptan las relaciones entre los elementos personales del proceso didáctico y que se manifiestan precisamente en el diseño instructivo y a través de la presentación por el profesor de la materia, en la forma de corregir (interacción didáctica de tipo técnica) así como la forma peculiar que tiene cada profesor de organizar la clase relacionarse con los alumnos (interacciones socio-afectivas y organización control-clase)*”.

Merecen importancia las interacciones socio-afectivas y organización-control. Las sesiones de EF se deben desarrollar en un ambiente lúdico, de máxima participación y experimentación, procurando eliminar cualquier tipo de discriminación. Un clima socio-afectivo adecuado favorece la espontaneidad y expresión del alumnado (Chillón, 2005).

Los tipos de EE oscilan desde los más tradicionales, donde la participación del alumnado es nula o mínima, hasta los más innovadores, con alta participación del mismo (Delgado, 1991, Sicilia y Delgado, 2002; Moston y Ashworth, 2002). Sicilia Camacho y Brown (2008) muestran la última clasificación de los EE de Mosston y Ashworth (1994, 2002) que se aprecia en la tabla 14. Como se puede ver, los EE se clasifican en estilos reproductivos (A-E) y estilos productivos (F-K).

Tabla 14. Clasificación de los EE de Mosston y Ashworth (1994, 2002)

Estilos reproductivos	A. Comando B. Práctica C. Recíproco D. Auto-Evaluación E. Inclusión
El Umbral de descubrimiento	
Estilos productivos	F. Descubrimiento guiado G. Descubrimiento convergente H. Producción divergente I. Programa aprendizaje individual J. Aprendizaje iniciado K. Auto-aprendizaje

Centrándonos en la relación de los EE con la ideología, actitudes y personalidad del profesorado encontramos dos planteamientos completamente diferenciados. Uno proyecta que los EE dependen de la idiosincrasia del profesorado. Otro esboza que los EE no dependen de esta idiosincrasia, actitudes y experiencias.

En lo que respecta al primer planteamiento, Allport (1961) plantea que todo acto humano tiene una faceta expresiva que no es intencional, sino espontánea y difícil de cambiar. Esa faceta es el estilo; la idiosincrasia personal que marca el comportamiento de las personas.

El EE según Altet (1994) es una combinación entre tres dimensiones: estilo personal, estilo relacional y estilo didáctico. En el estilo personal se incluye la personalidad del profesorado, las actitudes, sus opiniones, valores, ideología...El Módulo Didáctico Pedagogía del Sistema Modular (Guzman, 2003) expresa que uno los postulados de la Pedagogía Constructivista es que el aprendizaje escolar no es sólo recepción, reflejo o copia de un saber terminal transmitido; el aprendizaje debe ser la reconstrucción viva, palpitante, de ese saber, a través de las cualidades personales que responden a la idiosincrasia de cada individuo.

La literatura científica muestra que los estudiantes utilizan los estilos de aprendizaje que sean compatibles con sus tipos de personalidad (Zhang, 2004). Este mismo autor, tres años más tarde, estudió las preferencias de los EE que tenían los profesores de 254 estudiantes universitarios de EF. Los resultados sugieren que los estudiantes prefieren los EE que hacen juego con sus tipos de personalidad. Independientemente a esto, estaban abiertos también a otros EE que complementen su tipo de idiosincrasia (Zhang, 2007).

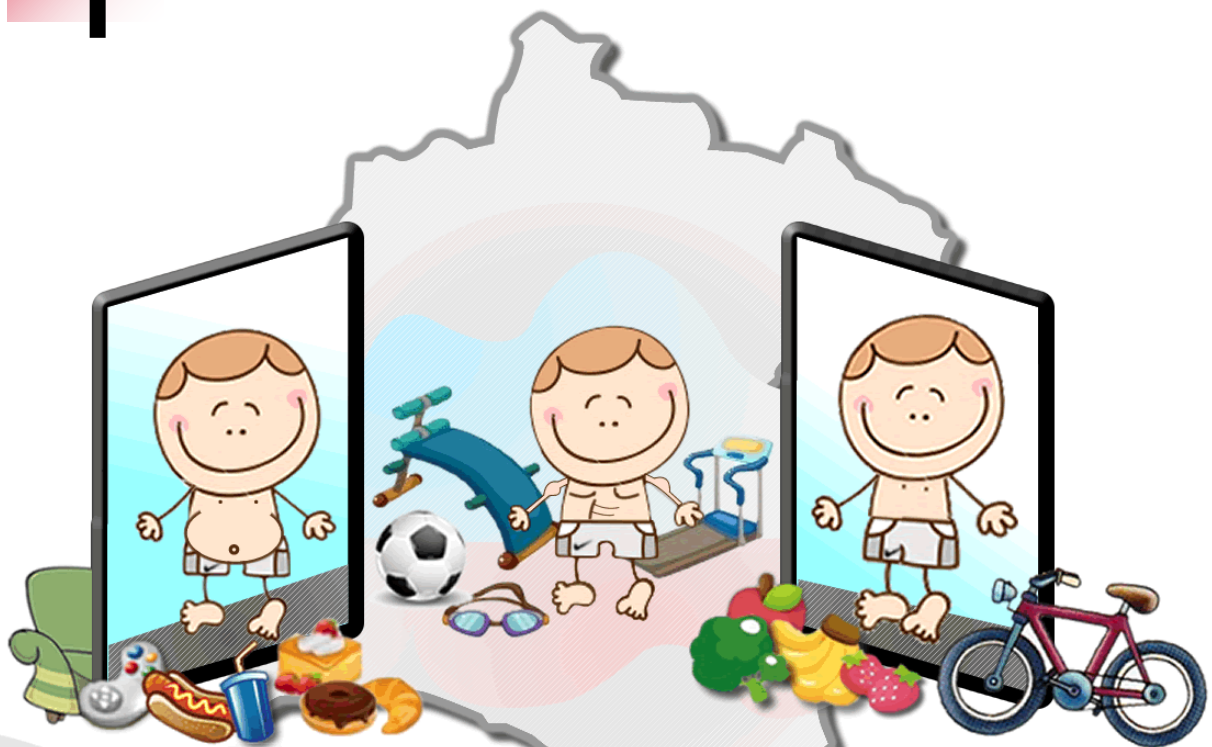
Sicilia-Camacho y Brown (2008) en la revisión del cambio de paradigma *versus* – *no versus* a la noción de los EE de Mosston, ponen de manifiesto que la noción *versus* de los EE supone que dependen de la idiosincrasia del profesor. Entonces se espera que el profesor que se ubique como profesional en un punto dado en el espectro. Esta ubicación

refleja las creencias actuales de los profesores y de las circunstancias, tanto en el sentido personal como profesional.

En relación al segundo planteamiento, es importante señalar que siendo el EE una manera peculiar de enseñar y que se manifiesta de manera relativamente permanente, no supone que lo esencial sea siempre la idiosincrasia personal sino que esa forma singular de enseñanza está condicionada y afectada, además por las características personales del profesor, como por otros factores tales como la dirección y organización de la clase: nivel de libertad de movimientos, distribución de los alumnos; el control del profesor y las sanciones; el contenido y planificación de los planes de estudio; la técnica de motivación; el procedimiento de evaluación; la estrategia de instrucción; la técnica de enseñanza empleada; la mayor o menor emancipación del alumno; el objeto pretendido (Delgado y Sicilia 2002).

Mosston y Ashworth (1994) reconocen que el espectro original se basaba en una concepción de la enseñanza que impide la construcción de una teoría unificada y universal. Por lo tanto, la definición de EE pasa a significar casi lo contrario de su concepción original, alejándose de la persona y hacia una mayor objetivación y demandas universales e interpretaciones de lo que significa educar y ser educado. Aquí, el EE se refiere a una estructura independiente de las propias idiosincrasias.

En conclusión, y estableciendo las relaciones por una lado, entre actitudes negativas hacia la obesidad-ideología y entre los EE-estilo personal del profesorado, nos planteamos que es posible que exista una relación entre las actitudes hacia la obesidad y el EE utilizado por el profesorado de EF en sus clases. Es posible que los docentes que tenga fuertes actitudes negativas hacia la obesidad, utilicen EE más reproductivos (como en la relación entre actitudes e ideología, las actitudes negativas hacia la obesidad se relacionan con una ideología más autoritaria). Y por el contrario, el profesorado que exprese menores actitudes negativas hacia la obesidad, utilice EE productivos.



CAPÍTULO 4

TRATAMIENTO DE LA IMAGEN
CORPORAL, LAS ACTITUDES HACIA LA
OBESIDAD Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN
LA EDUCACIÓN SECUNDARIA
OBLIGATORIA

Dímelo y lo olvidaré, enséñamelo y tal vez lo recuerde, implícame y lo aprenderé.
Confucio

4.1. IMAGEN CORPORAL, ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD Y ACTIVIDAD FÍSICA EN LA EDUCACIÓN FÍSICA

Numerosas investigaciones han identificado a las escuelas como un marco adecuado para promover la AF (Burgeson, Wechsler, Brener, Young y Spain, 2001; Sallis et al., 1997). Las organizaciones más importantes (Centros para el Control y la Prevención, la Asociación Nacional de Deporte y EF y la Academia Americana de Pediatría) han sugerido que los estudiantes deben participar en la EF diaria. Sin embargo, las políticas de salud escolar y los programas de estudio americanos muestran que sólo el 8% en centros de primaria, 6,4% en escuelas intermedias y un 5,8% en escuelas de secundarias proporcionan diariamente a sus alumnos AF.

Este problema no se limita a los Estados Unidos, resultados similares se han encontrado en Australia (Barnett et al., 2002), Bélgica (Cardon et al., 2004), Canadá (Dwyer et al., 2003) y Hong Kong (McFarlane y Kwong, 2003). En España igualmente, no se proporciona al alumnado una hora diaria de EF, estando limitado a dos horas semanales.

En una revisión de la investigación durante las últimas dos décadas, Lee (2002) afirma que los niveles de AF en las escuelas son increíblemente bajos.

Dada la importancia de que la AF es recomendable para la salud de los jóvenes, una IC positiva y como consecuencia unas buenas actitudes hacia las personas obesas, el estudio de estos conceptos y los factores que pueden incluir en ellos parece estar justificado. Esta información puede ser útil para orientar las intervenciones y actividades educativas dirigidas a la mejorar de la AF y/o la IC.

Duncan et al. (2002) también han sugerido que el desarrollo de una IC positiva puede llevar cambios en el estilo de vida incluyendo una mayor

participación en la AF. Esto sería particularmente relevante para la EF, ya que fomentaría un sentido de valor para el cuerpo y por lo tanto podría ayudar a mejorar la IC y a las actitudes hacia la obesidad.

Los jóvenes necesitan hoy en día herramientas para darles la posibilidad de combatir la extrema atención hacia la apariencia en nuestra cultura actual. Se abordaría a través del análisis de los medios, incluyendo análisis de las técnicas de marketing y cómo los medios de comunicación y la publicidad utilizan la IC.

Dentro de la política de cada escuela, pueden y deben ser tratados la aceptación de la diversidad, el peso y el tamaño en cuestiones de discriminación, insultos y la vergüenza por el peso.

Se deben establecer también metas para la práctica de AF. Un objetivo a perseguir sería lograr que todos los jóvenes realizaran AF por lo menos una hora al día. Reducir las actividades sedentarias (limitar el tiempo de ver la televisión a menos de 2 horas y reemplazarlo con otras actividades). Aumentar la fuerza, resistencia y condición física, disfrutar del movimiento como algo natural y agradable. Aprender habilidades físico-deportivas para mejorar la calidad de vida. Los adolescentes necesitan acceso a una variedad de actividades, de esta forma cada uno pueda tener éxito en algunas de ellas. Si las metas son alcanzables por los jóvenes de todos los tamaños y pesos, el programa de actividades estaría cuidadosa y sensiblemente bien planificado.

Estas oportunidades para la práctica de AF deben estar disponibles dentro de la jornada escolar, en actividades después de clase y en casa con la familia y amigos.

El ámbito escolar es un claro reflejo de cómo el cuerpo de los adolescentes se ve en lo que respecta a las medidas de la sociedad, lucen sus cuerpos para ganar popularidad, amigos y autoestima. Best (2000) explica que el atractivo en los jóvenes es un factor importante en la capacidad de ser populares en este contexto social.

Parece claro que las cuestiones relacionadas con la IC y las actitudes hacia la obesidad deben ser de interés para los profesores de EF. Puede ser que los niños con problemas de IC eviten la participación en EF debido a la vergüenza y a las bromas respecto al peso. Del mismo modo, es probable que la participación en actividades físicas o en las clases de EF podría aumentar la IC (Grogan, 2006). De cualquier manera la EF tiene un gran potencial como lugar de lanzamiento para programas destinados a fomentar la IC positiva del cuerpo y el comportamiento de la AF.

Un ejemplo de ello, sería establecer metas para la salud y no para el peso. Esperar que todos los chicos estén en un rango de peso ideal no es realista y puede conducir a problemas. Es más realista esperar a que los niños mantengan un peso saludable, siendo definido como el peso natural que el cuerpo adopta, mediante una dieta saludable y niveles significativos de AF.

Esto puede ser motivo de preocupación particular en los IES, donde el proceso de la pubertad puede traer problemas de imagen en los adolescentes, donde es posible hacer que los jóvenes sean más conscientes de cómo se sienten acerca de sus cuerpos en el dominio del plano físico.

Relación con el currículo de Educación Física

La salud se ha convertido en uno de los ejes de la educación, incorporándose en el currículum en los denominados temas transversales. Éstos tienen como finalidad la educación en valores, moral y cívica, que hasta la implantación de la LOGSE quedaba ubicada en el currículum oculto.

En el sistema educativo español actual existen dos tipos de contenidos: los contenidos propios de cada área y los transversales. Son estos últimos los que acogen temas de actualidad e interés social (Delgado y Tercedor, 2002) y deben ser tratados por todos y cada uno de

los miembros del equipo docente. De esta manera, y teniendo en cuenta que la escuela ha de estar en plena relación con la sociedad, creemos que es necesario que el tratamiento de la IC y las actitudes hacia la obesidad tengan cabida en el ámbito escolar dentro del tema transversal de Educación para la Salud.

A continuación, vamos a justificar dicho tratamiento con el currículo de EF. En el Real Decreto 1631/2006 de 29 de diciembre por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la educación secundaria obligatoria, y el Decreto 231/2007 de 31 de julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la educación secundaria obligatoria en Andalucía, aparecen los elementos curriculares de carácter prescriptivo (objetivos, contenidos y criterios de evaluación) y orientadores como las orientaciones metodológicas.

El sistema educativo español en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, se orientará a la consecución de fines como:

a) *“El pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades del alumnado”*. Y por destacar el directamente relacionado con nuestro área de conocimiento, *“la adquisición de hábitos intelectuales y técnicas de trabajo, de conocimiento científicos, técnicos, humanísticos, históricos y artísticos, así como el desarrollo de hábitos saludables, el ejercicio físico y el deporte.”*

Este fin del sistema educativo español, tiene su relación con la IC y las actitudes hacia la obesidad en el momento en que es nombrado *el desarrollo de hábitos saludables*. Es aquí, donde forma parte el concepto a estudiar, pues se relacionan la práctica de la AF y una correcta alimentación con una buena concepción de la IC.

Competencias básicas

La materia de EF contribuye de manera directa y clara a la consecución de dos competencias básicas en cuanto a la IC y las actitudes hacia la obesidad:

- Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico y natural. *“Esta materia proporciona conocimientos y destrezas sobre determinados hábitos saludables que acompañarán a los jóvenes más allá de la etapa obligatoria”* (R.D. 1631/2006). De esta manera y desde el área de EF, debemos trabajar el cuerpo, y con ello, conseguir que el alumnado tenga una IC del mismo positiva, afianzando su autoestima y relaciones afectivas. Supone asimismo demostrar un espíritu crítico en la observación de la realidad y en el análisis de los mensajes informativos y publicitarios.
- La competencia social y ciudadana. *“Las actividades físicas, son un medio eficaz para facilitar la integración y fomentar el respeto, a la vez que contribuyen al desarrollo de la cooperación, la igualdad y el trabajo en equipo.”* (R.D. 1631/2006). Esta competencia, contribuye indudablemente a fomentar el respeto hacia los demás y aceptar el propio cuerpo y el de los otros.

Objetivos de etapa de la ESO

La ESO contribuirá a desarrollar en el alumnado las capacidades correspondientes a la IC y las actitudes hacia la obesidad que les permitan:

R.D. 1631/2006

k. Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social. Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad. Valorar críticamente los

hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente, contribuyendo a su conservación y mejora.

En este objetivo apreciamos una relación directa con la IC, ya que se observa la importancia de que el alumno valore positivamente su propio cuerpo y evite una insatisfacción corporal que conllevará actitudes negativas hacia el mismo.

Decreto 231/2007

a. Adquirir habilidades que les permitan desenvolverse con autonomía en el ámbito familiar y doméstico, así como en los grupos sociales con los que se relacionan, participando con actitudes solidarias, tolerantes y libres de prejuicios.

Este objetivo refleja la importancia de conseguir que el alumnado sea capaz de tener una buena percepción de su IC que le ayudará a adquirir estas habilidades, donde de forma autónoma podrá desenvolverse de manera positiva en la sociedad en la que vive, con ellos/as mismas y con los demás; siendo como indica este propio objetivo, tolerantes y libres de prejuicios.

Objetivos de área de la EF

La enseñanza de la EF en esta etapa tendrá como finalidad el desarrollo de las siguientes capacidades en relación a la IC y las actitudes hacia la obesidad (R.D. 1631/2006):

2.- Valorar la práctica habitual y sistemática de actividades físicas como medio para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida.

La práctica de AF es esencial para la consecución de hábitos saludables en el alumnado, y con ello se consigue una mejora en la calidad de vida de los mismos. La IC y las actitudes hacia la obesidad está ligada con este objetivo, en el momento en que la práctica de AF tiende a mejorar la satisfacción corporal.

10.- Adoptar una actitud crítica ante el tratamiento del cuerpo, la actividad física y el deporte en el contexto social.

En este objetivo se aprecia la relación directa con la IC y las actitudes hacia la obesidad (al igual que en los objetivos de etapa), ya que se observa la importancia de que el alumnado valore positivamente su propio cuerpo y el de los demás evitando una posible insatisfacción o distorsión corporal que conllevaría a actitudes negativas hacia el mismo.

Contenidos

Los contenidos se organizan alrededor de cuatro grandes bloques: Condición Física y Salud, Juegos y Deportes, Expresión Corporal y Actividades en el medio natural.

Desde el área de la EF y desde todos los bloques de contenidos de la misma, se puede contribuir a mejorar la IC y las actitudes hacia la obesidad del alumnado. Se educará para que alcance una adecuada relación alimentación-ejercicio físico, se enfatice el disfrute en la práctica de AF frente al ejercicio como regulador del peso, se favorezca el desarrollo de actitudes positivas hacia la autoimagen y la aceptación del propio cuerpo, reconociendo sus distintas posibilidades y se enseñe al alumnado a utilizar su cuerpo como técnica de expresión corporal. La comunicación de los sentimientos y las emociones a través de movimientos corporales, como elementos claves de la expresión corporal. La manifestación de una actitud crítica ante los medios de comunicación, que potencian unos determinados modelos y estereotipos corporales. Y se promueva y se potencien estilos de vida saludables.

Evaluación

De manera directa, dentro de los criterios de evaluación, la IC guarda relación con un criterio específico de 4º de la ESO (R.D: 1631/2006):

5. *Manifiestar una actitud crítica ante las prácticas y valoraciones que se hacen del deporte y del cuerpo a través de los diferentes medios de comunicación.*

Con este criterio se pretende que el alumnado, a partir del análisis de la información que ofrecen los medios de comunicación, aborde temáticas vinculadas al deporte y al cuerpo, vigentes en la sociedad y analice de forma crítica temas como la IC y los estilos de vida en la sociedad actual.

LOE, R.D. 1631/2006, D. 231/2007				
Competencias básicas - Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico y natural - Competencia social y ciudadana	Objetivos etapa R.D. 1631/2006: objetivo k D. 231/2002: objetivo: a	Objetivos área R.D: 1631/2006: objetivo 2 y 10	Contenidos Condición Física y Salud, Juegos y Deportes, Expresión Corporal y Actividades en el medio natural	Evaluación R.D. 1631/2006: criterio 5 (4º ESO)

Figura 9. Aproximación de la IC al currículo de EF en la ESO

4.2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN ESCOLAR E IMPLICACIONES DIDÁCTICAS PARA LA MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL Y LAS ACTITUDES HACIA LA OBESIDAD A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN FÍSICA

El objetivo de este punto es proporcionar una visión general de la investigación en los programas escolares de la IC y las actitudes hacia la obesidad para mostrar las diferentes tendencias y proponer consideraciones e implicaciones didácticas futuras en este ámbito. Para ello se exponen las investigaciones más relevantes sobre esta temática.

Existen multitud de programas de intervención para mejorar la IC, el IMC, la alimentación, la práctica de AF y las actitudes hacia la obesidad en poblaciones clínicas, en estudiantes universitarios de EF (Yager y O'Dea, 2009, 2010) y en estudiantes universitarios de otras titulaciones (O'Brien y LeBow, 2007; Slater y Tiggemann, 2000; Zabinski, Calfas, Gehrman, Wilfley y Sallis, 2001) en la literatura científica. En el apartado que nos ocupa nos centraremos sólo en los programas de intervención escolares (tabla 15).

Hay dos razones principales para el desarrollo de los programas de la IC en edad escolar. En primer lugar, porque los jóvenes tienen problemas de IC y la prevalencia de estudios han confirmado que los adolescentes están insatisfechos con sus cuerpos. La segunda razón es que son una importante influencia sobre las actitudes de los compañeros, y por lo tanto sus actitudes hacia los ideales socio-culturales de delgadez también deben cambiar para permitir la mejora del entorno social de los jóvenes.

Los programas escolares hasta la fecha revelan varias tendencias a lo largo de las tres décadas más recientes. Una revisión basada en las estrategias de la escuela en relación a la educación sanitaria para la mejora de IC y la prevención de los problemas de alimentación fue publicada en 2005 por O'Dea. Esta revisión identifica 21 estudios aleatorizados y controlados llevados a cabo en los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Australia, Inglaterra, Israel, Suiza e Italia. Los primeros estudios de prevención fueron concebidos con un gran enfoque en la prestación de las adolescentes con información sobre los trastornos alimentarios, hechos sobre los peligros de la dieta, el conocimiento de la nutrición, el análisis de la construcción social de los ideales culturales del cuerpo y la construcción del estereotipo corporal ideal. Estos estudios de intervención temprana mostraron una mejoría sobre el conocimiento de TCA y los problemas de control de peso, pero creó poco impacto en la mejora de la IC.

Tabla 15. Estudios de intervención escolar en IC y actitudes hacia la obesidad

Estudio	Muestra	Objeto estudio	Intervención	Conclusiones
O'Dea y Abraham (2000)	470 estudiantes (11-14 años)	- Mejorar la autoestima, IC y alimentación	<i>"Everybody's Different"</i> - 9 clases semanales de 50-80 min. y tareas a domicilio - Manejar el estrés - Autoestima - Estereotipos - Auto-evaluación positiva - Habilidades comunicación	- Mejoró la satisfacción corporal, autoestima, aceptación social, apariencia física, y la capacidad atlética - Los cambios perduraron 1 año después
Neumark-Sztainer, Story, Hannan y Rex (2003)	- 86 chicas (intervención) - 112 chicas (control)	- Producir cambios positivos en la AF. - Mejorar la alimentación - Ser crítico a la delgadez	<i>"New Moves"</i> (16 semanas) - AF: 4 días a la semana - Apoyo social: 1 vez cada dos semanas - Alimentación: 1 vez cada dos semanas	- Impacto positivo en la AF, alimentación e IC - No fueron significativas en el seguimiento
Gehrman, Hovell, Sallis y Keating (2006)	49 niños (10-11 años)	- Evaluar los efectos de la AF y nutrición en la IC	8 semanas - AF - Alimentación	- Cambios positivos pero no significativos en la IC y la obsesión por la delgadez
Huang, Norman, Zabinski, Calfas y Patrick (2007)	657 adolescentes	- Aumentar la AF - Reducir el sedentarismo - Mejorar alimentación	<i>"PACE +"</i> (1 año) - IC - AF - Alimentación	- No diferencias significativas IC - Las chicas que experimentaron pérdida de peso, lo mantuvieron y posteriormente mejoraron su IC
Contreras, Madrona, García, Fernández y Pastor (2010)	637 alumnos de 1º y 2º ESO	- Prevenir la distorsión de la IC y la insatisfacción corporal	12 sesiones de 50 min. - IC - Distorsión perceptiva - Pensamiento acerca del cuerpo - Sentimientos que produce la percepción - Expresar sentimientos	- Mejora de la percepción de la IC
Richardson y Paxton (2010)	194 estudiantes (edad media: 12 años)	- Mejorar la IC	<i>"HappyBeing Me"</i> - 3 sesiones 50 min/sem - Internalización ideal de delgadez. Medios comunicación - Impacto de la obesidad y burlas - Comparaciones acerca de la IC	- Mejoras positivas en IC, la restricción de la dieta y la autoestima
Llargués, et al. (2012)	781 estudiantes primaria	-Mejorar la AF, IMC y alimentación	Empleo del método IVAC (4 años) AF-Alimentación	- Reducción de la obesidad

Estudios posteriores se han centrado más en el estudiante y en la interacción educativa con un enfoque en la mejora de la IC a través del desarrollo de la autoestima y el rechazo de los estereotipos de género en los medios de comunicación. En el estudio "Everybody's Different" implementado por O'Dea y Abraham (2000) estudiaron los adolescentes de ambos sexos, incluidos aquellos que eran de "alto riesgo" para los TCA y los que tenían sobrepeso. El objetivo de este estudio fue mejorar la estima del cuerpo dando a los estudiantes una "dosis" de autoestima general. El programa combina el desarrollo de un sentido positivo de sí mismo y la gestión del estrés con un análisis dirigido por pares, el rechazo del género cultural, los estereotipos de la IC y los ideales de los medios de comunicación. Se alenta a los estudiantes a aceptar una amplia gama de características propias y tolerancia a la diversidad de los demás.

La mayoría de los estudios que han examinado los efectos de la actividad de las intervenciones sobre la IC han encontrado mejoras en la satisfacción con la misma. Sin embargo, algunos investigadores están preocupados por si la AF puede conducir a una mayor conciencia y preocupación sobre el peso y la forma en que aumentaría la insatisfacción corporal (Davis, 1990; Katz, 1986; Kron, Katz, Gorzynski, y Weiner, 1978).

El estudio de Neumark-Sztainer, et al. (2003) mostró información acerca de la nutrición, la dieta, y TCA, y también presentó los nuevos temas de comportamiento de modificación para el control del peso, las habilidades en el análisis de los medios de comunicación y la asertividad. Este estudio dio como resultado la reducción de las tendencias bulímicas y la mejora de los patrones de alimentación.

Desde 2005 ha habido un avance significativo hacia programas cuyo objetivo es combinar los factores de riesgo para la obesidad y los TCA con un enfoque adicional en la reducción de peso y bullying. Otra tendencia es el creciente interés en la política de la escuela, el entorno escolar y la ética, y la inclusión de los padres y la comunidad en línea con un enfoque ecológico de Promoción de la Salud.

Un reciente estudio basado en un programa escolar sobre la IC tiene en cuenta la alfabetización de los medios. Richardson y Paxton (2010) evaluaron la eficacia de una intervención escolar sobre la IC de los adolescentes. Los participantes fueron 194 chicas de dos escuelas de secundaria de Melbourne (una formó parte del grupo control y la otra del grupo experimental). El grupo de intervención participó en el programa “*HappyBeing Me*” de 3 sesiones de IC de 50 minutos, mientras que el grupo control recibió sus clases habituales. Todas las participantes tuvieron un seguimiento posterior de 3 meses. El grupo de intervención mostró resultados significativamente más positivos que el grupo control en las medidas de IC, la restricción de la dieta y la autoestima.

Huang et al. (2007) determinaron el efecto de una intervención (PACE + “*Patient-Centered Assessment and Counseling for Exercise Plus Nutrition Project*”) de un año de duración centrada en la AF, el sedentarismo y la IC con 657 adolescentes. No se observaron diferencias significativas en la IC en los jóvenes (chicos y chicas) tras la intervención, aunque la insatisfacción corporal no empeoró como resultado de la participación en dicho programa. Las chicas que experimentaron pérdida de peso tras la intervención, mantuvieron dicho peso y tras meses posteriores mejoraron su satisfacción corporal.

Muchos de los programas diseñados para mejorar la IC se han llevado a cabo en las escuelas primarias. Very Important Kids (V.I.K.) y Healthy Schools-Healthy Kids (HS-HK) son dos ejemplos de programas que se han llevado a cabo durante todo el año escolar con niños de edades entre 10-12 años. Estos programas tienen un enfoque amplio, e incluye temas de aceptación de tamaño, la reducción de peso basado en bromas, y la vida sana a lo largo de varios aspectos formales e informales del currículo.

Llargués et al. (2012) concluyen que la intervención educativa mediante el empleo del método pedagógico IVAC (Investigación, Visión, Acción y Cambio) ayuda a contener el actual incremento de la obesidad

infantil. Estos autores realizaron un estudio longitudinal experimental de 4 años de duración para evaluar un programa de intervención dirigido a escolares de primer curso de primaria con el fin de determinar si los beneficios observados en alimentación, AF e IMC se mantenían a los 2 años de haber finalizado dicha intervención. Para ello, promovieron hábitos de alimentación saludables y potenciaron la AF mediante la pedagogía educativa (IVAC) aplicada a lo largo de dos cursos escolares. Los resultados mostraron un mayor incremento de IMC de los escolares del grupo control, mientras que en el grupo de intervención se redujo la prevalencia de obesidad. A los dos años se mantuvo la reducción del incremento del IMC independientemente del sexo, la procedencia, la obesidad materna y el nivel de estudios de los progenitores.

Por el contrario, Gehrman, et al. (2006) no encontraron tales diferencias significativas entre el grupo control y el experimental. Estos autores evaluaron los efectos de la AF en intervención nutricional en la insatisfacción corporal, la obsesión por la delgadez y las preocupaciones que tienen los preadolescentes con el peso. Cuarenta y nueve niños y niñas de 10 a 12 años participaron en la intervención de 8 semanas (35 niños y niñas en el grupo control). Los participantes en ambos grupos mostraron cambios positivos pero no significativos en la IC y la obsesión por la delgadez después de la prueba, no hubo diferencias significativas entre los grupos.

En España también se han realizado programas de intervención para la mejora de la IC. El programa PICTA (Programa preventivo sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación) (Maganto, del Río y Roiz, 2002) es un instrumento de gran utilidad para trabajar con adolescentes y preadolescentes en la prevención de los riesgos que pueden desembocar en trastornos de la alimentación. De una forma amena y práctica se analizan los aspectos referentes a la IC que tienen los jóvenes de sí mismos y de los demás y las causas o mecanismos psicológicos que pueden dar lugar a trastornos de la conducta alimentaria, tan frecuentes

en las sociedades desarrolladas, como la anorexia y la bulimia. El programa, desarrollado en la Universidad del País Vasco, ha sido contrastado en diversas experiencias y ha demostrado su utilidad y eficacia, así como una excelente aceptación por parte de los adolescentes. Los psicólogos, educadores, terapeutas y trabajadores sociales disponen ahora de una herramienta atractiva y eficaz para trabajar con jóvenes, tanto a efectos meramente preventivos, como si se encuentran ya en situaciones de riesgo.

En el año 2005 se puso en marcha la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), con el objetivo de sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud, y de impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables, principalmente a través de una alimentación saludable y de la práctica regular de actividad física. Además de la estrategia NAOS, en el mismo año se puso en marcha el estudio EVASYON. Este es un estudio educacional útil dirigido específicamente a adolescentes con sobrepeso u obesidad a partir de los resultados obtenidos del estudio AVENA.

Por otra parte, autores como Conteras et al. (2010) desarrollaron un programa escolar de EF para prevenir la distorsión de la IC y la insatisfacción corporal, elementos integrantes de los trastornos alimentarios de los alumnos de ESO. La experiencia se realizó con 673 alumnos de primer y segundo curso de ESO. Esta investigación ha demostrado que el programa concebido para prevenir la distorsión e insatisfacción corporal a través de aportaciones cognitivo-conductuales, de aprendizaje cognitivo-social y de EF ha mejorado la percepción de los alumnos sobre su propia IC.

Implicaciones didácticas

El tratamiento ideal de la obesidad es la prevención, y la escuela parece un lugar adecuado para informar y educar acerca de los hábitos saludables de AFD y alimentación, así como para promover una IC positiva y erradicar en la medida de lo posible las actitudes negativas hacia la obesidad. Los centros de enseñanza tienen un papel importante para desempeñar una promoción de la salud debido a su carácter obligatorio hasta los 16 años.

Delgado y Tercedor (2002) proponen diferentes técnicas en Educación para la Salud (EPS), las cuales se deberían estar utilizando en las clases de EF en estas etapas educativas. Tales técnicas son: comunicación educador-alumno, counselling (consejo asistido), role-playing, técnicas de puzzle y grupos de discusión.

En lo referente a la obesidad, Santos (2005) propone estructurar la batalla en torno a tres ejes. El primer paso sería ayudar al alumnado con sobrepeso y obesidad (deber inmediato e inexcusable) a solucionar su problema. El segundo paso, tal y como indica la ley, sería promover y formar para una AF regular vinculada a la adopción de hábitos saludables de alimentación que incidan positivamente sobre la salud y la calidad de vida. Y en tercer y último lugar, es motivar la búsqueda de soluciones y acciones comunitarias encaminadas a combatir la obesidad. Además este autor propone establecer un refuerzo en los centros educativos de una o dos horas extra de clase semanal para dicho fin, con ayuda física y psicológica. Concretamente el profesor de EF debe orientar al alumnado a lograr cambios en las actividades de la vida cotidiana y a disminuir el tiempo dedicado a actividades sedentarias (televisión, videoconsola, ordenador, etc.).

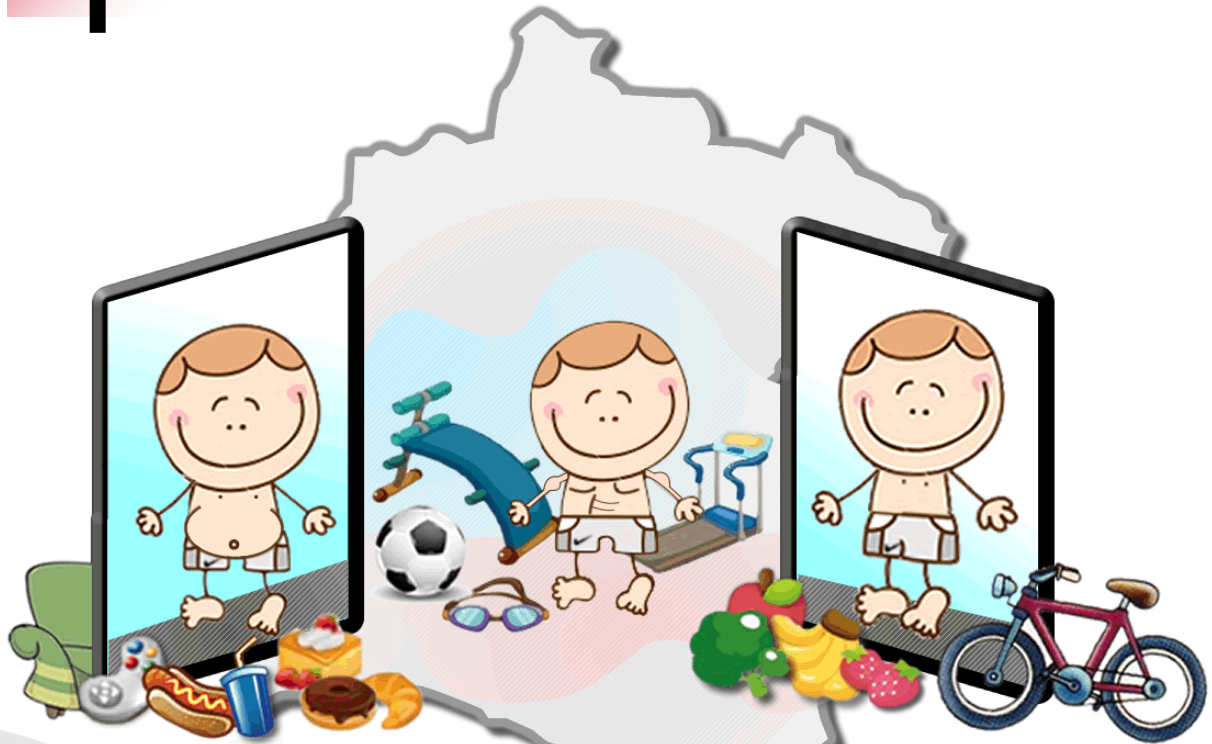
A continuación, en la tabla 16 se muestran los contenidos propuestos por diversos autores para la mejora de la IC y las actitudes hacia la obesidad.

Tabla 16. Contenidos a trabajar en la EF para la mejora de la IC y las actitudes hacia la obesidad

Autor	Contenidos	
O'Dea y Abraham (2000)	Manejar el estrés	Relajación
	Autoestima	Formación e identificación de características únicas
	Estereotipos	Ser críticos con los ideales masculinos y femeninos
	Autoaceptación	Aprender a valorar la originalidad y a aceptarse
	IC	Técnicas para aprender a mejorar la IC
	Habilidades sociales	Juegos de rol
	Habilidades comunicativas	Juego Pictionary para fomentar la autoestima
Neumark-Sztainer, et al. (2003)	AF	Beneficios y disfrute de la AF El auto-monitoreo de la actividad Sedentarismo Componentes de la aptitud física, la fuerza muscular y la resistencia, capacidad aeróbica, la flexibilidad y composición corporal Principios FITT Recursos en la comunidad que promuevan y apoyen AF
	Apoyo social	IC Medios de comunicación Las dietas poco saludables Asertividad Controlar el estrés
	Alimentación	Alimentación saludable, pirámide.
Contreras, et al. (2006)	AF y deporte saludable	Cualquier tipo de deporte o AF sin exceso beneficia la salud corporal y por tanto la belleza física
	Alimentación	Preocuparse excesivamente por la figura lleva a ponerte a dieta, olvidando que una buena alimentación mejora la belleza física
	Figura corporal y autoaceptación	Aceptarse tal y como uno es, expresándose con el cuerpo como a cada uno le guste
	Ropa	No obsesionarse con las tallas y crear un estilo propio
	Medios de comunicación	Ser críticos con los medios de comunicación y con el ideal de belleza que venden
	Belleza personal	Conseguir la belleza personal sin tener que seguir los modelos publicitarios
	Autoestima	La forma de ser enriquece la belleza física
Richardson y Paxton (2010)	Medios de comunicación	Técnicas de manipulación que realizan los medios de comunicación para lograr el ideal de belleza.
	Apariencia	El cuerpo ideal varía a través del tiempo y de las culturas
	Burlas sobre obesidad	Respeto a los demás
	Autoaceptación	Aceptarse tal y como uno es, expresándose con el cuerpo como a cada uno le guste.

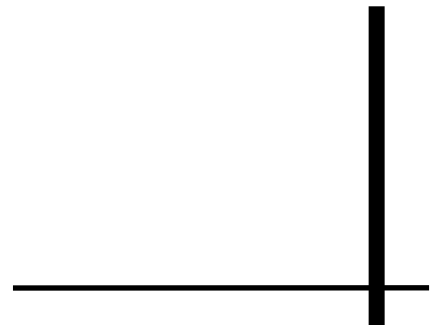
Por otro lado, y añadiendo la IC y las actitudes hacia la obesidad, diversos autores (Ortega, 2010; Peiró, 1995; Sánchez-Bañuelos, 1996) en las clases de EF indican que hay que tener en cuenta:

- Favorecer más la participación que el rendimiento, el objetivo será el esfuerzo y la mejora personal, y no el ser mejor que los demás.
- Proporcionar experiencias agradables que estimulen la motivación intrínseca.
- Informar de la importancia de la AF para la salud y favorecer experiencias reflexivas en el alumnado.
- Proporcionar feedbacks positivos por el profesorado.
- Adaptar medidas compensatorias sobre ciertos alumnos/as con anomalías funcionales leves.
- Favorecer que el alumnado perciba cierta habilidad y condición física, producidas por la AF, lo cual desembocará una mayor atracción sobre la misma.



CAPÍTULO 5

METODOLOGÍA



5.1. CONTEXTO Y MUESTRA

Los participantes que componen la muestra son, por un lado, 1.890 estudiantes de ESO de la provincia de Huelva, matriculados en los cursos 1º, 2º, 3º y 4º de ESO, y por el otro, 161 docentes de ESO.

La recogida de datos se realizó durante el curso académico 2009/2010. La edad de los estudiantes estaba comprendida entre los 11 y los 18 años ($M= 14,00$; $SD= 1,41$). En la tabla 17 se recoge la distribución de los estudiantes en función del curso, género y edad.

Tabla 17. Distribución de los participantes en función del curso, género y edad

Curso	1º ESO		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
Género	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
N	288	275	271	228	237	231	163	194
Edad media	12,58		13,68		14,63		15,83	
Total	563		499		468		357	

En este estudio participaron 45 IES de la provincia de Huelva (tabla 18). Para seleccionar la muestra se contactó con todos los profesores de EF de ESO de la provincia de Huelva. Finalmente accedieron a participar 86 de estos profesores. Usando un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados, para cada profesor se seleccionó aleatoriamente un grupo de clase de entre aquellos a los que impartía docencia.

En el gráfico 1 se muestra la distribución del alumnado de ESO en función de cada IES.

Tabla 18. IES participantes de la provincia de Huelva

Localización geográfica	IES
Aljaraque	Fuente Juncal
Almonte	Doñana
Aracena	La Ribera
Aroche	San Blas
Ayamonte	Turóbriga
Alosno	González de Aguilar
Beas	Guadiana
Bollullos Par del Condado	La Alhora
Calañas	La Campiña
Cartaya	San Antonio
Corrales	Diego Macías
Cumbres Mayores	Sebastián Fernández
Gibraleón	Juan Antonio Pérez Mercader
Hinojos	José M ^a Morón y Barrientos
Huelva	Odiel
	El Valle
	Alonso Sánchez
	Alto Conquero
	Clara Campoamor
	Estuaría
	Fuentepiña
	La Marisma
	La Rábida
	La Orden
	Pablo Neruda
	Pintor Pedro Gómez
	San Sebastián
Isla Cristina	Padre J. Mirabent
Jabugo	Galeón
Lepe	San Miguel
Mazagón	La Arboleda
Moguer	Odón Betanzos
Nerva	Francisco Garfias
Niebla	Juan Ramón Jiménez
Palos de la Frontera	Vázquez Díaz
Río Tinto	Alfonso Romero Barcojo
San Bartolomé de la Torre	Carabelas
San Juan del Puerto	Cuenca Minera
Valverde del Camino	Puerta del Andévalo
Villalba del Alcor	Diego Rodríguez Estrada
Villanueva de los Castillejos	Don Bosco
Zalamea la Real	Diego Angulo
	Alcor
	Tres Molinos
	Nuevo Milenio

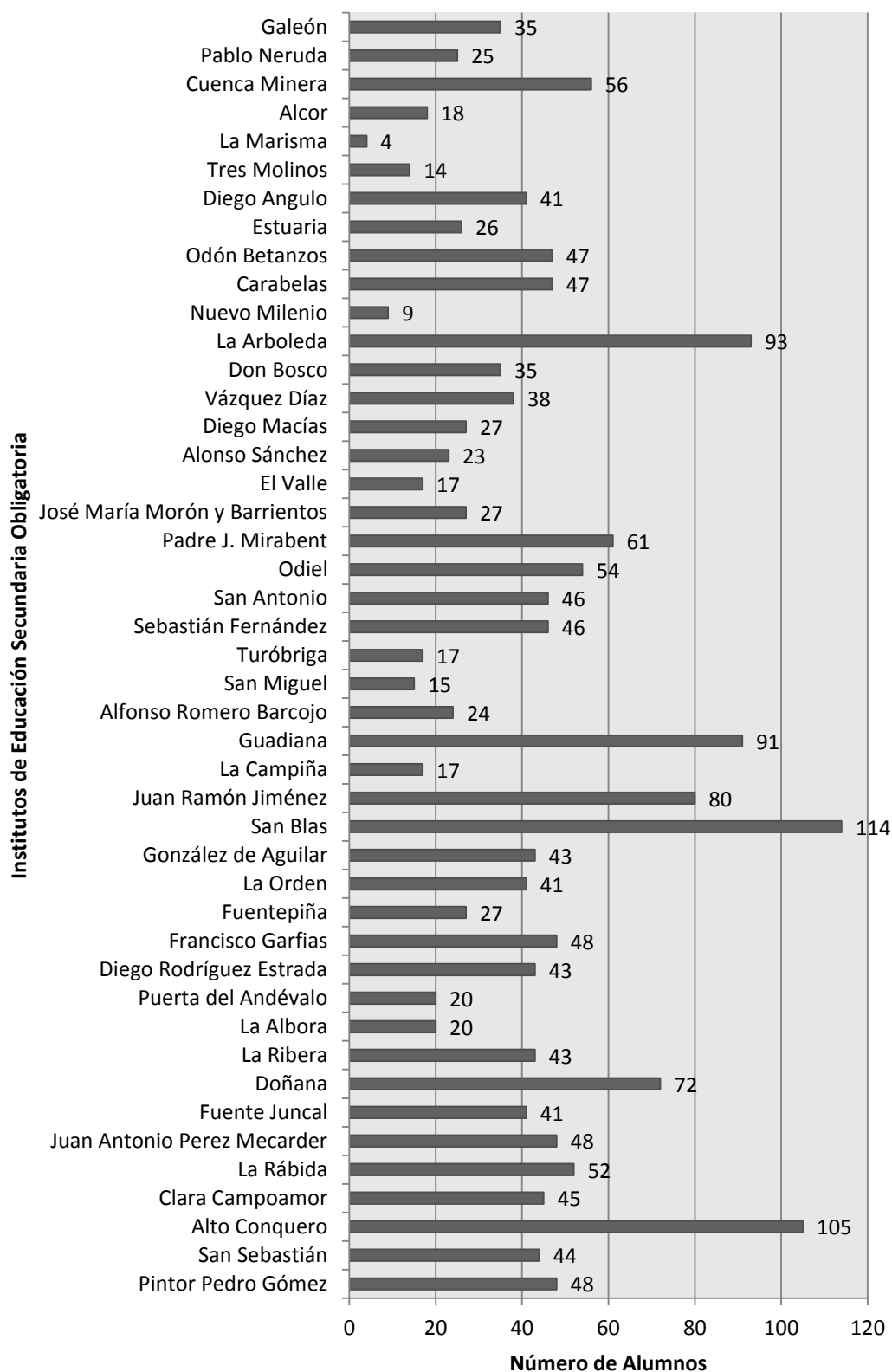


Gráfico 1. Distribución del alumnado en función del IES

Junto a los 86 profesores de EF se estudió a 75 profesores de MAT, seleccionados de forma que impartieran docencia al mismo grupo de alumnos que el correspondiente profesor de EF. La edad de estos profesores estaba comprendida entre los 25 y los 58 años ($M= 38,28$; $SD= 8,40$), y su experiencia docente fluctuaba desde 1 hasta 38 años ($M= 11,89$; $SD= 8,76$) En la tabla 19 se recoge la distribución del profesorado en función de la docencia, género, edad y año de inicio en la docencia.

Tabla 19. Distribución de los participantes en función de la docencia, género, edad y año de inicio en la docencia

Docencia	EF		MAT	
Género	Masc.	Femen.	Masc.	Femen.
N	69	17	34	41
Edad media	37,20		39,52	
Experiencia docente media	12,12		11,69	
Total	86		75	

En el gráfico 2 se muestra la distribución del profesorado de ESO en función a los IES de referencia.

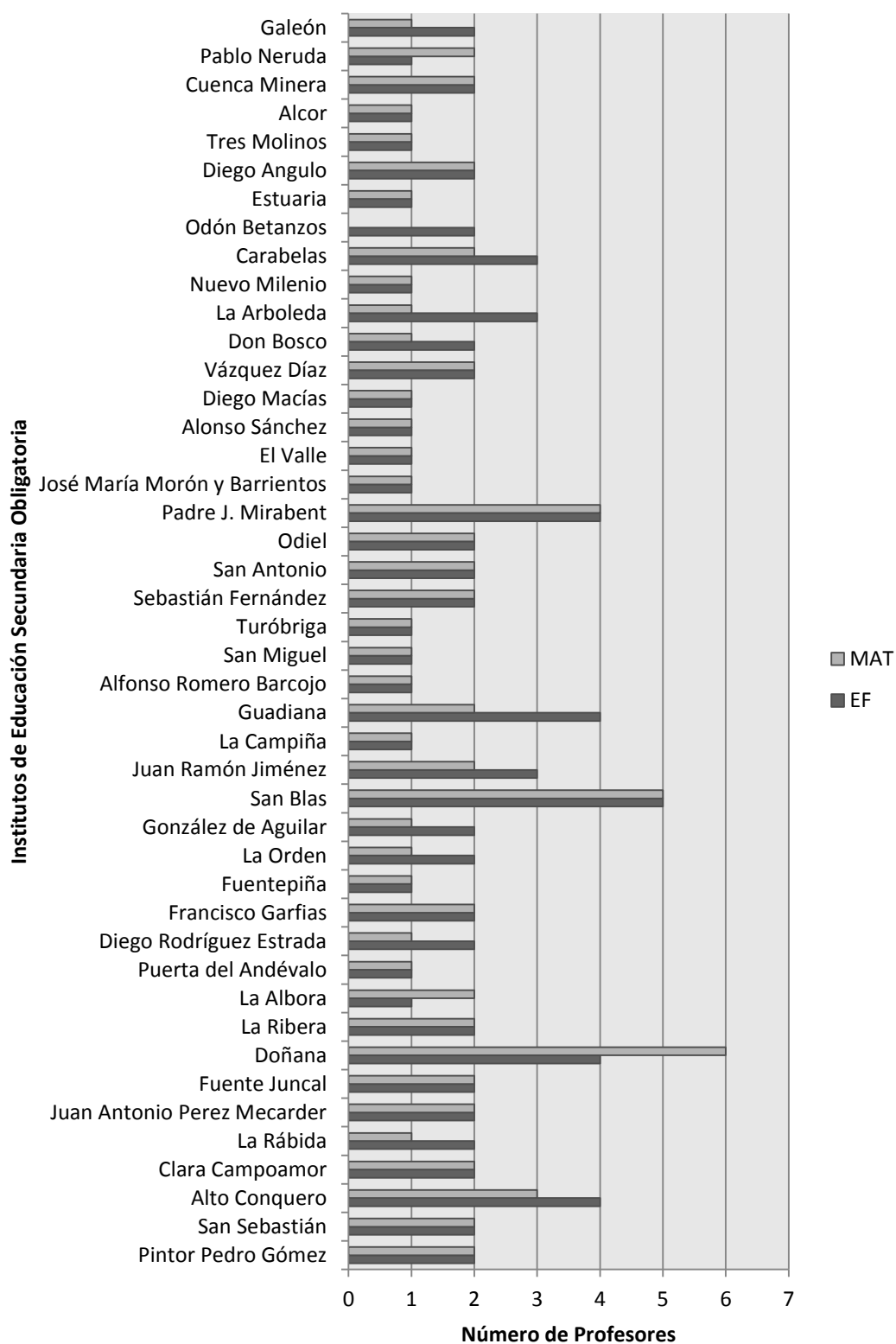


Gráfico 2. Distribución del profesorado en relación a los IES

5.2. VARIABLES DE ESTUDIO

5.2.1 Variables de la investigación

Para conocer la IC y las actitudes hacia la obesidad del alumnado y profesorado de EF, las variables del estudio fueron clasificadas en siete dimensiones para los estudiantes y cuatro para los docentes. Estas dimensiones se presentan de un modo esquemático en la tabla 20.

Tabla 20. Relación de las dimensiones con las variables de estudio

Alumnado		Profesorado	
Dimensión	Variables	Dimensión	Variables
Datos socio-demográficos	- Edad - Género - Curso - IES	Datos socio-demográficos	- Edad - Género - Titulación - Experiencia docente
Composición corporal	-Peso - Altura - IMC	Composición corporal	- Peso - Altura - IMC
Satisfacción global IC	- Insatisfacción corporal componente actitudinal - Grado de insatisfacción - Tipo de insatisfacción - Obsesión por la delgadez - Bulimia	Satisfacción global IC	- Insatisfacción corporal componente actitudinal - Grado de insatisfacción - Tipo de insatisfacción
Componente cognitivo IC	- Pensamientos negativos - Pensamientos positivos	Actitudes hacia la obesidad	- Actitudes explícitas (Aversión, miedo a engordar y fuerza de voluntad) - Actitudes implícitas (actitudes negativas hacia la obesidad y estereotipos)
Componente comportamental IC	- Modo de llevar la ropa - Actividades sociales - Restricción de comida - Pesarse y acicalarse	Estilos de enseñanza (sólo EF)	- Uso - Percepción
AF habitual	- AF durante verano - AF durante fin de semana - AF diaria		
Actitudes hacia la obesidad	- Actitudes explícitas (Aversión, miedo a engordar y fuerza de voluntad)		

Las variables, en función de su papel en la relación objeto de estudio, fueron divididas en predictoras o antecedentes y consecuentes o de resultado. Las variables predictoras son las que elegimos libremente, o manipulamos, para verificar su efecto en, o su relación con, las variables consecuentes (Morales, 2008). En función del objetivo a estudiar la misma variable puede ser predictoras o consecuente dependiendo de con qué otra variable se relacione.

5.2.1.1. Relación de los objetivos con las variables de investigación

En primer lugar se presenta la relación de las dimensiones con los objetivos generales del estudio, tanto del alumnado (tabla 21) como del profesorado (tabla 22) y con el objetivo general de validación de dos instrumentos.

Tabla 21. Dimensiones y objetivos generales del estudio para el alumnado

Dimensión	Objetivo general
Dimensión 1: Datos sociodemográficos	Describir las características sociodemográficas que constituye la muestra
Dimensión 2: Composición corporal	Conocer la composición corporal
Dimensión 3: Satisfacción global IC	
Dimensión 4: Componente cognitivo IC	Conocer la IC del alumnado y validar al español el BIAQ
Dimensión 5: Componente comportamental IC	
Dimensión 6: AF habitual	Identificar el nivel de AF habitual
Dimensión 7: Actitudes hacia la obesidad	Estudiar las actitudes hacia la obesidad del alumnado y validar al español el AFA

Tabla 22. Dimensiones y objetivos generales del estudio para el profesorado

Dimensión	Objetivo general
Dimensión 1: Datos sociodemográficos	Describir las características sociodemográficas que constituye la muestra
Dimensión 2: Composición corporal	Conocer la composición corporal
Dimensión 3: Satisfacción global IC	Conocer la IC del profesorado y validar al español el BIAQ
Dimensión 4: Actitudes hacia la obesidad	Estudiar las actitudes hacia la obesidad y validar al español el AFA
Dimensión 5: Estilos de enseñanza	Determinar el estilo de enseñanza del profesorado de EF

En segundo lugar, de acuerdo con los objetivos generales de cada dimensión, se sistematizan los objetivos específicos y las variables a analizar del alumnado (tabla 23) y del profesorado (tabla 24).

Tabla 23. Objetivos específicos y variables de cada una de las dimensiones del estudio en el alumnado

Dimensión	Objetivo específico	Variables
Dimensión 1: Datos socio-demográficos	- Detallar la edad, el género, el curso y el IES	- Edad, género, curso e IES
Dimensión 2: Composición corporal	- Clasificar y describir el IMC.	- Peso, altura e IMC
Dimensión 3: Satisfacción global IC	- Valorar la percepción de la IC real y deseada mediante el uso de siluetas corporales. - Evaluar el grado y tipo de insatisfacción corporal mediante el uso de siluetas corporales. - Determinar el grado de satisfacción corporal global. - Estudiar la obsesión por la delgadez y la bulimia - Conocer las dimensiones de la IC en relación con el género, la edad, el curso y el IMC. - Estudiar la relación de la insatisfacción corporal general y cognitiva en el aspecto comportamental de la IC.	- Insatisfacción corporal, componente actitudinal, grado de insatisfacción, tipo de insatisfacción, obsesión por la delgadez y bulimia - Variables de la dimensión 1, 2, 4 y 5
Dimensión 4: Componente cognitivo IC	- Estudiarla insatisfacción corporal en su componente cognitivo.	- Pensamientos negativos y pensamientos positivos
Dimensión 5: Componente comportamental IC	- Estudiar las conductas de evitación de situaciones relacionadas con la IC.	- Modo de llevar la ropa, actividades sociales, restricción de comida y pesarse y acicalarse
Dimensión 6: AF habitual	- Conocer el tipo de AF realizada en verano, fin de semana y diaria en relación al género, edad, curso e IMC. - Determinar la relación entre la AF y las dimensiones de la IC.	- AF durante verano, AF durante fin de semana y AF diaria - AF + variables dimensión 3, 4 y 5
Dimensión 7: Actitudes hacia la obesidad	- Analizar dichas actitudes mediante medidas explícitas. - Analizar las posibles relaciones entre las actitudes hacia la obesidad con el género, la edad, el curso y el IMC. - Estudiar la relación de las actitudes hacia la obesidad en las dimensiones de la IC. - Estudiar la relación de las actitudes hacia la obesidad en la práctica de AF.	- Actitudes explícitas (Aversión, miedo a engordar y fuerza de voluntad) - Actitudes explícitas + variables dimensión 3, 4, 5 y 6

Tabla 24. Objetivos específicos y variables de cada una de las dimensiones del estudio en el profesorado

Dimensión	Objetivo específico	Variables
Dimensión 1: Datos sociodemográficos	- Detallar la edad, el género, la titulación y el año de inicio en la docencia.	- Edad, género, titulación y año de inicio en la docencia
Dimensión 2: Composición corporal	- Clasificar y describir el IMC.	- Peso, altura e IMC
Dimensión 3: Satisfacción global IC	- Valorar la percepción de la IC real y deseada mediante el uso de siluetas corporales. - Evaluar el grado y tipo de insatisfacción corporal mediante el uso de siluetas corporales. - Determinar la satisfacción corporal global en relación con el género, la edad, la titulación, el año de inicio en la docencia y el IMC. - Estudiar la influencia de la insatisfacción corporal general del profesorado de EF en el aspecto comportamental de la IC y la AF del alumnado.	- Insatisfacción corporal, componente actitudinal, grado de insatisfacción y tipo de insatisfacción -Variable dimensión 1 y 2 - Variables dimensión 5 del alumnado
Dimensión 4: Actitudes hacia la obesidad	- Analizar dichas actitudes mediante medidas explícitas e implícitas. - Identificar qué relaciones existen entre ambos constructos. - Analizar las posibles relaciones entre las actitudes hacia la obesidad con el género, la edad, la titulación, el año de inicio en la docencia, el IMC, y la IC. - Estudiar la relación entre los prejuicios hacia la obesidad del profesorado de EF y la AF que realizan los estudiantes de ESO.	- Actitudes explícitas (Aversión, miedo a engordar y fuerza de voluntad) - Variables dimensión 1 - Variables dimensión 6 del alumnado
Dimensión 5: Estilos de enseñanza	- Describir el uso y la percepción de los EE de Mosston y Ashworth. - Estudiar la relación de los EE con las actitudes hacia la obesidad.	- Uso y percepción EE + variables dimensión 4

5.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En este punto se especifica en primer lugar el tipo de diseño empleado en la investigación y seguidamente se procede a la identificación de las técnicas de análisis empleadas para dar cuenta de los objetivos de la misma.

Los objetivos del proyecto serán abordados a través de un estudio empírico con metodología cuantitativa. Si tenemos en cuenta la forma de seleccionar a los participantes y la técnica de recogida de datos, el diseño de la investigación se puede clasificar como un diseño de encuestas. En cambio, si tenemos en cuenta los objetivos concretos del proyecto, éste puede ser clasificado como un estudio ex post facto (primer objetivo específico) o como un estudio instrumental (segundo objetivo específico).

Los datos se registraron en el programa informático SPSS versión 18.0 para Windows. Con el mismo programa se realizaron los diferentes análisis, exceptuando los análisis factoriales confirmatorios que se realizaron con el EQS versión 6.1 para Windows.

El estudio de las propiedades psicométricas de los instrumentos usados se realiza mediante el cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach de cada escala –para el estudio de la fiabilidad entendida como consistencia interna-, el cálculo de coeficientes de correlación con variables relacionadas teóricamente –para el estudio de la red nomológica de relaciones- y análisis factoriales confirmatorios –para el estudio de la dimensionalidad de los instrumentos.

Se realizó un análisis descriptivo para las variables de estudio. Para las variables cualitativas se ha utilizado la distribución de frecuencias (%), y para las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación típica (Sánchez y Carmona, 2004).

Para el estudio de las relaciones simples entre variables se efectuaron análisis bivariantes. Se utilizaron tablas de contingencia para variables cualitativas aplicando el test de chi-cuadrado; la fuerza de

asociación fue expresada como la razón del producto cruzado (*odds ratio*, OR), con el intervalo de confianza del 95%. Se aplicó el análisis de la varianza (ANOVA) para el estudio de las relaciones entre variables predictoras categóricas y variables criterio cuantitativas. En el caso de que las variables categóricas tuvieran sólo dos valores se usó la prueba *t* de *student*. La asociación entre variables cuantitativas se exploró por el coeficiente de correlación de Pearson.

Para el estudio de la capacidad predictiva de diferentes predictores se realizaron análisis de regresión lineal. Los parámetros para estimar la fuerza de asociación fueron el coeficiente de correlación parcial (*r* parcial) y el coeficiente de determinación (R^2 ajustado).

5.4. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

En este punto se presentan los instrumentos de investigación. Se divide en dos partes, por un lado se comentarán los instrumentos correspondientes al alumnado (anexo 1), y por otro lado los correspondientes al profesorado tanto de EF (anexo 2) como de MAT (anexo 3).

5.4.1. Alumnado

Para determinar la IC, las actitudes hacia la obesidad y la AF del alumnado fue creado un documento (anexo I) constituido por los cuestionarios que se detallan a continuación y que se rellenan de manera anónima.

5.4.1.1. Composición corporal

La medición del peso fue expresada en kilogramos (Kg) y la estatura en metros (m), siguiendo el protocolo de Aragonés, Casajús, Rodríguez y Cabañas (1993) con el objetivo de calcular el IMC, expresado en kilogramos por metro cuadrado (Kg/m^2).

Medición del peso

En sentido estricto debería utilizarse el término de masa corporal en lugar de peso corporal. La medida del peso se expresa en kilogramos. La báscula utilizada es de la marca Seca (kg), con una precisión de 0,1 kg.

El sujeto ha de colocarse de pie, descalzo y con un mínimo de ropa (pantalón corto y camiseta) en el centro de la báscula, distribuyendo el peso por igual entre ambas piernas, sin que el cuerpo esté en contacto con nada que haya alrededor y con los brazos colgando libremente a ambos lados del cuerpo.

Medición de la estatura

La estatura se define como la distancia que existe entre el vértex y el plano de sustentación. Se mide por medio de un tallímetro marca Seca 220. La medida de la estatura se expresa en centímetros (cm), con una precisión de 1mm.

El sujeto se coloca de pie, en posición erguida, con los talones juntos y apoyados en el tope posterior y de forma que el borde interno de los pies formen un ángulo de aproximadamente 60 grados. Las nalgas y la parte alta de la espalda contactan con la tabla vertical del estadiómetro. El evaluador coloca la cabeza en el *plano de Frankfort*, definido por una línea imaginaria que pasa por el punto más bajo del borde inferior de la órbita y por el punto más alto del borde superior del pabellón auditivo externo correspondiente, y realiza una tracción de la cabeza a nivel de los procesos mastoides, para facilitar la extensión completa de la columna vertebral. Se indica al sujeto que realice una inspiración profunda, sin levantar la planta de los pies y manteniendo la posición de la cabeza. Se desciende lentamente la plataforma horizontal del estadiómetro hasta contactar con la cabeza del estudiado, ejerciendo una suave presión para minimizar el efecto del pelo. En esta medida el sujeto deberá estar descalzo.

IMC

El IMC se calculó a través de la división del peso (Kg) por la altura (m) al cuadrado, a través de la fórmula: $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$ (Kg/m²).

La clasificación del IMC utilizada en este estudio se basa en los puntos de corte internacionales para IMC de sobrepeso y obesidad por sexo entre los 2 y 18 años de Cole et al., (2000) presentada en la tabla 25.

Tabla 25. Puntos de corte internacionales del IMC para sobrepeso y obesidad según sexo de 2 a 18 años, definidos a través del valor que determina el IMC de 25 y 30 kg/m² a los 18 años.

Edad	IMC 25 kg/m ²		IMC 30 kg/m ²	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	19,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
1,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

5.4.1.2. Imagen corporal

Escala de la evaluación de la imagen corporal (Schematic Contour Scale)

Esta escala de siluetas corporales permite evaluarla insatisfacción asociada al tamaño corporal (Gardner et al., 1999). Fue validada al español por Rodríguez, Beato, Rodríguez y Martínez-Sánchez en el año 2003. Consta de 13 siluetas corporales masculinas y femeninas de ocho centímetros de longitud esquematizadas, que representan figuras humanas en orden creciente de tamaño corporal y están desprovistas de cualquier atributo, como pelo, rostro, etc. (figura 10). La figura media representa la mediana de la distribución de peso para la población de referencia; sobre esta se realizaron modificaciones que incrementaban o disminuían en un 30% su volumen. Así, se llegó a construir seis siluetas más que representaban en orden creciente el incremento de peso (5%, 10%, 15%, 20%, 25% y 30%), además de otras seis que representaban proporcionalmente la progresiva disminución de peso (-5%, -10%, -15%, -20%, -25% y -30%) (Rodríguez et al., 2003). Con ello se dispone de un continuo de siluetas, cuyos extremos representan una figura extremadamente delgada y otra extremadamente obesa. Para este estudio la fiabilidad de la escala fue moderada ($\alpha=,63$).

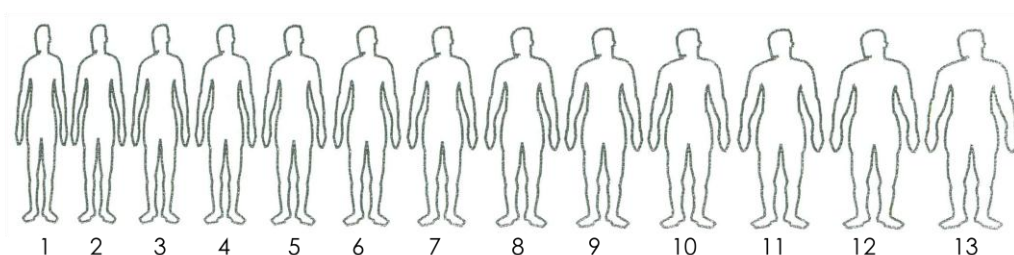
La utilización de las siluetas corporales de Gardner et al. (1999) permite estimar cuatro medidas: (1) IC percibida o silueta que el sujeto considera como semejante a su imagen actual; (2) IC deseada o silueta semejante a la IC que al sujeto le gustaría tener; (3) insatisfacción corporal, que es la diferencia entre la IC percibida y la deseada y (4) distorsión de la IC, que es la diferencia entre la IC real del sujeto (definida por un evaluador externo) y la IC percibida. En nuestro caso, sólo medimos las tres primeras ya que no se tiene la competencia como evaluador externo para categorizar al sujeto en una silueta en concreto perteneciente a su IC real.

En nuestro estudio se determinó tanto el grado como el tipo de insatisfacción corporal a través de la diferencia de la IC percibida y la

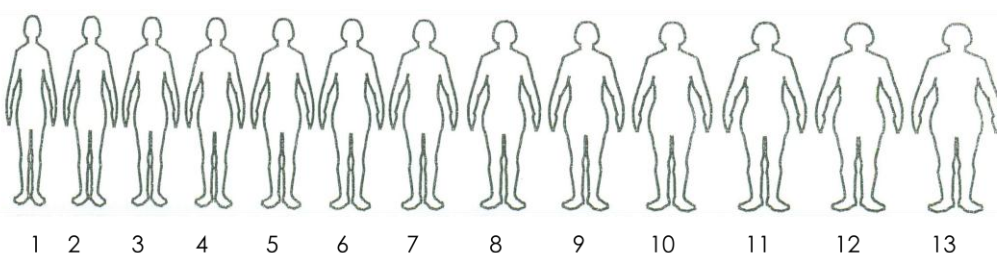
deseada. La silueta central obtiene el valor cero, mientras que las siluetas situadas a su izquierda tienen puntuaciones negativas (de -1 a -6) y las siluetas situadas a su derecha obtienen puntuaciones positivas (de 1 a 6). Una diferencia positiva indica insatisfacción tipo I: deseo de tener menos peso. Una diferencia negativa indica insatisfacción tipo II: deseo de tener más peso. Si la diferencia es cero hay satisfacción corporal. Esta clasificación se muestra en la tabla 26.

Fíjate en estas siluetas corporales y contesta a las siguientes preguntas:

HOMBRE



MUJER



1. ¿Con cuál de estas figuras corporales te sientes más identificado/a? Señala con un círculo el número correspondiente.
2. ¿Con cuál de estas figuras corporales te gustaría identificarte? Señala con una cruz el número correspondiente.

Figura 10. Siluetas corporales de Gardner, Stark, Jackson y Friedman (1999)

Satisfacción corporal	Clasificación
Diferencia = 0	Satisfacción corporal
Diferencia ≠ 0	Insatisfacción corporal
Diferencia positiva	Tipo I: deseo de tener menos peso
Diferencia negativa	Tipo II: deseo de tener más peso

Body Shape Questionnaire versión 14 (BSQ-14)

Este cuestionario mide la preocupación relacionada con la IC (Dowson y Henderson, 2001). Fue validado al español por Cortney et al. (2008). Consta de 14 ítems (e.g. *Al fijarte en la figura de otras personas, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?*) con seis respuestas posibles en una escala tipo Likert: 1. nunca; 2. raramente; 3. algunas veces; 4. a menudo; 5. muy a menudo; 6. siempre. La utilización de esta versión se justifica porque reduce el tiempo de recogida de datos y no incluye los ítems 26 y 32 que resultan poco adecuados para valorar a población juvenil desde un contexto educativo. Para interpretar las puntuaciones se debe tener en cuenta que cuanto más altas sean éstas, mayor será la preocupación por la imagen corporal. Para este estudio la fiabilidad de la escala fue buena ($\alpha=,95$).

Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)

El cuestionario EDI-2 evalúa los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nerviosa y la bulimia (Garner, Olmstead y Polivy, 1983). En esta tesis se utilizarán las subescalas Obsesión por la delgadez y Bulimia.

La subescala Obsesión por la delgadez está compuesta por 7 ítems (e.g. *Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso*) mide la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar. La subescala Bulimia está compuesta por 7 ítems (e.g. *Suelo hartarme de comida*) mide la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables. La escala es tipo Likert de seis puntos donde 1 significa “nunca” y 6 “siempre”.

Se puntúan de cero a tres. Nunca, pocas veces y a veces puntúan cero, mientras que a menudo, casi siempre y siempre uno, dos o tres, respectivamente. Se trata de escalas sumativas en las que a mayor puntuación mayor cantidad del rasgo evaluado. En nuestro estudio, el Alfa

de Cronbach para la subescala de Obsesión por la delgadez fue de ,73 y de la subescala Bulimia de ,86.

Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ)

Este cuestionario mide el aspecto cognitivo del trastorno de la IC (Cash et al., 1987). Fue validado al español por Perpiñá et al. (2003). Evalúa la frecuencia con la que las personas han tenido pensamientos negativos o positivos acerca del cuerpo o de su aspecto. Está formado por 45 ítems, en los que se recogen posibles pensamientos automáticos sobre el aspecto físico y el cuerpo. Cada pensamiento se puntúa en una escala tipo Likert de 0 (nunca) a 4 (siempre o casi siempre). Presenta dos subescalas, una que evalúa pensamientos positivos (15 ítems) (e.g. *Esa ropa me queda bien*) y otra que evalúa los pensamientos negativos (37 ítems) (e.g. *Me siento indefensa para cambiar mi aspecto*). En relación a la fiabilidad de la escala, obtuvimos un Alfa de Cronbach de ,88 para la subescala de pensamientos positivos y de ,92 para la subescala de pensamientos negativos.

La puntuación total se obtiene restando la puntuación en la escala de pensamientos positivos a la de pensamientos negativos.

Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)

El BIAQ mide el aspecto comportamental de la IC (Rosen et al., 1990). Está formado por 19 ítems, en los que se recogen diferentes conductas de evitación relacionadas con la apariencia corporal. La escala de respuesta es tipo Likert, con opciones desde 1 'nunca' a 5 'siempre'. Los ítems se agrupan en cuatro subescalas, que evalúan conductas de evitación relativas a (1) el modo de llevar la ropa (ítems: 1, 2, 3, 4, 13, 15, 16, 17 y 18) (e.g. *Llevo ropas muy holgadas*), (2) las actividades sociales (ítems: 8, 9, 10 y 11) (e.g. *No voy a reuniones sociales si esto implica comer*), (3) la restricción de la comida (ítems: 5, 6 y 7) (e.g. *Ayuno durante un día o más*) (4) y una subescala con la que se pretenden medir

conductas de chequeo (ítems: 12, 14 y 19) (e.g. *Me miro al espejo*). Para interpretar las puntuaciones se debe tener en cuenta que puntuaciones altas indican una mayor frecuencia de las conductas de evitación a causa de la IC. En relación a la fiabilidad de la escala, el Alfa de Cronbach fue de ,89 para la puntuación total en la escala en el estudio original (Rosen et al., 1990).

Los valores de consistencia interna obtenidos en nuestra investigación se especifican en el apartado de resultados ya que la validación del BIAQ en versión española es uno de nuestros objetivos a estudiar.

5.4.1.3. Actividad Física Habitual

Yesterday Activity Checklisty

El nivel de AF habitual es medido por el índice de AF (IAF), índice obtenido en el trabajo de Martín-Matillas et al. (2007) y utilizado por diferentes autores del estudio AVENA (Chillón, 2005). Para el cálculo del IAF es necesario seguir un procedimiento que comienza por la administración de tres cuestionarios de idéntico contenido, variando sólo el periodo de tiempo al que hacían referencia en la medición. Fueron elaborados a partir del Yesterday Activity Checklisty (Sallis, McKenzie y Alcaraz, 1993) y validados al español por Tercedor y López (1999). El Alfa de Cronbach para esta escala fue de ,80. Los cuestionarios son los siguientes:

1. Cuestionario sobre la práctica de AF durante el verano: constituido por 6 ítems, incluyendo el segundo ítem un listado de AFD ante cada una de las cuales hay que indicar si se ha practicado o no.
2. Cuestionario en forma de recordatorio de 24 horas sobre la práctica de AF durante el fin de semana: 2 ítems constituidos por el mismo listado de AFD.

3. Cuestionario en forma de recordatorio de 24 horas sobre la práctica de AF diaria: que consta de un solo ítem con el mismo procedimiento que los dos anteriores.

Los tres cuestionarios permiten establecer el IAF (Sallis et al., 1993), que se obtiene al considerar el tipo, duración (mínimo 12 minutos) y frecuencia de AFD realizada durante un día laboral, un día de fin de semana y práctica de AF en vacaciones. Los datos obtenidos indican por tanto, el tipo de AFD y permiten calcular el IAF.

Para el cálculo del IAF se tomó como referencia el procedimiento del estudio de Martín-Matillas et al. (2007) y de Chillón (2005), que a continuación pasamos a describir:

- El primer paso es asociar a cada AFD el gasto energético según la escala de Ainsworth et al., (2011) expresado en METS. El MET es una unidad de gasto energético que significa “equivalente metabólico”, el igual al número de calorías que un cuerpo consume mientras que está en reposo y equivale a 3,6 ml/Kg/min. Se obtienen los METS diarios correspondientes al cuestionario de diario, los METS de fin de semana obtenidos tras la suma de los METS del sábado y del domingo, y los METS de verano obtenidos del cuestionario de verano. En las tablas 27 y 28 se muestran los listados de actividades comunes y el listado de las actividades que surgieron a posteriori y que no estaban registradas en el cuestionario inicial.
- En segundo lugar se realiza un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de las variables cuantitativas correspondiente a los METS de verano, sábado, domingo y diario. El IAF es la puntuación factorial en el primer componente del análisis de componentes principales. Es un valor relativo, útil para comparar la cantidad de práctica entre los sujetos y para establecer correlaciones y regresiones con otras variables.

En los trabajos de Martín-Matillas (2007) y Chillón (2005) el procedimiento continúa, con la validación del IAF en un estudio separado que incluye la pregunta: “¿Prácticas actualmente alguna AFD fuera del horario escolar?”. Realizando un contraste de observaciones pareadas para obtener la concordancia inter e intraexaminador. Y posteriormente creando una variable dicotómica (IAFd) de dicha pregunta, considerando activos aquellos sujetos que indicaron practicar una o varias AF fuera del horario escolar y no activos a aquellos que no indicaron ninguna. Calcularon el IAFd a partir del cálculo de la sensibilidad y especificidad para el IAF, obteniendo el punto de corte expresado con el máximo valor del índice de Youden y construyendo la curva ROC para categorizar a sujetos activos e inactivos.

Tabla 27. Actividades y equivalente metabólico correspondiente a la adaptación del listado de Sallis et al. (1993) realizada por Tercedor y López (1999). Equivalente de gasto energético extraído de Ainsworth et al. (2011).

Actividad	METS
Natación	6
Fútbol	7
Fútbol sala	7
Baloncesto	8
Rugby	6,3
Balonmano	12
Voleibol	4
Atletismo	7
Carrera a pie (jogging)	7
Tenis	7,3
Tenis de mesa	4
Hockey	7,8
Esquí	7
Judo a artes marciales	10,3
Pelota (frontón)	7
Ciclismo	4
Montañismo/senderismo	6
Tiro y caza	5
Aeróbic/ gimnasia rítmica	7,3
Expresión corporal, gym jazz	7,8
Danza	7,8
Bolos, petanca	3
Gimnasia de mantenimiento	5,5
Piragüismo, remo	3,5
Vela (navegación)	3
Pesca	3,5

En esta investigación no se añadió dicha pregunta, por lo que nuestro procedimiento termina en los pasos anteriormente descritos. Por una parte, se indican variables descriptivas para conocer el tipo, frecuencia de AFD realizada por los estudiantes, y por otro lado, con el cálculo del IAF (variable cuantitativa) para establecer correlaciones y regresiones con otras variables.

Tabla 28. Actividades y equivalente metabólico correspondiente a las actividades que escribieron los sujetos en la opción "Otra, ¿cuál?"

Actividad	METS
Bádminton	5,5
Full contact	10,3
Padel	6
Skateboard	5
Tiro con arco	4,3
Hípica	5,5
Esgrima	6
Motocross	4
Boxeo	12,8
Surf	3
Patinaje	5
Golf	4,8
Waterpolo	10
Billar	2,5

En este estudio, se calculó una variable dicotómica considerando activos a aquellos sujetos que indicaron practicar una o varias AFD en verano, fin de semana y diario fuera del horario escolar, y no activos a aquellos que no indicaron ninguna.

5.4.1.4. Actitudes hacia la obesidad

Antifat Attitudes Questionnaire (AFA)

El cuestionario AFA mide las actitudes explícitas hacia la obesidad de las personas (Crandall, 1994). El cuestionario tiene 3 subescalas. La primera subescala Aversión (ítems: del 1 al 7) (e.g. *No suelo confiar mucho en las personas que tienen sobrepeso*) la cual mide la antipatía hacia las personas con sobrepeso y obesidad. La segunda subescala, Miedo a engordar (ítems: del 8 al 10) (e.g. *Me siento fatal conmigo mismo*

cuando gano peso), mide lo auto-relevante que puede llegar a ser la preocupación por el peso. La tercera subescala Fuerza de voluntad (ítems: del 11 al 13) (e.g. *Algunas personas están gordas porque no tienen fuerza de voluntad*) mide las creencias sobre el control del peso y la grasa. El AFA está compuesto de 13 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 0 (muy en desacuerdo) a 9 (totalmente de acuerdo). A mayor puntuación, más negativa es la actitud hacia la obesidad.

La consistencia interna en el estudio original fue de ,84 para la subescala Aversión, de ,79 para la subescala Miedo a engordar y ,66 para la subescala Fuerza de voluntad (Crandall, 1994). Los valores de alfa de Cronbach en esta investigación se especifican en el apartado de resultados, ya que la validación de la versión española del AFA es un objetivo a estudiar.

5.4.2. Profesorado

5.4.2.1. Composición corporal

Las medidas del peso y la altura se obtuvieron con el mismo procedimiento que en el alumnado. Sólo cambió la codificación del IMC (tabla 29), en este caso se optó por la clasificación propuesta por la OMS que define la obesidad a partir de los 18 años como un IMC igual o superior a 30 kg/m² y al sobrepeso con un IMC igual o superior a 25 kg/m².

Tabla 29. Clasificación internacional de la OMS del estado nutricional corporal en función del IMC (OMS, 1995, 2000, 2004)

Clasificación	IMC	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	< 18,50	< 18,50
Delgadez severa	< 16,00	< 16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99 23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49 27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49 32,50 - 34,99
Obesidad tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49 37,50 - 39,99
Obesidad tipo III	≥40,00	≥40,00

5.4.2.2. Imagen corporal

La IC del profesorado se evaluó con la escala de siluetas corporales *Escala de la evaluación de la imagen corporal* (Gardner et al., 1999) que mide la insatisfacción asociada al tamaño corporal. Se obtuvieron las mismas puntuaciones, con los mismos procedimientos, obtenidas en el alumnado. El Alfa de Cronbach para esta escala fue de ,81. Además se utilizó el BSQ versión 34 ítems que se pasa a describir.

Body Shape Questionnaire (BSQ)

Este cuestionario mide la preocupación con la IC (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Es adaptado a la población española por Raich et al. (1996). Consta de 34 ítems (e.g. *¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?*). Presentan seis respuestas posibles es una escala tipo Likert: 1. nunca; 2. raramente; 3. algunas veces; 4. a menudo; 5. muy a menudo; 6. siempre. En relación a la consistencia interna de la escala, el Alfa de Cronbach fue de ,95.

Tal y como indica el protocolo de aplicación y corrección del BSQ, se han de sumar las puntuaciones parciales reflejadas en cada ítem del cuestionario para obtener una puntuación total. Esta permitió clasificar a los sujetos del estudio en cuatro categorías identificativas del componente afectivo, que son las siguientes:

- Sin preocupación por la imagen corporal < 81
- Leve preocupación por la imagen corporal = 81-110
- Moderada preocupación por la imagen corporal = 111-140
- Extrema preocupación por la imagen corporal > 140

5.4.2.3. Actitudes hacia la obesidad

Antifat Attitudes Questionnaire (AFA)

El protocolo de evaluación de las actitudes explícitas hacia la obesidad para el profesorado es el mismo que para el alumnado, e implica el uso del cuestionario *Antifat Attitudes Questionnaire (AFA)*, descrito anteriormente. Además se midieron las actitudes implícitas hacia la obesidad con el procedimiento que se pasa a describir.

Implicit Association Test (IAT)

El Test de Asociación Implícita es la medida más comúnmente usada para evaluar las actitudes implícitas (Greenwald et al., 1998). Para esta investigación se utilizó la versión informatizada del IAT mediante el software *Inquisit 3*. En este trabajo se usó el IAT para elaborar dos medidas implícitas: (a) una medida implícita de las actitudes negativas hacia la obesidad (delgadez/bueno; obesidad/malo); y (b) una medida implícita del estereotipo presente de manera social en relación a la delgadez/obesidad y los atributos socialmente aceptados que refieren y diferencian a los dos modelos de personas, y sus características propias (delgadez/activo; obesidad/perezoso).

El protocolo seguido para administrar este instrumento de medida fue el siguiente:

- En primer lugar se pidió a la dirección del centro que facilitara una sala separada para que el profesorado pudiera realizar el test de manera relajada, sin presiones exteriores ni ruidos.
- Posteriormente, se explicó al profesorado las instrucciones para su realización. La investigadora estuvo durante toda la aplicación de la prueba, proporcionando instrucciones en cada bloque, si hubiera alguna duda.
- En lo que respecta a los estímulos utilizados en el IAT, a continuación se describe su naturaleza (tabla 30). Se muestra un resumen de cada bloque del IAT en tabla 31.

Tabla 30. Categorías y atributos del IAT

Categorías	Atributos
Delgadez/Obesidad Se utilizaron los conceptos referentes a la categoría del IAT (delgado, gordo, grueso, fino...)	Bueno/Malo Se utilizan los adjetivos positivos y negativos del IAT (maravilloso, bueno, malo, horroroso...)
	Activo/Perezoso Se utilizan los adjetivos referentes a estereotipos sociales del IAT (activo, perezoso...)

Tabla 31. Resumen de los bloques del IAT

	Tarea	Consigna	Número de ensayos
IAT	Bloque 1 (Práctica: clasificación de categorías)	Pulsa la tecla I para asignar palabras referentes a la delgadez y pulsa la tecla E para asignar palabras referentes a la obesidad	20
	Bloque 2 (Práctica: clasificación de atributos)	Pulsa la tecla I para asignar palabras referentes a la categoría bueno y pulsa la tecla E para asignar palabras referentes a la categoría malo	20
	Bloque 3 (Bloque congruente)	Pulsa la tecla I para asignar palabras referentes a la delgadez/bueno y pulsa la tecla E para asignar palabras referentes a la obesidad/malo	20 + 40
	Bloque 4 (Práctica: clasificación de categorías, cambiadas)	Pulsa la tecla I para asignar palabras referentes a la obesidad y pulsa la tecla E para asignar palabras referentes a la delgadez	20
	Bloque 5 (Bloque incongruente)	Pulsa la tecla I para asignar palabras referentes a la obesidad/bueno y pulsa la tecla E para asignar palabras referentes a la delgadez/malo	20 + 40

Para analizar los resultados obtenidos por nuestros participantes en el IAT se consideraron las latencias de respuesta correspondientes a los dos bloques críticos (el 3 y el 5), así como la ejecución de los participantes en los ensayos de estos dos bloques (clasificación correcta o incorrecta). Se obtuvo así una puntuación global del IAT aplicando el algoritmo mejorado propuesto por Greenwald et al. (2003). Este algoritmo, variante del estadístico *D de Cohen*, supone una mejora respecto al algoritmo inicial recomendado en la primera publicación sobre el IAT de Greenwald et al. (1998). Los pasos concretos se pueden ver en la tabla 32.

Tabla 32. Pasos de aplicación del Algoritmo de Greenwald et al. (2003) para la obtención de la puntuación del IAT

<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilización de los bloques 3 y 5, tanto de los 20 ensayos de práctica iniciales como de los 40 finales. 2. Eliminación de las latencias de respuesta mayores de 10.000 milisegundos (ms) 3. Eliminación de los sujetos en los que más del 30% de los ensayos tienen latencias menores de 300 ms. 4. Cálculo de la media de las latencias en cada bloque. 5. Cálculo de la desviación típica conjunta de los bloques (para los ensayos de práctica y para los ensayos finales por separado). 6. Reemplazamiento de las latencias de los ensayos erróneos por la media de ese bloque + 600 ms. 7. Cálculo de la nueva media para cada uno de los dos bloques (para los ensayos de práctica y para los ensayos finales por separado). 8. Cálculo de la diferencia entre latencias del bloque incongruente y del bloque congruente (para los ensayos de práctica y para los ensayos finales por separado). 9. División de estas diferencias por sus correspondientes desviaciones típicas conjuntas (para los ensayos de práctica y para los ensayos finales por separado). 10. Cálculo de la media de este índice en los ensayos de práctica y en los ensayos finales.

Finalmente, se obtuvo para cada sujeto una puntuación del IAT global que, oscila entre -0,6 y 1,2 (Greenwald et al., 2003). La interpretación de este índice es el siguiente: el cero o valores próximos a él indicarían la inexistencia de sesgos hacia cualquiera de los tipos de categorías (el participante no tiene preferencia por ninguno de los dos); los valores positivos indican un sesgo positivo hacia las personas delgadas, y los valores negativos indicarían un sesgo positivo hacia las personas obesas.

Para evaluar la fiabilidad de las medidas implícitas se calculó la correlación entre la puntuación D obtenida en los ensayos de práctica y la puntuación D obtenida en los ensayos de prueba. Esta correlación puede ser entendida como una medida de la consistencia interna de dichas medidas (Nosek, Greenwald y Banaji, 2005). Los resultados obtenidos avalan una consistencia interna modesta, aunque aceptable, tanto de la medida implícita de las actitudes ($r = .66$), como la medida implícita de los estereotipos ($r = .70$)

5.4.2.4. Estilos de enseñanza

Teacher's Perceptions of Teaching Styles

Este cuestionario determina el grado de utilización de los EE de Mosston (Kulinna, Cothran y Zhu, 2000). El cuestionario consta de 11 escenarios que ilustran el comportamiento de los docentes y estudiantes en cada uno de los estilos. Según el autor estos son los siguientes:

- A. Comando: El profesor descompone una tarea en diferentes partes y demuestra el buen modo de ejecutar la actividad. Los alumnos intentan realizar la tarea en el momento en el que el profesor lo pide y exactamente de la misma manera que el profesor lo pide. El profesor da una información sobre cómo se realiza la tarea a los alumnos que intentan reproducir el modelo presentado por el profesor.
- B. Práctica: El profesor organiza varias estaciones en la clase y los alumnos trabajan en diferentes partes de una actividad o diferentes actividades. Los alumnos pasan de una estación a otra y ejecutan las tareas a su ritmo. El profesor circula y ayuda a los alumnos cuando sea necesario.
- C. Recíproco: Dos alumnos trabajan juntos en una actividad elaborada por el profesor. Un alumno practica mientras que el otro le da información sobre cómo realiza la actividad. Los alumnos

podrían utilizar una lista de comprobación con el fin de darse las retroalimentaciones pertinentes.

- D. Auto-evaluación: Los alumnos trabajan individualmente en una actividad y verifican su trabajo. El profesor puede dar una lista de comprobación para permitir a los alumnos autocorregirse durante el aprendizaje de la tarea.
- E. Inclusión: El profesor desarrolla una actividad de aprendizaje que comprende diferentes niveles de dificultad. Los alumnos deciden a cual nivel de dificultad quieren trabajar. Los alumnos pueden decidir devolver la tarea más fácil o difícil cambiando de nivel para que convenga su nivel de competencia.
- F. Descubrimiento guiado: El profesor les pide a los alumnos descubrir la solución a una actividad. El profesor les pide una serie de cuestiones específicas a los alumnos. Más tarde, los alumnos buscan las respuestas hasta que descubran la respuesta que el profesor quería hacerles descubrir.
- G. Descubrimiento convergente: Los alumnos intentan enterarse de una nueva habilidad o un concepto utilizando un razonamiento lógico. El profesor pide una cuestión y los alumnos intentan razonar y encontrar diferentes soluciones. Utilizando un razonamiento crítico para encontrar soluciones a la cuestión, los alumnos descubren la respuesta sólo buena.
- H. Producción divergente: El profesor les pide a los alumnos descubrir la solución a una actividad. Los alumnos intentan descubrir diferentes soluciones o resultados a la cuestión puesta por el profesor. Existen varios modos de responder a la cuestión correctamente.
- I. Programa aprendizaje individualizado: El profesor escoge el objeto general de estudio, pero el alumno toma la inmensa mayoría de las decisiones en cuanto a las experiencias de aprendizaje. El alumno decide según las consignas y las directivas del profesor y

desarrolla su programa de aprendizaje personalizado consultando al profesor.

- J. Aprendizaje iniciado: El alumno decide lo que aprenderá y cómo lo aprenderá. El profesor y el alumno desarrollan criterios de base pero es el alumno quien decide qué aprender y cómo enterarse de ello. El profesor puede dar información si el alumno lo necesita.
- K. Auto-aprendizaje: El alumno toma todas las decisiones en cuanto al aprendizaje de una nueva materia. El alumno puede decidir si el profesor debe ser incluido en el proceso o no. El profesor acepta las decisiones del alumno respecto a su aprendizaje.

Cada escenario es seguido por cuatro ítems (tabla 33). De cada estilo se mide el uso (He usado este modo de enseñar la EF), y la percepción que cada profesor tiene del EE (Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes, ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos y motivaría a los estudiantes para aprender). El cuestionario utiliza una escala tipo Likert con cinco niveles: de 1. nunca a 5. siempre para el primer ítem y de 1. fuertemente en desacuerdo a 5. fuertemente de acuerdo para los tres ítems restantes. El Alfa de Cronbach fue de ,91 para la escala global. En relación al uso de los estilos la consistencia interna fue de ,70 y para la percepción de ,90.

Los estilos de enseñanza pueden ser divididos en dos subgrupos, los estilos reproductivos (estilos A-E) y los estilos productivos (estilos F-K). Los primeros tienen características comunes para presentar el contenido a enseñar al estudiante, utilizando por ejemplo, una demostración o una imagen. El estudiante intenta reproducirlo, haciendo el menor número de errores posibles. Los estilos productivos intentan implicar a los estudiantes a descubrir sus propios contenidos y habilidades necesarias. Cognitivamente, el alumnado descubre, crea, resuelve problemas, busca alternativas, etc.

Tabla 33. Ejemplo de escenario del cuestionario Teacher's Perceptions of Teaching Styles

	1. Nunca	2	3	4	5. Siempre
1. He usado este modo de enseñar la Educación Física					
	1. Fuertemente en desacuerdo	2	3	4	5. Fuertemente de acuerdo
2. Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes.					
3. Pienso que este modo de enseñanza ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos					
4. Pienso que este modo de enseñanza motivaría a los estudiantes para aprender					

5.5. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Durante el curso académico 2008/2009 se formuló el problema de investigación. Se planteó el estudio de la IC y las actitudes hacia la obesidad del alumnado y profesorado de EF de la provincia de Huelva y su relación con la AF habitual de los estudiantes. Dicha motivación se debe a un estudio realizado anteriormente sobre IC en el alumnado universitario. Seguidamente se realizaron revisiones de la literatura científica, permitiendo situar el problema mediante la constitución del marco teórico y la precisión de la metodología, así como la selección de los cuestionarios.

Durante el curso académico 2009/2010, se realizó el contacto telefónico con los centros de ESO. De igual manera comienzan las visitas para pedir los permisos y autorizaciones pertinentes. Una vez que el equipo directivo y los padres/madres/tutores aprobaron el estudio, se pasó a recoger los datos.

Para comprobar la adecuación de los instrumentos de medida se realizó un estudio exploratorio con 25 adolescentes. Tras este estudio

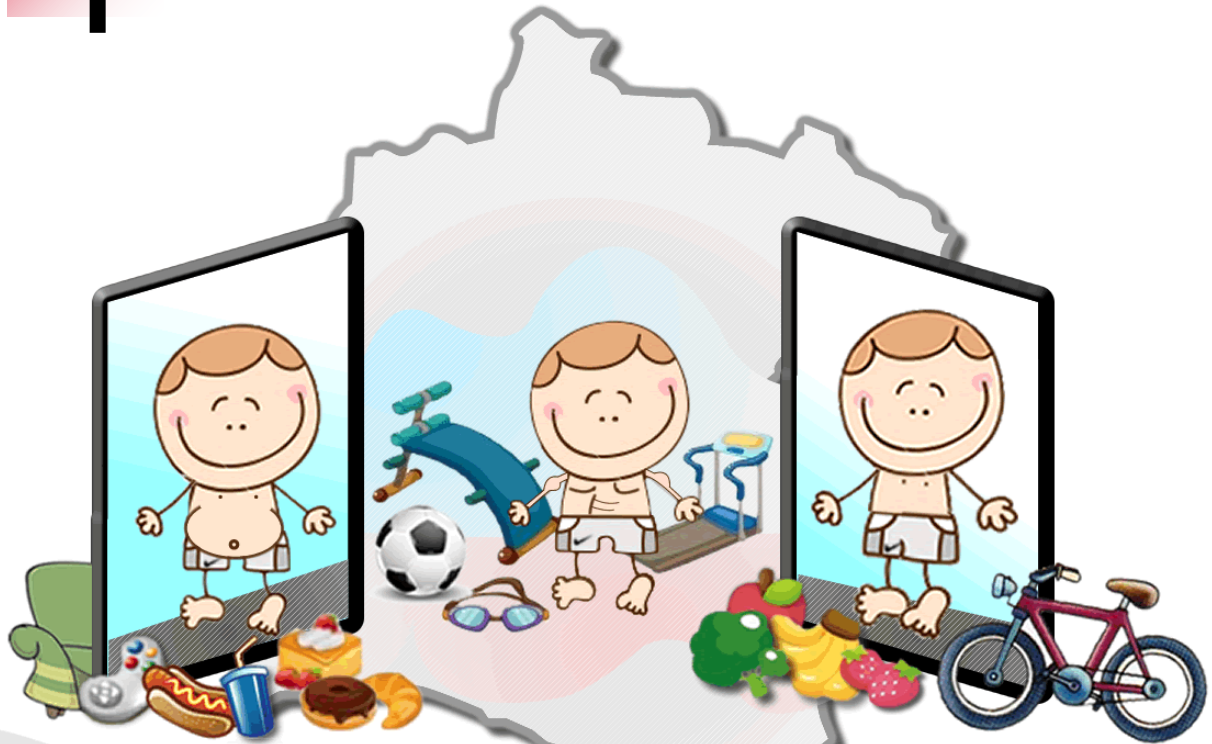
preliminar se modificaron ligeramente algunos detalles de los instrumentos, principalmente aspectos relativos a las instrucciones y orden de los diferentes cuestionarios y preguntas.

Todos los estudiantes que participaron en el estudio lo hicieron de forma voluntaria. Los cuestionarios del alumnado se efectuaron durante las sesiones de EF en jornada escolar. El profesorado cumplimentó parte del cuestionario en el mismo aula y el registro de las medidas implícitas hacia la obesidad en una sala que los centros habilitaban. La toma de datos de cada profesor con su grupo-clase tuvo una duración aproximada de 45 minutos, aunque este tiempo variaba en función de las características de los participantes.

La recogida de datos por aula se llevó a cabo en tres fases, (1) primero presentación del estudio, (2) protocolo para la cumplimentación y (3) finalmente aquellos alumnos/as que iban terminando pasaban a tallarse y pesarse. En todo momento la participación activa de la investigadora permitía que los participantes entendieran claramente las instrucciones de todas y cada una de las tareas.

A medida que los datos fueron recogidos se introdujeron en el programa informático SPSS versión 18. Este proceso de vaciado de datos finaliza en junio de 2010.

La depuración de los datos y su análisis se extendió junto con la discusión de los resultados y la continua revisión del marco teórico hasta el curso 2010/2011. Durante los años 2011/2012 se elaboró el informe final.



CAPÍTULO 6

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



En este capítulo se presenta el análisis y discusión de los resultados obtenidos en las diversas variables de investigación, estructurándose en tres apartados. En primer lugar, se analizan y se discuten resultados referidos a las características psicométricas de diferentes instrumentos usados en la investigación. En segundo lugar, se exponen los resultados en relación al alumnado atendiendo al análisis de la IC, la AF y las actitudes hacia la obesidad. Y en tercer lugar se analiza y discute los resultados referentes al profesorado, referentes a la IC, las actitudes hacia la obesidad y los EE.

6.1. EN RELACIÓN A LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

6.1.1. Análisis y discusión de los resultados de las características psicométricas de los instrumentos del cuestionario *Antifat Attitudes Questionnaire (AFA)*.

El AFA fue propuesto por Crandall (1994) como una medida de las actitudes hacia la obesidad. Tal como hemos señalado anteriormente, el AFA consta de 3 subescalas: AFA-Aversión, compuesta por 7 ítems, para evaluar la antipatía individual hacia la gente obesa o con sobrepeso (e.g., ítem 6: “las personas obesas me hacen sentir incómodo”), AFA-Miedo a engordar, compuesta por 3 ítems, para evaluar el miedo que genera en la persona el aumento de peso (e.g., ítem 8, “me siento fatal conmigo mismo cuando gano peso”), y AFA-Fuerza de voluntad, compuesta por 3 ítems, para evaluar la creencia de que ser gordo es consecuencia de un inadecuado control personal (e.g., ítem 12, “algunas personas están gordas porque no tienen fuerza de voluntad”). En conjunto el AFA consta de 13 ítems, con 9 opciones de respuestas desde 1 “totalmente en desacuerdo” hasta 9 “totalmente de acuerdo”.

Se han realizado dos tipos de análisis psicométricos de las puntuaciones en el AFA: (a) análisis de la estructura factorial, y (b) análisis de la consistencia interna. Puesto que el AFA fue administrado

tanto a profesores como a estudiantes, los resultados de estos análisis se agrupan en función de la muestra de la que provienen los datos. Debido a las diferencias en el tamaño muestral, se realizaron análisis factoriales exploratorios para los datos de los profesores y análisis factoriales confirmatorios para los datos de los estudiantes.

Análisis Factorial Exploratorio de los datos de los profesores

El análisis de la estructura factorial de la versión española del AFA se realizó en la muestra de profesores con técnicas de análisis factorial sin restricciones con el programa FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006). Dada la acusada asimetría de las puntuaciones en algunos de los ítems del AFA, se analizó la matriz de correlaciones policóricas con un método de factorización de rango mínimo, tal como recomiendan Timmerman y Lorenzo-Seva (2011). La dimensionalidad de la solución fue determinada usando una versión optimizada del análisis paralelo de Horn propuesta por esos mismos autores. Para el estudio de la consistencia interna de las tres subescalas del AFA, se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach de cada una de ellas.

En primer lugar, se analizó si la matriz de correlaciones era adecuada para el análisis factorial. Tanto la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 641.80$, $gl = 78$, $p < .01$), como el valor del índice *KMO* (.83), muestran unos niveles de correlación aceptables para la factorización. El análisis paralelo reveló la existencia de tres factores con autovalores superiores a los correspondientes percentiles 95 de las distribuciones de autovalores aleatorios. Estos tres factores explicaban el 56.10% de la varianza total y el 82.50% de la varianza común. El ajuste de este modelo trifactorial puede considerarse aceptable, con unas correlaciones residuales relativamente bajas ($RMSR = .03$).

Con el objetivo de obtener una estructura factorial simple e interpretable, la solución inicial fue rotada usando el método Promin (Lorenzo-Seva, 1999). La elección de un método de rotación oblicua

estaba justificada por los trabajos previos que muestran correlaciones de tamaño medio entre algunas subescalas del AFA (Besenoff y Sherman, 2000; Crandall, 1994). La tabla 34 muestra los pesos factoriales de los ítems del AFA en los tres factores rotados.

Tabla 34. Análisis Factorial Exploratorio del AFA

Ítems	F1	F2	F3
Subescala Aversión			
1. La verdad es que no me gustan mucho las personas obesas	0.287	0.645	-0.054
2. No tengo muchos amigos obesos	0.128	0.294	-0.193
3. No suelo confiar mucho en las personas que tienen sobrepeso	-0.105	0.748	-0.131
4. Aunque algunas personas obesas son sin duda inteligentes, en general creo que no suelen ser tan listas como la gente de peso normal	-0.300	0.740	-0.020
5. Me resulta difícil tomar en serio a las personas obesas	-0.189	0.811	0.059
6. Las personas obesas me hacen sentir un poco incómodo	-0.166	0.757	0.124
7. Si fuera un empresario buscando empleados, posiblemente evitaría contratar a una persona obesa	-0.002	0.582	0.093
Subescala Miedo a engordar			
8. Me siento fatal conmigo mismo cuando gano peso	0.107	0.003	0.544
9. Poner 10 kilos sería una de las peores cosas que me podían ocurrir	-0.064	0.111	0.613
10. Me preocupa llegar a ser una persona obesa	0.120	-0.183	0.512
Subescala Fuerza de voluntad			
11. Las personas que pesan demasiado podrían perder al menos algunos kilos haciendo un poco de ejercicio	0.668	-0.102	0.026
12. Algunas personas están gordas porque no tienen fuerza de voluntad	0.695	0.208	0.044
13. Los principales responsables de que la gente obesa esté obesa son ellos mismo	0.414	0.311	0.118

El patrón de los pesos factoriales refleja las agrupaciones de ítems determinadas a priori, de manera que todos los ítems pertenecientes a una subescala tienen su peso factorial más alto en un mismo factor. Además, en todos los casos, salvo en el ítem 2, esos pesos son

superiores a .30 en el factor correspondiente e inferiores a .30 en los demás factores.

Las correlaciones entre factores reflejan unas relaciones poco intensas entre las tres dimensiones del AFA, con una correlación de .22 entre Fuerza de voluntad y Miedo a engordar, de -.22 entre Fuerza de voluntad y Aversión, y de .05, entre Aversión y Miedo a engordar.

Análisis de la consistencia interna de los datos de los profesores

Los análisis muestran una consistencia interna aceptable, con alfas de .63, .67 y .70 para las subescalas Aversión, Miedo a engordar y Fuerza de voluntad, respectivamente. El ítem 2 (*No tengo muchos amigos obesos*), perteneciente a la subescala Aversión, fue el único ítem problemático, con una correlación ítem-total corregida inferior a .30 y un aumento del valor de alfa de la subescala si se elimina el ítem hasta .66.

Análisis Factorial Confirmatorio de los datos de los estudiantes

Para evaluar el ajuste de las respuestas de los estudiantes a la estructura trifactorial propuesta por Crandall (1994) se usaron técnicas de análisis factorial confirmatorio. Se puso a prueba una estructura simple en la que cada ítem es indicador de un factor, no se permiten saturaciones cruzadas ni correlaciones entre errores. También en este caso se encontraron discrepancias acusadas entre la distribución de las respuestas a algunos de los ítems del AFA y un modelo normal. Para tener en cuenta estas características de los datos se aplicaron correcciones Satorra-Bentler a las estimaciones máximo-verosímiles de los errores típicos y las medidas de ajuste obtenidas con el programa EQS 6.1.

Los criterios para evaluar el ajuste estuvieron basados en varios indicadores descriptivos del ajuste: s_BCFI , s_BRMSA , y SRMR. Se consideraron indicadores de un ajuste aceptable los siguientes valores: $s_BCFI > .90$ (Kline, 2005), $s_BRMSA < .08$ (Browne y Cudeck, 1993), SRMR

< .08 (Hu y Bentler, 1999). Se consideraron indicadores de un buen ajuste los siguientes valores: $S-B CFI > .95$, $S-B RMSA < .06$ (Hu y Bentler, 1999), $SRMR < .05$ (Byrne, 1998). Con respecto al tratamiento de los datos perdidos, se decidió analizar sólo los casos que incluían las respuestas a los 13 ítems del AFA. Como resultado, la muestra sometida a análisis estaba compuesta por 1842 estudiantes. Esta decisión estaba justificada por las siguientes razones: (a) el porcentaje de casos con datos perdidos representa sólo el 1.5% del total de casos; y (b) la ratio casos/parámetros estimados en el modelo factorial (63.5) era aceptable tras la eliminación de casos.

El modelo trifactorial mostró un ajuste aceptable a los datos procedentes de las respuestas a los 13 ítems del AFA ($S-B CFI = .93$; $S-B RMSA = .06$; $SRMR = .07$). Sin embargo, las medidas de ajuste parcial del modelo (residuos estandarizados e índices de modificación) indicaban que el ítem 2 era un ítem problemático. Teniendo en cuenta además que su contenido (“No tengo muchos amigos obesos”), refleja un hecho más que una valoración del objeto de actitud, se decidió probar un modelo que no incluía dicho ítem. Los resultados muestran que dicho modelo tenía un ajuste bueno a los datos ($S-B CFI = .95$; $S-B RMSA = .05$; $SRMR = .06$), siendo ese ajuste significativamente mejor que el que presenta un modelo simple unifactorial ($\Delta S-B X^2 = 1248.88$, $gl = 3$, $p < .01$).

Las estimaciones estandarizadas se presentan en la figura 11. Todos los parámetros resultaron ser estadísticamente significativos. Las estimaciones estandarizadas de las saturaciones factoriales tenían en la mayoría de los casos un tamaño medio aceptable, oscilando entre .37 y .90. También en esta muestra las correlaciones entre factores reflejaban unas relaciones poco intensas entre las tres dimensiones del AFA, si exceptuamos la correlación entre Fuerza de voluntad y Miedo a engordar ($r = .39$).

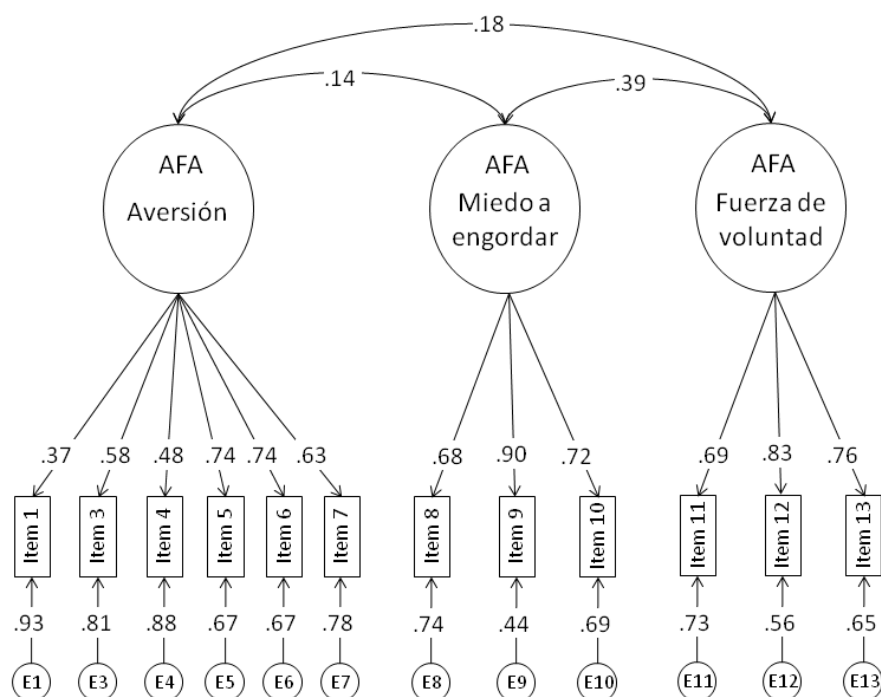


Figura 11. Estimaciones estandarizadas de los parámetros del modelo trifactorial en la muestra de estudiantes.

Análisis de la consistencia interna de los datos de los estudiantes

Los análisis muestran una buena consistencia interna de las tres subescalas del AFA, con alfas de .73, .80 y .80 para Aversión, Miedo a engordar y Fuerza de voluntad, respectivamente. Como en la muestra de profesores, el ítem 2 (*No tengo muchos amigos obesos*), perteneciente a la subescala Aversión, fue el único ítem problemático, con una correlación ítem-total corregida inferior a .30 y un aumento del valor de alfa de la subescala si se elimina el ítem hasta .74.

Discusión de las propiedades psicométricas del AFA

Tanto en el análisis factorial exploratorio para los datos del profesorado como en el análisis confirmatorio para los datos del alumnado de ESO se obtuvieron los factores "Aversión", "Miedo a engordar" y "Fuerza de voluntad" con una mínima modificación respecto al modelo original de Crandall (1994) en relación al ítem 2 (*No tengo muchos amigos*

obesos), perteneciente a la subescala Aversión. Fue el único ítem problemático, con una correlación ítem-total corregida inferior a .30 con la muestra de profesorado y alumnado. Además, teniendo en cuenta que su contenido (“No tengo muchos amigos obesos”), refleja un hecho más que una valoración del objeto de actitud, se decidió probar un modelo que no incluía dicho ítem. Los resultados de esta modificación mostraron un ajuste más adecuado del modelo. Los resultados del análisis de la consistencia interna también fueron satisfactorios para ambas muestras (desde adecuado en la subescala aversión ($\alpha = ,63$) y miedo a engordar ($\alpha = ,67$) hasta bueno en la subescala fuerza de voluntad ($\alpha = ,70$) en la muestra de profesores y buenos en las subescalas aversión ($\alpha = ,73$), miedo a engordar ($\alpha = ,80$) y fuerza de voluntad ($\alpha = ,80$) en la muestra de estudiantes, coincidiendo con los trabajos de validación originales del AFA (Crandall, 1994) donde los rangos de los coeficientes variaron desde bueno (.84-aversión), (.79-miedo a engordar) a adecuado (.66-Fuerza de Voluntad).

Posteriormente a la validación original de Crandall (1994) otros autores han estudiado las propiedades psicométricas del AFA. Crandall y Martínez (1996) probaron el cuestionario AFA en una muestra de estudiantes universitarios de México y de América ($n_s = 236$ y 170 , respectivamente). Se llevó a cabo una forma no especificada de análisis factorial (tipo de rotación no indicada), con una solución de tres factores emergentes, tanto para las versiones en inglés como en español (etiquetados como aversión, miedo a engordar, y fuerza de voluntad). La equivalencia estructural y de la medida no fue confirmada estadísticamente, aunque los investigadores correlacionaron el patrón de pesos de los factores a través de diferentes soluciones. Se encontraron correlaciones que van desde 0.90 (aversión) a 0.71 (Fuerza de Voluntad). Crandall y Martínez (1996) no proporcionaron información acerca de la fiabilidad de las escalas. Tampoco se proporcionó una información completa sobre fiabilidad en Crandall et al. (2001), donde sólo fueron

señalados los coeficientes de alfa para las subescalas Aversión y Fuerza de voluntad.

Morrison y O'Connor (1999) investigaron la dimensionalidad y la fiabilidad de la subescala Aversión utilizando una muestra de estudiantes universitarios de Canadá (N=113). Los autores no replicaron la solución de un solo componente obtenido por Crandall (1994) para esta subescala y también apuntaron que las soluciones de componentes para hombres y mujeres eran diferentes. Sin embargo, estos investigadores no comprobaron estadísticamente el tamaño de esa diferencia.

En otros intentos de validación del AFA, Quinn y Crocker (1999) distribuyeron las subescalas aversión y fuerza de voluntad del cuestionario AFA a 257 estudiantes universitarios estadounidenses, dejando a un lado la subescala Miedo a engordar. En un esfuerzo para aumentar la consistencia interna, los autores generaron elementos adicionales a la escala (añadieron tres ítems a la subescala aversión y cinco ítems se añadieron a la subescala fuerza de voluntad). Los coeficientes alfa resultante eran buenos: ,89 (Aversión) y ,84 (Fuerza de Voluntad). Sin embargo, no se proporcionaron detalles sobre la generación de estos ítems adicionales y si su inclusión tiene consecuencias para la dimensionalidad de la escala.

En esta investigación, las correlaciones entre factores reflejan unas relaciones poco intensas en la muestra de profesorado entre las tres dimensiones del AFA, con una correlación de .22 entre Fuerza de voluntad y Miedo a engordar, de -.22 entre Fuerza de voluntad y Aversión, y de .05, entre Aversión y Miedo a engordar. Igualmente en la muestra del alumnado las correlaciones entre factores también reflejaban unas relaciones poco intensas entre las tres dimensiones del AFA, si exceptuamos la correlación entre Fuerza de voluntad y Miedo a engordar ($r = .39$). Existen unos antecedentes en los trabajos originales de Crandall (1994) donde se detallan la construcción de este instrumento de medida y su validación. Las subescalas Aversión y Fuerza de voluntad

correlacionaban de manera positiva ($r = .43$, $n = 244$, $p < .001$), al igual que las subescalas Miedo a engordar y Aversión ($r = .01$, ns). Las subescalas Miedo a engordar y Fuerza de voluntad no correlacionaban significativamente ($r = .01$, $n = 250$, ns).

Los resultados obtenidos en la muestra de estudiantes de nuestra investigación confirmaron la estructura factorial hallada tras el análisis factorial exploratorio realizado en la muestra de profesores. El modelo trifactorial mostró un ajuste aceptable a los datos procedentes de las respuestas a los 13 ítems del AFA ($S-B CFI = .93$; $S-B RMSA = .06$; $SRMR = .07$). Sin embargo, las medidas de ajuste parcial del modelo (residuos estandarizados e índices de modificación) indicaban que el ítem 2 era un ítem problemático. Los resultados muestran que dicho modelo (excluyendo el ítem 2) tenía un ajuste bueno a los datos ($S-B CFI = .95$; $S-B RMSA = .05$; $SRMR = .06$), siendo ese ajuste significativamente mejor que el que presenta un modelo simple unifactorial ($\Delta S-B X^2 = 1248.88$, $gl = 3$, $p < .01$).

Aunque la revisión de la literatura indica algunas inconsistencias en la validación del AFA, los resultados obtenidos apoyan claramente la validez del mismo. Sin embargo, estos resultados no han disipado todas las dudas acerca algunas características de este instrumento de medida. Por una parte, el ítem 2 parece generar problemas de ajuste en la versión española del AFA. En este punto consideramos que sería conveniente realizar un estudio de la equivalencia métrica de las versiones española e inglesa del cuestionario para determinar si se trata de un problema de traducción o de una característica inherente al diseño del ítem. Por otra parte, no se ha resuelto la discusión acerca de la conveniencia de incluir la subescala Miedo a engordar en una medida de las actitudes hacia la obesidad. Tal como señalan algunos autores (Klaczynski, Goold y Mudry, 2004), es probable que con esta subescala se estén evaluando las inquietudes personales sobre el peso en vez de los prejuicios hacia las personas con sobrepeso.

6.1.2. Análisis y discusión de los resultados de las características psicométricas de los instrumentos del cuestionario Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ).

El BIAQ fue desarrollado por Rosen et al., (1991) como una medida de las tendencias conductuales que suelen acompañar a los trastornos de IC. Según Rosen et al., (1991) el BIAQ consta de cuatro subescalas: BIAQ-Ropa o tendencia a usar ropas que disimulen el cuerpo, compuesta por nueve ítems (e.g., 'Llevo ropas de color oscuro'); BIAQ-Actividades o evitación de situaciones sociales en las que la comida, el peso o la apariencia pueden convertirse en el foco de atención, compuesta por 4 ítems (e.g., 'No voy a reuniones sociales donde sé que habrá personas más delgadas que yo'); BIAQ-Comida o tendencia a restringir la ingesta de comidas, compuesta por tres ítems (e.g., 'Sólo como frutas, verduras u otras comidas bajas en calorías'); y BIAQ-Chequeo o conductas de pesarse y mirarse en los espejos, compuesta por tres ítems (e.g., 'Me miro al espejo'). En conjunto el BIAQ se compone de 19 ítems, cada uno con seis opciones de respuesta desde 0 ('Nunca') a 5 ('Siempre').

Siguiendo a Maïano et al. (2009), usamos técnicas de análisis factorial confirmatorio para evaluar el ajuste de un modelo factorial de segundo orden a las respuestas de los estudiantes a los ítems del BIAQ. El modelo incluye un único factor de segundo orden y cuatro factores de primer orden, correspondientes a las dimensiones planteadas originalmente por Rosen et al. (1991). Teniendo en cuenta la falta de normalidad de la mayoría de los ítems, aplicamos las correcciones propuestas por Satorra y Bentler (1994) a las estimaciones máximo-verosímiles para obtener errores típicos y estadísticos de ajuste robustos. El análisis se realizó en el programa EQS 6.1. Los resultados muestran un ajuste aceptable del modelo ($_{SB}X^2 = 573.73$, $df = 148$, $p < .01$; $_{SB}CFI = .91$, $_{SB}RMSEA = .04$, $SRMR = .05$). Las saturaciones de los factores de primer orden en el factor de segundo orden muestran que las dimensiones BIAQ-Ropa, BIAQ-Actividades y BIAQ-Comida son buenos indicadores del

factor general, mientras que la dimensión BIAQ-Chequeo presenta una relación mucho menos intensa con dicho factor (Figura 12). Los análisis de la fiabilidad del instrumento mostraron una buena consistencia interna para el total de la escala ($\alpha = .81$) y para la subescala Actividades Sociales ($\alpha = .87$), y una consistencia interna moderada para las subescalas Ropa ($\alpha = .68$), Comida ($\alpha = .62$) y Chequeo ($\alpha = .61$).

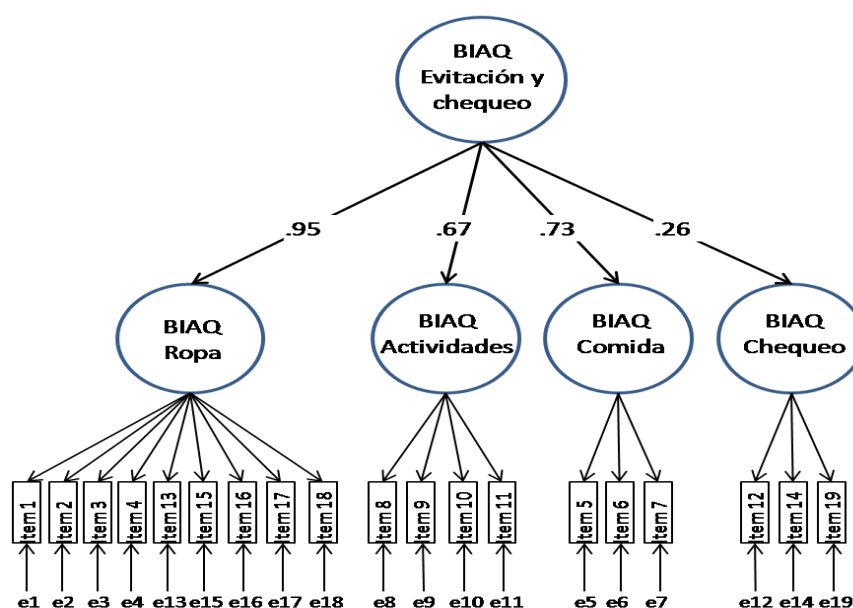


Figura 12. Modelo factorial de segundo orden del BIAQ (coeficientes estandarizados)

Teniendo en cuenta además que lo habitual en las investigaciones previas es usar la puntuación total como medida de las conductas de evitación y chequeo, así se hará en este trabajo. Sin embargo, la aceptable consistencia interna de las subescalas del BIAQ, las puntuaciones en éstas también serán usadas en nuestra investigación.

Los resultados obtenidos son básicamente coincidentes con los obtenidos por Maïano et al. (2009) en varias muestras de adolescentes franceses. Por una parte, el ajuste del modelo factorial confirmatorio es similar en la muestra española y las muestras francesas. Por otra, también se obtienen indicadores similares de la consistencia interna de las subescalas del BIAQ (alfas de .61 a .87 en la muestra española y de

.69 a .87 en las muestras francesas). Por último, también se obtiene en ambos estudios unas saturaciones de un tamaño medio-alto entre las dimensiones BIAQ-Ropa, BIAQ-Actividades y BIAQ-Comida y el factor general, y una saturación de tamaño medio-bajo entre la dimensión BIAQ-Chequeo y el factor general. Por ello, podemos afirmar que mientras las tres primeras dimensiones son buenos indicadores del factor general, existen dudas respecto a la última dimensión. Puesto que esta última dimensión está constituida por ítems que reflejan conductas de chequeo, en lugar de conductas de evitación, estos resultados parecen apuntar la conveniencia de realizar un tratamiento diferenciado para este tipo de conductas.

Por otra parte, algunos de los análisis factoriales realizados en la literatura parecen indicar algunos problemas o bien de la estructura de cuatro factores o en el comportamiento de algunos ítems. La versión brasileña (Nogueira et al., 2009) excluyó 7 ítems de la versión original. Lo mismo ocurrió para la versión italiana (Riva y Molinari, 1998) en el que los ítems 2, 3, 10, 11, 17 y 19 fueron eliminados por la baja carga factorial, quedándose con 13 ítems y ganado así consistencia interna ($\alpha = ,79$). En la versión brasileña del BIAQ, los ítems 1, 2, 7, 8, 15 y 18 fueron excluidos. El modelo con 13 ítems obtuvo buenos ajustes y una buena consistencia interna.

Desde nuestro punto de vista, es posible que estos problemas planteados en la literatura, así como la baja saturación observada para la dimensión chequeo en nuestro trabajo, puedan ser debidos a que el modelo del BIAQ original de 1991 pueda estar desactualizado a causa de los cambios culturales y de comportamiento entre 1991 y 2012.

6.2. EN RELACIÓN AL ALUMANDO

6.2.1. Análisis de las características sociodemográficas del alumnado.

El alumnado que compone la muestra asciende a un total de 1.890 estudiantes de ESO de la provincia de Huelva, correspondiente a los cursos 1º, 2º, 3º y 4º. De los 1.890 estudiantes, el 50,7% ($n= 959$) pertenecen al género masculino y el 49,1% ($n= 928$) al género femenino. El alumnado tiene una edad comprendida entre los 11 y los 18 años ($M= 14,00$; $DT= 1,41$). En función del curso, se observa que el 29,8% ($n= 564$) del alumnado corresponde a 1º de ESO (51,1% chicos y 48,8% chicas), el 26,5% ($n= 501$) corresponde a 2º de ESO (54,1% chicos y 45,5% chicas), el 24,8% ($n= 468$) a 3º de ESO (50,6% chicos y 49,9 chicas) y el 18,9% ($n= 357$) a 4º de ESO (45,7 chicos y 54,3 chicas). En la tabla 35 se recoge la distribución de los estudiantes en función del curso, género y edad.

Tabla 35. Distribución de los participantes en función del curso, género y edad

Curso	1º ESO		2º ESO		3º ESO		4º ESO	
Género	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
N	288	275	271	228	237	231	163	194
Edad media	12,58		13,68		14,63		15,83	
Total	563		499		468		357	

Los IES de la provincia de Huelva que participaron en el estudio alcanzan de total de 45. La relación del número de alumnos/as en función del IES se puede ver en el apartado de metodología.

6.2.2. Análisis y discusión de la composición corporal del alumnado

Para analizar el IMC en los estudiantes se ha tomado como referencia la categorización que realiza Cole et al. (2000) para edades comprendidas entre los 2 y los 18 años. Esta categorización clasifica al alumnado en normopeso, sobrepeso u obesidad en relación a los valores criterio expuestos en el apartado de metodología.

Se puede observar que gran parte de la muestra, el 84,3% ($n= 1.593$) está dentro de la categoría normopeso. El 11,4% ($n= 215$) tiene sobrepeso, y sólo el 3,1% ($n= 58$) presenta obesidad (gráfico 3).

Si agrupamos las categorías superiores se observa que el 14,5% de la muestra presentan problemas de sobrepeso y obesidad frente al 84,3% de la misma que se encuadra dentro de la categoría de normopeso.

Si se estudian las diferencias de IMC en función del género se puede observar que los alumnos tienen mayor IMC ($M= 21,65$, $DT= 3,80$) que las alumnas ($M= 21,23$, $DT= 3,49$). El análisis inferencial muestra que las diferencias observadas son estadísticamente significativas, aunque de pequeño tamaño ($t(1864)= 10,3$; $p=,013$, $d= 0,1$).

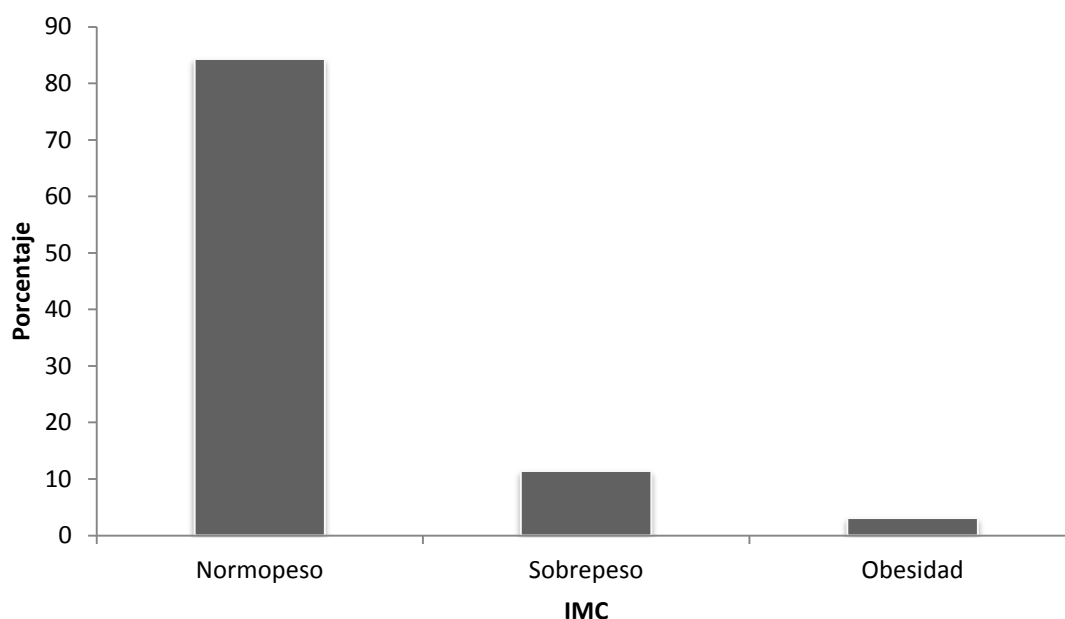


Gráfico 3. Índice de Masa Corporal categorizado según Cole et al. (2000)

Cuando se analizan las diferencias de género teniendo en cuenta la categorización del IMC (tabla 33) de Cole et al. (2000), se observa que en la categoría de normopeso se encuentra el 82,8% de los varones ($n= 784$) y el 88,0% de las mujeres ($n= 809$). En la categoría sobrepeso está

el 13,7% ($n= 130$) de los alumnos y el 9,2% ($n= 85$) de las alumnas. Por último, en la categoría obesidad se encuentra el 3,5% de los varones ($n= 33$) y el 2,7% de las mujeres ($n= 25$). La prueba chi-cuadrado muestra que estas diferencias son estadísticamente significativas ($X^2(2)= 10,50$; $p= ,005$; $n= 1866$).

Tabla 33. Categorización del IMC de Cole, et al., (2000) (%) y el género

		Varones	Mujeres	Total
Clasificación del IMC según Cole, et al., (2000)	Normopeso	82,8	88,0	85,4
	Sobrepeso	13,7	9,2	11,5
	Obesidad	3,5	2,7	3,1

En relación al curso, también se muestran diferencias significativas en el IMC. Se realizó un ANOVA donde la variable dependiente fue el IMC y la independiente los cursos de la ESO. Se observan diferencias estadísticamente significativas ($F(3,1862)= 7,02$, $p<,001$) entre los cursos de la ESO (1º ESO $M= 21,02$, $DT= 3,81$; 2º ESO $M= 21,31$, $DT= 3,65$; 3º ESO $M= 21,56$, $DT= 3,56$; 4º ESO $M= 22,13$, $DT= 3,44$). En una prueba post hoc con el estadístico de Tukey, se estableció que las únicas diferencias estadísticamente significativas se dan entre 4º de ESO y 1º y 2º de ESO (tabla 34).

Tabla 34. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre el IMC y el curso

Titulación (I)	Titulación (J)	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Sig.
4º ESO	1º ESO	-1,10**	,25	,000
	2º ESO	,81*	,25	,007
	3º ESO	,56	,26	,123

Nota. ** $p< .01$; * $p< .05$

A continuación se realizó un análisis de la varianza para evaluar de manera conjunta los efectos del género y el curso sobre el IMC (tabla 35). Los resultados de este análisis muestran la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función del género, $F(1,1858) = 8,59$, $p= ,003$, $Eta^2= ,005$ y en función de la titulación $F(3,1858) = 7,74$, $p< ,001$, $Eta^2= ,012$. La interacción entre ambos factores no resultó

estadísticamente significativa. El porcentaje de la varianza del IMC no explicada por otros factores que puede ser explicada por el género fue del 0,5% y por el curso del 1,2%.

Tabla 35. Prueba de los efectos inter-sujetos entre el IMC y el género-curso

	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	Eta ²
Género	113,09	1	113,09	8,59	,003	,005
Titulación	305,71	3	101,90	7,74	,000	,012
Género x titulación	98,38	3	32,79	2,49	,059	,004

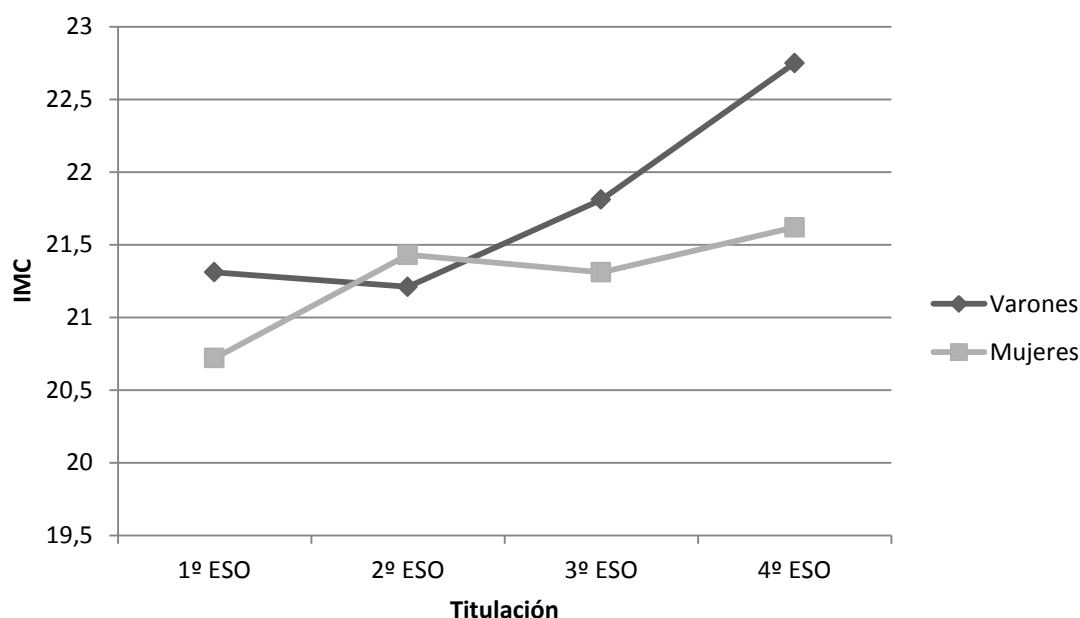


Gráfico 4. Medidas del IMC en función del género y la curso

La comparación de estos resultados con los obtenidos en estudios previos es difícil debido a la disparidad de normas y criterios de clasificación del IMC. La mayoría de países editan sus propias tablas de referencia y los investigadores tenemos la posibilidad de elegir entre estándares internacionales o nuestras propias tablas nacionales, sin saber cuál será el criterio final que termine prevaleciendo dentro de la

comunidad científica. Nosotros nos decantamos por el criterio internacional que nos permite fácilmente las comparativas y que es más exigente. Nuestros datos difieren de los presentados por Moreno et al. (2005) y Serra-Majem y Aranceta (2004), donde casi la mitad de los jóvenes presentan una prevalencia de sobrepeso y obesidad. En el estudio EnKid tomando como referencia el percentil 85 (sobrepeso) y 97 (obesidad) se concluye que la prevalencia de obesidad es del 13,9% y del sobrepeso del 12,4%, existiendo una mayor prevalencia en Andalucía, Canarias y Levante. Estos valores son claramente diferentes a los nuestros, sobre todo en el caso de la obesidad (11,4% sobrepeso y 3,1% obesidad). Incluso si se agrupan las categorías sobrepeso + obesidad se obtienen resultados diferentes. Moreno et al. (2005) concluyen que la prevalencia de obesidad y sobrepeso fueron de 25,69 y 19,13% en los chicos y chicas, respectivamente. Datos dispares con los resultados de esta investigación donde la prevalencia de sobrepeso y obesidad en varones es del 17,2% y en mujeres del 11,9%.

En cambio, coincidimos en la relación del IMC con el género. En los resultados de esta investigación, las chicas presentan con mayor frecuencia un IMC normalizado (88,0% chicas y 82,8% chicos) y los chicos se categorizan más en el sobrepeso (13,7% chicos y 9,2% chicas) y obesidad (3,5% chicos y 2,7% chicas). Estos resultados apoyan los hallazgos encontrados por otros expertos en el estudio EnKid (Serra-Majem y Aranceta, 2004), así como en la investigación realizada por Moreno et al. (2005) del estudio AVENA donde la prevalencia de obesidad y sobrepeso fue mayor en los chicos que en las chicas.

Igualmente ocurre en el estudio de Valverde, Rivera de los Santos y Moreno (2010) en el que las chicas son las que tienen con mayor frecuencia un peso normalizado (56,8%) en comparación con los chicos (49,39%). Sin embargo, a diferencia de lo encontrado en otros estudios, Valverde et al. (2010) encontraron casi el doble de chicos obesos (12,28%) que de chicas obesas (6,44%).

Existen estudios internacionales, como el de Azevedo (2010), en los que la relación del IMC con el género es contraria a lo discutido anteriormente. Esta autora concluye que los varones (75%) presenta un IMC normopeso mayor que las mujeres (64,8%) y que las chicas puntúan más en sobrepeso (25,9%) y obesidad (5,6%) que los chicos (17,5% y 5,0%, respectivamente).

6.2.3. Análisis y discusión de la imagen corporal global del alumnado

En este punto se tiene como objetivo describir y analizar la IC en su dimensión actitudinal a través de tres métodos: escala de siluetas de Gardner et al. (1999), elBSQ-14 de Dowson y Henderson (2001), y el EDI-2 de Garner et al. (1991). Con la escala de siluetas se evalúa la insatisfacción corporal asociada al tamaño del cuerpo. Con el BSQ-14 se evalúa la preocupación con la IC. Con el EDI-2 se evalúan algunos síntomas de los trastornos de conducta alimentaria asociados a problemas de IC.

6.2.3.1. Análisis de la imagen corporal percibida y deseada mediante el uso de siluetas corporales

Se presentan los datos referentes a la opción de respuesta de la pregunta *¿con cuál de estas figuras corporales te sientes más identificado?* (gráfico 5) de la escala de siluetas corporales de Gardner, et al. (1999) que mide la satisfacción corporal global de la IC.

La silueta central (14,1%, $n= 267$) fue la silueta más elegida por el alumnado de ESO como representativa de su IC percibida. Las tres siluetas inmediatamente inferiores a la central son elegidas por el 35.7% de los adolescentes frente a un 24.6% que eligen las tres siluetas inmediatamente superiores a la central. Las tres siluetas que identifican un tamaño corporal más pequeño fueron elegidas por un 19.2% frente aun 6.6% que eligieron las tres figuras representativas de un mayor tamaño corporal. En conjunto, el 54.9% de los adolescentes perciben que

su tamaño corporal es inferior al estándar usado en la figura central frente a un 31.2% que perciben tener un tamaño corporal superior.

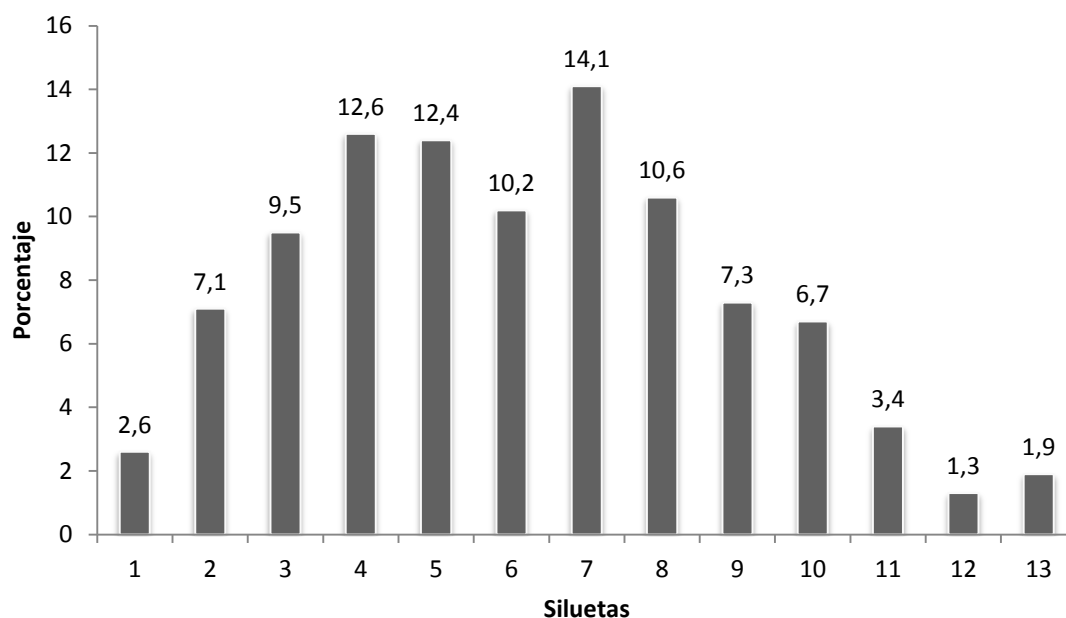


Gráfico 5. Silueta percibida del alumnado

Si se tiene en cuenta el género se puede observar que la silueta más elegida por los chicos es la número 7 (14,9%, $n= 143$) y la que más eligen las chicas es la número 4 (15,1%, $n= 140$). En general, las adolescentes tienden a percibirse con siluetas más delgadas que los varones (gráfico 6). De acuerdo con el test t-Student las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t(1882)= 2,52$; $p < ,001$; $d= ,42$).

Los análisis realizados mostraban la ausencia de relación entre la silueta percibida y la edad ($r= .00$, $p= .926$) Tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la silueta percibida en función del curso ($F(3,1882)= 2,33$, $p= ,072$).

Se realizó un ANOVA para estudiar las diferencias en la silueta percibida por el alumnado en función de su categoría de IMC (tabla 36). Como era esperable, el grupo de alumnado categorizado en normopeso se percibe con siluetas más delgadas ($M= 5,57$, $DT= 2,45$) que el

categorizado en sobrepeso ($M= 9,34$, $DT= 1,99$), los cuales a su vez eligen siluetas más delgadas que los categorizados como obesos ($M= 10,52$, $DT= 2,33$). Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($F(2,1862)= 333,79$, $p<,001$).

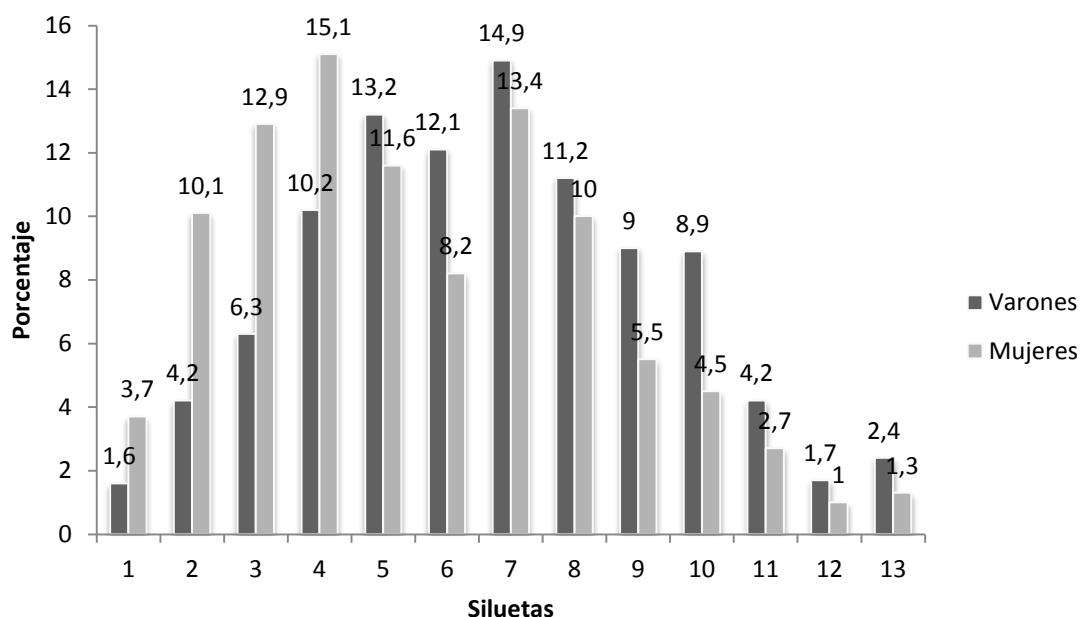


Gráfico 6. Silueta percibida del alumnado en función del género

Tabla 36. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) en la silueta percibida en función del IMC

IMC (I)	IMC (J)	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Normopeso	Sobrepeso	-3,77**	,17	,000
	Obesidad	-4,95**	,32	,000
Sobrepeso	Obesidad	-1,18	,35	,003

Nota. ** $p< .01$; * $p< .05$

A continuación se presentan los datos referidos a la pregunta *¿con cuál de estas figuras corporales te gustaría identificarte?* (gráfico 7) de la escala de siluetas corporales de Gardner et al. (1999), con la que se pretendía evaluar la IC deseada.

También en este caso, aunque aquí de forma más pronunciada, la mayoría de los adolescentes eligen siluetas situadas por debajo de la

central (72,8%), y sólo un 14,1% de jóvenes eligen siluetas situadas por encima de la central. La gran mayoría de jóvenes, por tanto, desearían tener una silueta más delgada que el estándar representado en la figura central.

Si se tiene en cuenta el género aparecen diferencias pronunciadas en la silueta deseada. Mientras la figura más elegida por los chicos es la número 7 (18,9%, $n= 181$), la que eligen las chicas en mayor medida es la número 3 (24,0%, $n= 223$). En general, las adolescentes desean tener una silueta más delgada que los varones (gráfico 8). De acuerdo con el test t-Student estas diferencias observadas son estadísticamente significativas y de gran tamaño ($t(1883)= 49,30$; $p< ,001$; $d= 1,09$).

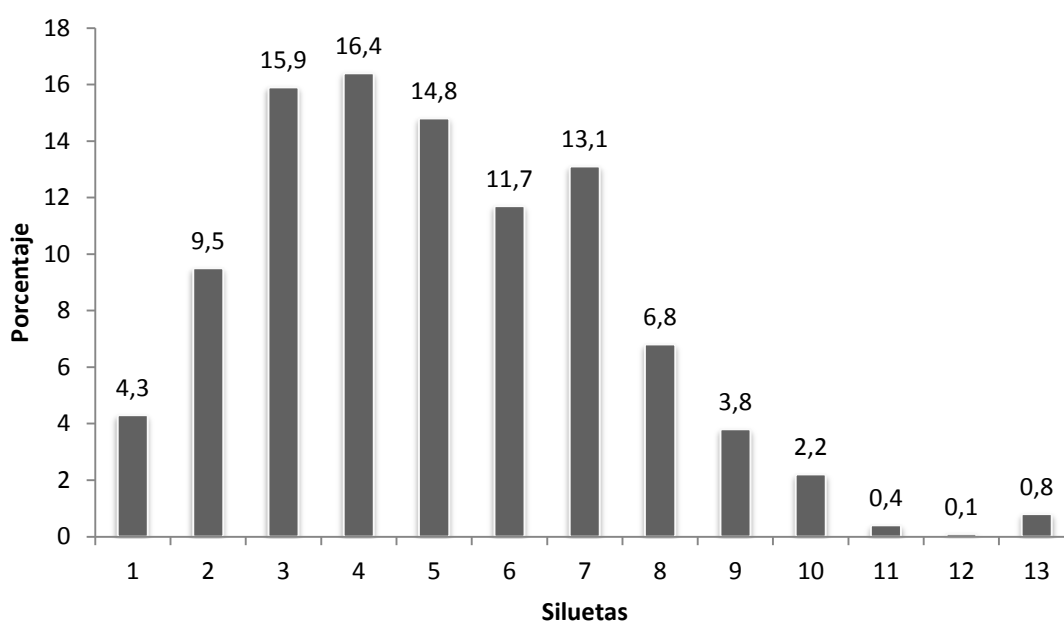


Gráfico 7. Silueta deseada por el alumnado

Tampoco en este caso se encontró una relación estadísticamente significativa entre la edad y la silueta deseada ($r = ,03$, $p = ,262$). Cuando se analizó la relación entre la silueta deseada y el curso de la ESO se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($F(3,1883)= 2,79$, $p= ,039$). El alumnado de 2º ciclo de la ESO (3º ESO $M= 4,79$, $DT= 2,32$ y 4º ESO $M= 4,89$; $DT= 2,13$) tienden a desear tener un silueta más delgada

que los de 1º ciclo de la ESO (1º ESO $M= 45,11$, $DT= 2,44$ y 2º ESO $M= 5,16$; $DT= 2,38$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($t(1883)= 2,73$; $p = ,006$).

Se realizó un ANOVA para estudiar la relación entre el IMC y la silueta deseada por el alumnado (tabla 37). El grupo de alumnado categorizado en normopeso ($M= 4,85$, $DT= 2,33$) desearía tener una figura significativamente más delgada que los estudiantes categorizados en sobrepeso ($M= 5,87$, $DT= 2,15$) y en obesidad ($M= 6,22$, $DT= 2,34$). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($F(2,1862)= 26,65$, $p<,001$).

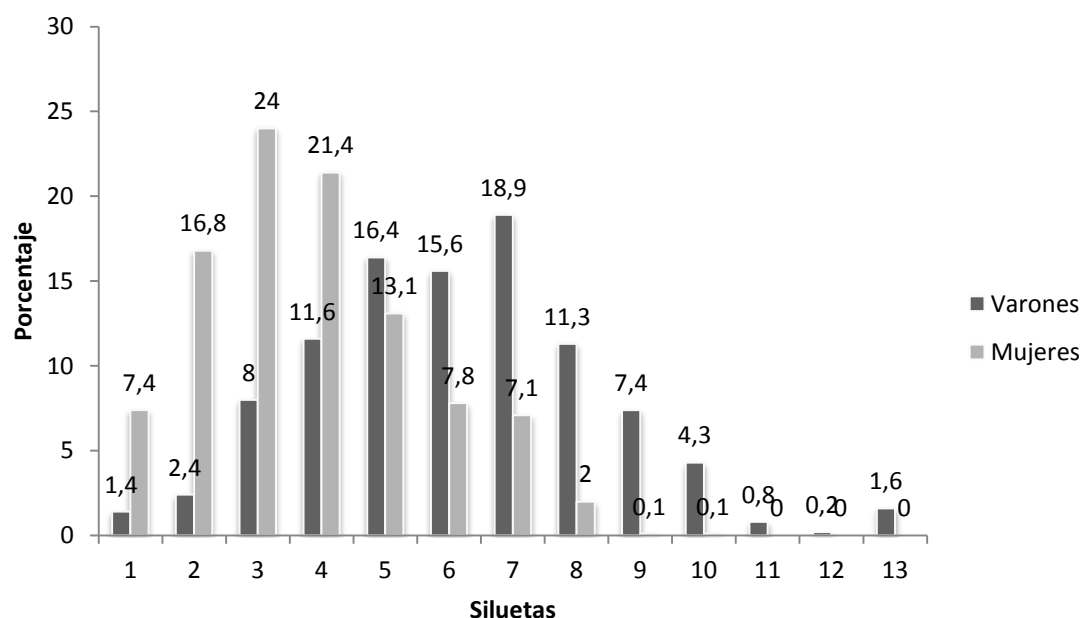


Gráfico 8. Silueta deseada por el alumnado en función del género

Tabla 37. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre la silueta deseada y el IMC

IMC (I)	IMC (J)	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Normopeso	Sobrepeso	-1,02**	,17	,000
	Obesidad	-1,37**	,31	,000
Sobrepeso	Obesidad	-,35	,34	,562

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

6.2.3.2. Grado y tipo de insatisfacción corporal mediante el uso de siluetas corporales

Si analizamos la insatisfacción corporal usando la discrepancia entre la imagen que uno tiene de sí mismo y su imagen ideal, con las siluetas de Gardner et al. (1999), se observa que la mayor parte del alumnado desearía tener menos peso del que perciben que tienen ($n=1044$; 55,2%). Por otra parte, vemos que el 20,4% ($n=385$) de los estudiantes desearía tener más peso, y 24,2% ($n=457$) está satisfecho con su peso (gráfico 9).

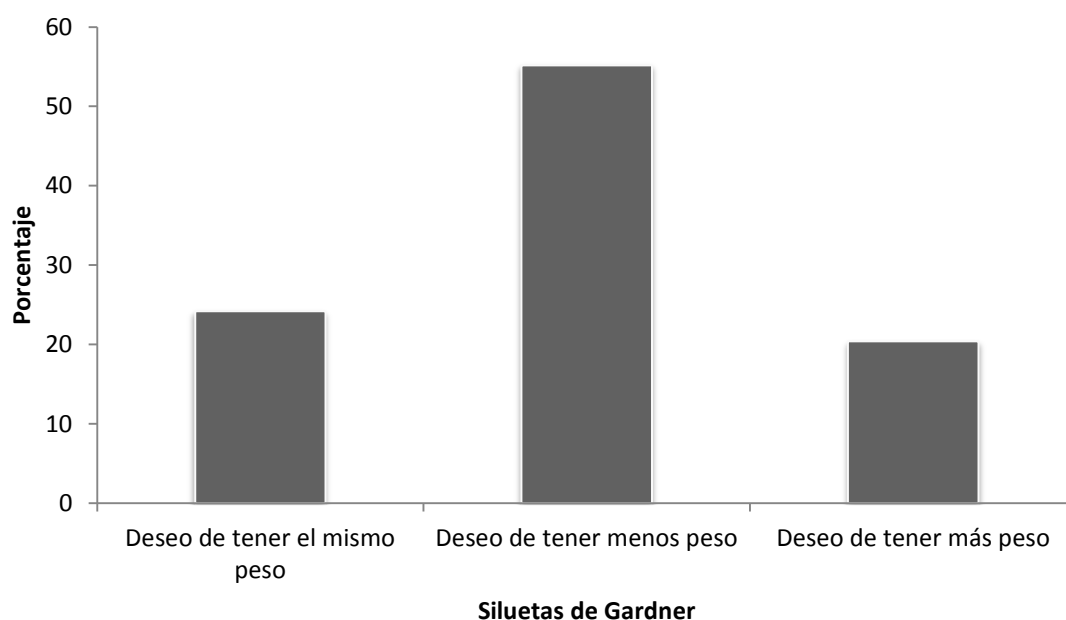


Gráfico 9. Discrepancia entre la IC percibida y deseada

Teniendo en cuenta el género (gráfico 10, tabla 38), se observa que la mayoría de la muestra (tanto en chicas como en chicos) desea tener menos peso del que perciben tener. Por otro lado, se muestra que el porcentaje de chicos que desean tener más peso (29,0%) es claramente superior al porcentaje de chicas que lo desean (11,4%). Este dato puede deberse a que los jóvenes interpreten en relación a la escala de siluetas como figuras más fuertes y musculadas, aquellas que presentan mayor IMC. En cambio, el porcentaje de mujeres que desean tener menos

peso(66,6%, $n= 618$) es bastante superior al porcentaje de varones que desean menos peso (44,3%, $n= 425$). Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($X^2(2)= 117,62$; $p< ,001$, $n= 1884$).

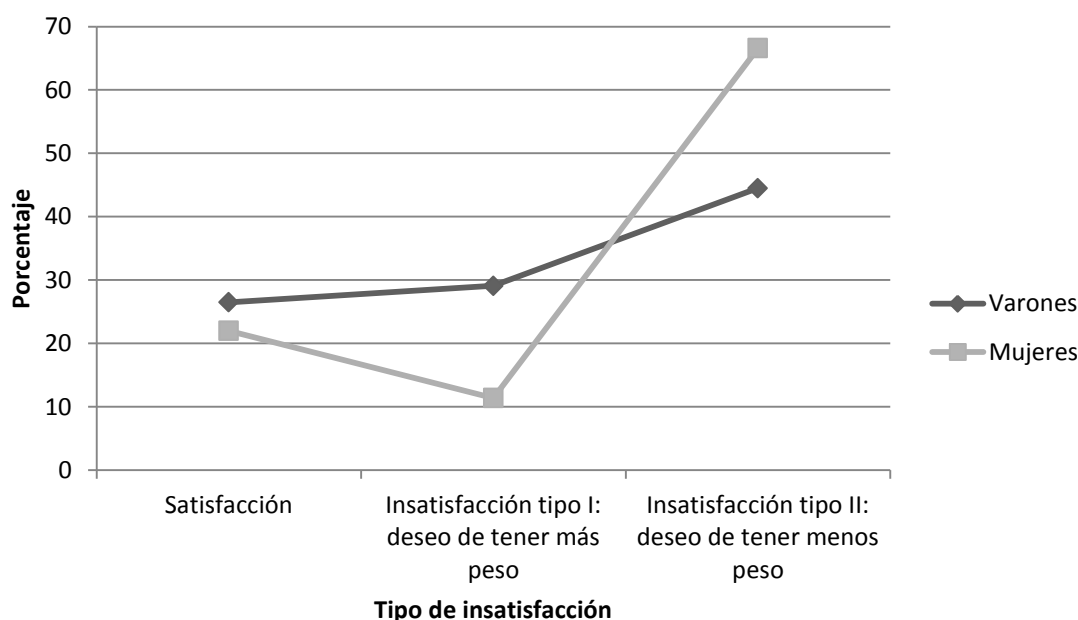


Gráfico 10. Tipo de insatisfacción medida a través de las siluetas en función del género

Tabla 38. Tipo de insatisfacción (%) en función del género

	Mujeres	Hombres
Satisfacción	22,0	26,4
Insatisfacción tipo I: deseo de tener más peso	11,4	29,0
Insatisfacción tipo II: deseo de tener menos peso	66,6	44,3

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la edad de los adolescentes en función del tipo de insatisfacción corporal ($F(2,1881) = 0.18$, $p = .835$). Igualmente no se encontró una relación significativa entre el curso de la ESO y el tipo de insatisfacción de los adolescentes ($X^2(6)= 2,84$; $p= ,829$; $n= 1886$).

En la tabla 39 se presentan tabla de contingencia para la relación entre el IMC y el tipo de insatisfacción corporal medido con las siluetas corporales. Se puede observar que la mayor parte del alumnado, independientemente del IMC desea tener menos peso del que tienen,

sobre todo los categorizados en sobrepeso (94,4%) y obesidad (93,1%). Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($\chi^2(4)= 195$; $p < ,001$; $n= 1865$).

Tabla 39. Tipo de insatisfacción corporal (%) en función del IMC

IMC	Tipo de insatisfacción corporal		
	Satisfacción	Insatisfacción tipo I: Deseo de tener más peso	Insatisfacción tipo II: deseo de tener menos peso
Normopeso	27,6	23,8	48,6
Sobrepeso	4,2	1,4	94,4
Obesidad	5,2	1,7	93,1

6.2.3.3. Análisis de la preocupación por la imagen corporal

Para evaluar la preocupación por la IC se ha utilizado el cuestionario BSQ-14. Siguiendo a Dowson y Herderson (2001), las puntuaciones en el BSQ-14 se pueden interpretar como indicadoras de la preocupación por la IC, de manera que a mayor puntuación más preocupación.

Asumiendo que el BSQ-14 es un instrumento adecuado para el alumnado de ESO, se concluye que por lo general la muestra está poco preocupada por su IC ($M= 30,32$, $DT= 16,43$; $Min= 2,00$; $Max= 84,00$). Cuando se analizan las diferencias en la insatisfacción corporal en función del género, se observa que las alumnas están más insatisfechas con su IC ($M= 35,34$, $DT= 17,73$) que los alumnos ($M= 25,46$, $DT= 13,40$). De acuerdo con el test de t-Student las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t(1881)= 129,61$; $p < ,001$; $d= ,63$).

Se realizó un ANOVA para establecer la relación entre la preocupación por la IC medida a través del BSQ-14 y el curso. Aunque el alumnado de 3º ($M= 31,30$, $DT= 16,91$) y 4º de ESO ($M= 31,52$, $DT= 16,04$) informaron de una mayor insatisfacción que el alumnado de 1º ($M= 29,76$, $DT= 17,02$) y 2º ($M= 29,17$, $DT= 15,50$), las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($F(3)= 2,21$; $p= ,085$).

Se calcularon las correlaciones de Pearson entre la preocupación por la IC medida por el BSQ-14, la insatisfacción corporal medida por las siluetas corporales de Gardner y el IMC. Los resultados se muestran en la tabla 40, y como se puede observar existe una asociación positiva estadísticamente significativa entre el BSQ-14, las siluetas corporales y el IMC. Es decir, el alumnado que muestra una mayor preocupación por su IC tiende a estar más insatisfecho y a tener mayor IMC.

Tabla 40. Correlaciones entre el BSQ-14, las siluetas corporales y el IMC

	1	2	3
1. BSQ-14	-	,59**	,38**
2. Siluetas corporales	-	-	,54**
3. IMC	-	-	-
	M= 30,32 (DT= 16,43)	M= 1,14 (DT= 2,68)	M= 21,44 (DT= 3,66)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT= Desviación típica

Como se ha comentado, la preocupación por la IC correlaciona con el IMC. Se puede profundizar esa relación analizando las diferencias de preocupación en función de las categorías del IMC (tabla 41). Los estudiantes categorizados en normopesos ($M= 28,53$; $DT= 15,56$) tienen una menor preocupación por su IC que aquellos categorizados en sobrepeso ($M= 40,51$; $DT= 17,23$) u obesidad ($M= 42,60$; $DT= 18,54$). Las diferencias son estadísticamente significativas ($F(2,1860) = 71,74$; $p < ,001$).

Tabla 41. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre el BSQ-14 y el IMC

IMC (I)	IMC (J)	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Normopeso	Sobrepeso	-11,98**	1,15	,000
	Obesidad	-14,08**	2,12	,000
Sobrepeso	Obesidad	-2,09	2,35	,645

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

De igual forma, partiendo de la relación detectada entre las puntuaciones en el BSQ-14 y insatisfacción corporal medida a través de las siluetas corporales, vamos a analizar las diferencias en la preocupación por la IC (BSQ-14) en función del tipo de insatisfacción corporal (Siluetas) (tabla 42). Se encontró que los jóvenes que deseaban tener menos peso ($M= 38,41$; $DT= 17,23$) mostraron una mayor preocupación por su IC que aquellos que deseaban tener más peso ($M= 20,50$; $DT= 7,08$) o estaban satisfechos ($M= 20,13$; $DT= 7,76$). Las diferencias son estadísticamente significativas ($F(2,1878)= 403,91$; $p < ,001$).

Tabla 42. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) para las puntuaciones en el BSQ-14 en función del tipo de insatisfacción medido por las siluetas

Tipo de insatisfacción siluetas (I)	Tipo de insatisfacción siluetas (J)	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Satisfacción	Insatisfacción tipo I: deseo de tener más peso	-,37	,95	,921
	Insatisfacción tipo II: deseo de tener menos peso	-18,30**	,77	,000
Insatisfacción tipo I: deseo de tener más peso	Insatisfacción tipo II: deseo de tener menos peso	-17,93**	,82	,000

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

6.2.3.4. Análisis de la obsesión por la delgadez y bulimia

También se evaluaron algunos síntomas de los trastornos de conducta alimentaria que están relacionados con problemas de IC. Para ello se administró el EDI, y en concreto, las subescalas Obsesión por la delgadez y Bulimia.

Las chicas presentan una mayor obsesión por la delgadez ($M= 5,48$, $DT= 5,45$) que los chicos ($M= 2,97$, $DT= 4,09$). De acuerdo con el test t-Student las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t(1869)= 146,79$; $p < ,001$; $d= ,52$). En cambio, en la dimensión bulimia los estudiantes ($M= 1,48$, $DT= 2,83$) presentan medias similares a las estudiantes ($M= 1,32$, $DT= 2,43$). De hecho, el test t-Student muestra que

las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas ($t(1876) = 9,05$; $p = ,195$) (gráfico 11).

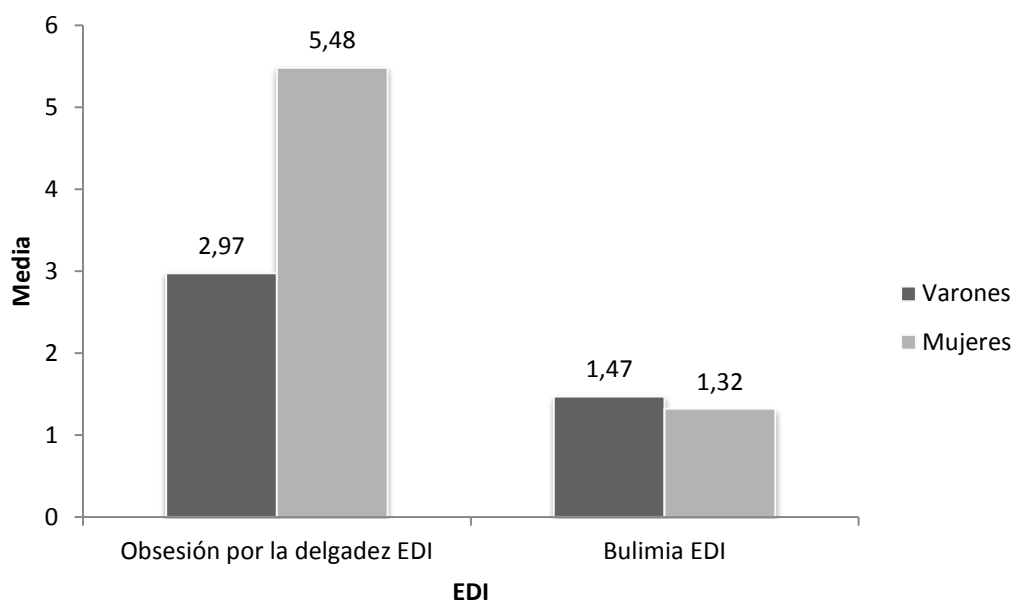


Gráfico 11. Relación entre las subescalas del EDI obsesión por la delgadez y bulimia con el género

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en dichas subescalas del EDI en función del curso ($F(3,1874) = 1,77$; $p = ,150$ para la bulimia; $F(3,1867) = ,90$; $p = ,441$ para la obsesión por la delgadez).

Se calcularon las correlaciones de Pearson entre las subescalas del EDI, la preocupación por la IC medida por el BSQ-14, la insatisfacción corporal medida por las siluetas corporales de Gardner, el IMC y la edad. Los resultados se muestran en la tabla 43, y como se puede observar existe una asociación positiva estadísticamente significativa entre la obsesión por la delgadez y la bulimia, el IMC, la insatisfacción corporal y el BSQ-14. Destaca la fuerte relación observada entre la obsesión por la delgadez y las puntuaciones en el BSQ-14, lo cual indica, como era esperable, que los jóvenes más preocupados por su IC son los más obsesionados por la delgadez.

Tabla 43. Correlaciones entre el BSQ-14, las siluetas corporales y el IMC

	1	2	3	4	5	6
1. Obsesión por la delgadez EDI	-	,23**	,23**	,43**	,72**	,03
2. Bulimia EDI	-	-	-,01	-,03	,10**	,06*
3. IMC	-	-	-	,54**	,38**	,15**
4. Siluetas	-	-	-	-	,59**	-,02
5. BSQ-14	-	-	-	-	-	,04
6. Edad	-	-	-	-	-	-
	M= 4,21 (DT= 4,97)	M= 1,40 (DT= 2,64)	M= 21,44 (DT= 3,66)	M= 1,14 (DT= 2,68)	M= 30,32 (DT= 16,43)	M= 14,00 (DT= 1,41)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación típica

También se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas, aunque muy poco intensas, de las puntuaciones en la subescala Bulimia con el BSQ-14 y la edad.

Para obtener más información en relación de dichas correlaciones, se van a estudiarlas subescalas del EDI para cada una de las categorías del IMC. Los estudiantes categorizados en sobrepeso ($M = ,89$; $DT = 1,92$) tienen menos síntomas de bulimia que aquellos categorizados en normopeso ($M = 1,43$; $DT = 2,64$) u obesidad ($M = 2,31$; $DT = 4,03$). Las diferencias son estadísticamente significativas ($F(2,1857) = 7,58$; $p = ,001$). Estos resultados parecen indicar una relación con forma de U entre el IMC y la bulimia, no detectada con el coeficiente de correlación de Pearson.

En relación a las puntuaciones en la subescala Obsesión con la delgadez, el alumnado con obesidad ($M = 7,65$; $DT = 6,53$) es el más preocupado se encuentra en relación a la delgadez, seguido por el alumnado con sobrepeso ($M = 5,70$; $DT = 5,80$) y normopeso ($M = 3,86$; $DT = 4,68$). Las diferencias son estadísticamente significativas ($F(2,1852) = 28,23$; $p < ,001$).

De igual forma, se estudiaron las puntuaciones en las subescalas del EDI para cada uno de los tipos de insatisfacción corporal detectados a través de las siluetas de Gardner (tabla 44). Se encontró que aquellos jóvenes que deseaban tener menos peso ($M= 5,66$; $DT= 5,80$) mostraron mayor obsesión por la delgadez que aquellos que deseaban tener más peso ($M= 2,20$; $DT= 2,44$) o estaban satisfechos ($M= 2,57$; $DT= 3,03$) con su IC. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($F(2,1867)= 111,95$; $p < ,001$). Por el contrario, aquellos adolescentes que deseaban tener menos peso ($M= 1,18$; $DT= 2,43$) tenían menos síntomas de bulimia que los que deseaban tener más peso ($M= 1,75$; $DT= 2,94$) o estaban satisfechos ($M= 1,60$; $DT= 2,80$).

Tabla 44. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre la subescala obsesión por la delgadez del EDI en función del tipo de insatisfacción medido por las siluetas

Tipo de insatisfacción siluetas (I)	Tipo de insatisfacción siluetas (J)	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Satisfacción	Insatisfacción tipo I: deseo de tener más peso	,37	,33	,490
	Insatisfacción tipo II: deseo de tener menos peso	-3,09**	,26	,000
Insatisfacción tipo I: deseo de tener más peso	Insatisfacción tipo II: deseo de tener menos peso	-3,46**	,28	,000

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

6.2.3.5. Discusión de la imagen corporal global del alumnado

En el sentido de comprender la preocupación por la IC de los estudiantes y verificar su satisfacción corporal se procede a la discusión de los datos provenientes a la dimensión actitudinal y global de la IC (siluetas corporales de Gardner, BSQ-14 y las dimensiones del EDI obsesión con la delgadez y bulimia).

En relación a cómo perciben el tamaño de sus cuerpos, la mayoría de los adolescentes consideran que sus cuerpos tienen un tamaño inferior al estándar representado por la figura central, aunque esta tendencia es significativamente más acusada en las chicas que en los chicos. Como

cabía esperar, también se encontró una asociación directa entre el IMC de los jóvenes y la percepción que tenían de su propio cuerpo. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Rueda-Jaimes, Camacho, Milena y Rangel (2012), que realizaron una investigación con 189 estudiantes a los que administraron la escala de siluetas corporales de Gardner et al. (1999). Los resultados obtenidos por estos autores también muestran una relación estadísticamente significativa bastante intensa entre el IMC y la figura corporal seleccionada como representativa de su cuerpo por cada adolescente.

También se encontraron diferencias de género en relación a las siluetas deseadas. Las chicas deseaban ser más delgadas que los chicos, con una distribución centrada en torno a la figura estándar central en el caso de los chicos y una distribución centrada en torno a la figura 4 en el caso de las chicas. Similares resultados obtienen Rueda-Jaimes et al. (2012) y Azevedo (2012). Además se encontraron diferencias en función del curso: el alumnado de 2º ciclo de la ESO deseaba ser más delgado que el alumnado de 1º ciclo.

Los resultados de esta investigación indicaron que el 55,2% de la muestra desearía tener menos peso del que tienen. Las chicas tuvieron mayor insatisfacción corporal que los chicos si tenemos en cuenta el porcentaje de adolescentes que desearían tener menos peso. Por el contrario, el porcentaje de chicos que desean tener más peso es significativamente superior al porcentaje de mujeres, probablemente debido a que los jóvenes interpretan como figuras más fuertes y musculadas a aquellas que presentan mayor IMC.

Estos resultados coinciden en gran medida con los obtenidos por otros autores que utilizaron también escalas de siluetas corporales para medir la insatisfacción con la IC. Así, por ejemplo, Monteiro Gaspar et al. (2011), realizaron un estudio con 234 adolescentes en el que un 68,1% de las chicas no estaban satisfechas con su IC, porcentaje muy similar al encontrado en esta tesis (66,6%). Los resultados de ese estudio también

muestra que una proporción menor de los varones estaban insatisfechos con su IC (52,9%), porcentaje superior al encontrado en el este estudio (44,3%).

González-Montero et al. (2010), en un estudio en el que utilizaron las siluetas de Collins para estudiar la auto-percepción de la imagen en un grupo 523 jóvenes, también destacan que las jóvenes, aunque perciben como saludable un IMC de normopeso, tienden a perseguir un IMC inferior, más próximo a la delgadez. Igualmente coincidimos con Yager y O'Dea (2009), que administraron la escala FRS de siluetas corporales, y hallaron que las chicas tenían mayor insatisfacción corporal que los chicos, siendo principalmente debido a que deseaban tener menos peso.

Los adolescentes presentan un ideal delgado y musculoso que es muy similar al ideal masculino adulto, según lo sugerido por McCabe y Ricciardelli (2001). El buen estado físico está relacionado con la felicidad, y los adolescentes de forma explícita comparan su cuerpo con los de sus amigos. La adolescencia es también un periodo de evaluación externa por los demás. En la adolescencia para los chicos, lo ideal es estar delgado y musculoso (De Gracia et al., 2007; McArthur et al., 2005; McCabe, Ricciardelli, 2003; Merino et al., 2001; Neumark-Sztainer et al., 1999; Raich, 2004; Raich y Torras, 2002; Ramos et al., 2003). Los resultados de nuestro estudio avalan en parte esa afirmación, ya que hemos encontrado una mayor tendencia en los chicos a desear figuras de un mayor tamaño corporal, probablemente percibidas como más fuertes y musculadas.

En relación a la preocupación por la IC medida por el BSQ-14, en esta investigación se concluye que por lo general la muestra no está muy preocupada con su IC. Las alumnas están más preocupadas con su IC que los alumnos. Además, nuestros adolescentes muestran una mayor preocupación por su IC cuanto mayor es su IMC.

En la actualidad se ha estimado que dos tercios de las mujeres jóvenes están insatisfechas con el tamaño de su cuerpo, la forma o la apariencia (Rabak-Wagener, Eickloff-Shemek y Kelly-Vance 1998). Rovira

et al. (2002) encontraron que las chicas consideraban su atractivo físico de un modo negativo. En el mismo sentido, Offer et al. (1988) hallaron, en una revisión de trabajos de diez países, que las chicas adolescentes estaban menos satisfechas con sus cuerpos de lo que lo estaban los chicos adolescentes. De igual manera, a pesar de las tasas de prevalencia relativamente equivalentes en la obesidad de hombres y mujeres (Ogden et al., 2006), las chicas obesas presentan niveles más bajos de satisfacción corporal en comparación con los chicos obesos (Huang et al., 2007; Israel y Ivanova, 2002; Toro et al., 2005).

También coincidimos con los resultados de Gómez y Núñez (2007) en el que las chicas ($M= 31,27$) muestran mayor insatisfacción corporal que los chicos ($M= 25,89$) en una muestra de 110 sujetos de 1º de ESO y 1º Bachillerato. Igualmente concordamos con la relación significativa entre el IMC y el BSQ-14, valores más altos en el IMC se asocian con una mayor insatisfacción corporal.

Los investigadores que trabajan en esta área sugieren que muchas adolescentes dicen que se sienten gordas y quieren perder peso. Wadden et al. (1991) argumentaron que las chicas adolescentes están en desacuerdo con sus cuerpos, e informaron que la preocupación del cuerpo es una de las más importantes en la vida de las adolescentes.

Por último en relación a las dimensiones del EDI obsesión con la delgadez y bulimia, los resultados de esta tesis apuntan que la chicas presentan una mayor obsesión por la delgadez que los chicos. En cambio, en la dimensión bulimia no existen diferencias significativas entre chicos y chicas.

En la literatura se hallan resultados similares, sobre todo en relación a la subescala obsesión por la delgadez. Fan et al. (2010) hallaron que las chicas tenían puntuaciones significativamente más altas en las dos subescalas del EDI que los chicos. De la misma manera concluyen estudios como los de Rodgers et al. (2010), Rodgers et al. (2009), Urzúa et al. (2009) y Aliaga-Deza et al. (2010) en los que las

mujeres tienden a mostrar mayor obsesión por la delgadez y bulimia que los varones, aunque las diferencias en la subescala bulimia no fueron en estos estudios estadísticamente significativas.

El alumnado en esta investigación que estaba más obsesionado con la delgadez mostraba más síntomas de bulimia y mayores niveles de insatisfacción corporal y de preocupación por su IC. De igual manera, el alumnado con mayor IMC está más obsesionado por la delgadez. Resultados similares han sido obtenidos por Cruz y Maganto (2002). Estos autores han encontrado una relación directa entre insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez tanto en chicas como en chicos. Aunque también encontraron una relación directa entre IMC y obsesión por la delgadez, ésta no llegó a ser significativa. Fan et al. (2010), en cambio, si hallaron una correlación directa y significativa entre dicha subescala del EDI y el IMC. Por el contrario Calderón et al. (2009) encontraron que el mayor índice de obsesión por la delgadez lo tuvieron los sujetos categorizados en normopeso.

Los adolescentes de nuestro estudio que tenían una mayor preocupación por su IC presentaban más síntomas de bulimia. No se encontraron correlaciones significativas de las puntuaciones en la subescala Bulimia del EDI con el IMC y la insatisfacción medida con la escala de siluetas. En el caso de Cruz y Maganto (2002) la relación entre la insatisfacción y la bulimia sólo la mostraban las adolescentes, no aconteciendo lo mismo en los varones. De la misma forma, tampoco encontraron relaciones significativas entre el IMC y la bulimia.

6.2.4. Análisis y discusión de la imagen corporal en su componente cognitivo

Para evaluar la dimensión cognitiva de la IC, se ha utilizado el cuestionario BIATQ. Siguiendo a Cash et al. (1990) y a Perpiñá et al. (2003), las puntuaciones en el BIATQ se pueden interpretar como indicadores del aspecto cognitivo del trastorno de la IC, donde se valoran

las distorsiones o errores cognitivos a causa de la apariencia en torno a pensamientos positivos y negativos.

Asumiendo que el BIATQ es un instrumento adecuado para evaluar la dimensión cognitiva de la IC del alumnado de ESO, se analizan las diferencias de género en los errores cognitivos debidos a la apariencia. Se observa que las mujeres tienen más pensamientos negativos a causa de la apariencia física ($M= 36,97$, $DT= 16,97$) que los hombres ($M= 29,89$, $DT= 14,10$). De acuerdo con el test de t-Student las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t(1875)= 39,99$; $p < ,001$, $d= ,47$). En cuanto a los pensamientos positivos ocurre lo contrario, los hombres tienen más pensamientos positivos a causa de la apariencia física ($M= 33,22$, $DT= 12,21$) que las mujeres ($M= 30,90$, $DT= 12,00$). De acuerdo con el test de t-Student las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t(1877)= ,04$; $p < ,001$, $d= ,25$). Por el contrario, la edad no se correlacionó con los pensamientos positivos o negativos del BIATQ.

Se realizó un ANOVA para establecer las diferencias en función del curso en las distorsiones cognitivas medidas a través del BIATQ. No hubo diferencias significativas entre los diferentes cursos de la ESO y los pensamientos negativos del BIATQ ($F(3,1873)= 2,14$; $p= ,093$). En relación a los pensamientos positivos se estableció una relación significativa ($F(3,1875)= 2,74$; $p= ,042$). El alumnado de 2º de ESO ($M= 33,34$, $DT= 12,90$) fue el que mostró pensamientos significativamente más positivos acerca de su IC que los alumnos de 1º ($M= 31,64$, $DT= 12,77$), 3º ($M= 31,95$, $DT= 11,57$) y 4º de ESO ($M= 31,15$, $DT= 10,66$).

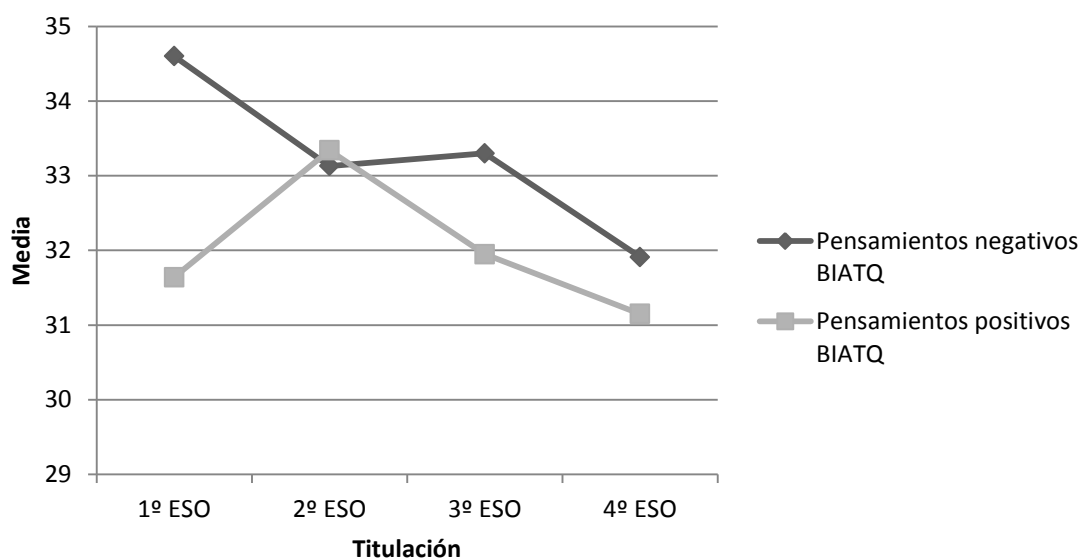


Gráfico 12. Pensamientos negativos y positivos del BIATQ en función del curso

Se calculó la correlación de Pearson para el BIATQ y la preocupación por la IC medida por el BSQ-14, la insatisfacción corporal medida por las siluetas corporales de Gardner, la obsesión por la delgadez y la bulimia medidas con el EDI y el IMC. Los resultados se muestran en la tabla 45, y como se puede observar existe una asociación positiva estadísticamente significativa de los pensamientos negativos a causa de la apariencia física con el BSQ, la insatisfacción corporal, el IMC, la obsesión por la delgadez y la bulimia. Las relaciones más intensas se dan con las preocupaciones por la IC y con la obsesión por la delgadez, de manera que aquellos adolescentes que están más preocupados por su IC y en especial por su peso suelen tener más pensamientos negativos acerca de su apariencia física.

Tabla 45. Correlaciones entre el BIATQ, las variables que miden la dimensión actitudinal de la IC y el IMC

	1	2	3	4	5	6	7
1. BIATQ negativo	-	-,30**	,75**	,45**	,27**	,60**	,18**
2. BIATQ positivo	-	-	-,34**	-,28**	-,20**	-,18**	,06**
3. BSQ-14	-	-	-	59**	,38**	,72**	,10**
4. Siluetas	-	-	-	-	,54**	,43**	-,03
5. IMC	-	-	-	-	-	,23**	-,01
6. Obsesión por la delgadez EDI	-	-	-	-	-	-	,23**
7. Bulimia EDI	-	-	-	-	-	-	-
	<i>M</i> = 33,38 (<i>DT</i> = 15,97)	<i>M</i> = 32,08 (<i>DT</i> = 12,16)	<i>M</i> = 30,32 (<i>DT</i> = 16,43)	<i>M</i> = 1,14 (<i>DT</i> = 2,68)	<i>M</i> = 21,44 (<i>DT</i> = 3,66)	<i>M</i> = 4,20 (<i>DT</i> = 4,97)	<i>M</i> = 1,40 (<i>DT</i> = 2,64)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; *M* = Media; *DT* = Desviación típica

Por otro lado, los pensamientos positivos se correlacionan significativamente de manera inversa con el BSQ-14, las siluetas corporales, el IMC y la obsesión por la delgadez. De nuevo la correlación más intensa se da con las puntuaciones en el BSQ-14, indicando que cuanto mayor es la preocupación por la IC menores son los pensamientos positivos acerca de esa imagen.

Como cabía esperar, los pensamientos negativos y positivos se correlacionan significativamente de manera inversa.

Como se ha comentado, mientras que el IMC se relaciona de manera directa con los pensamientos negativos acerca de la IC, su relación es inversa con los pensamientos positivos. Se puede profundizar para ver la relación entre el BIATQ y las categorías del IMC según Cole, et al., (2000) (tabla 46). Los estudiantes categorizados como normopesos solían tener menos pensamientos negativos acerca de su apariencia y más pensamientos positivos ($M = 31,78$; $DT = 14,62$; $M = 32,92$; $DT = 12,24$ respectivamente) que aquellos categorizados en sobrepeso ($M = 41,86$; $DT = 19,93$; $M = 27,58$; $DT = 10,55$ respectivamente) u obesidad ($M = 44,50$;

$DT= 18,62$; $M= 27,14$; $DT= 10,27$). Las diferencias son estadísticamente significativas ($F(2,1854)= 55,51$; $p < ,001$; $F(2,1856)= 23,83$; $p < ,001$ respectivamente).

Tabla 46. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) del BIATQ en función del IMC

	IMC (I)	IMC (J)	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Pensamientos negativos	Normopeso	Sobrepeso	-10,07**	1,13	,000
		Obesidad	-12,72**	2,07	,000
	Sobrepeso	Obesidad	-2,64	2,29	,481
Pensamientos positivos	Normopeso	Sobrepeso	5,34**	,87	,000
		Obesidad	5,78*	1,61	,001
	Sobrepeso	Obesidad	0,45	1,76	,966

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

De igual forma, sabiendo que las puntuaciones en el BIATQ están relacionadas con la insatisfacción medida con las siluetas corporales, se puede profundizar en dichas relaciones analizando las diferencias en función del tipo de insatisfacción corporal (tabla 47). Los resultados mostraban que los jóvenes que deseaban tener menos peso ($M= 38,34$; $DT= 17,44$) mostraron más pensamientos negativos que aquellos jóvenes que deseaban tener más peso ($M= 28,41$; $DT= 11,75$), y éstos más que aquellos que estaban satisfechos ($M= 26,20$; $DT= 10,56$) con su IC. Las diferencias son estadísticamente significativas ($F(2,1872)= 130,69$; $p < ,001$).

En cuando a los pensamientos positivos, los adolescentes que mostraron satisfacción con su IC tienden a tener más pensamientos positivos ($M= 37,84$; $DT= 12,09$) que los que desean tener más peso ($M= 33,60$; $DT= 12,41$), y éstos más que los que desean tener menos peso ($M= 29,02$; $DT= 11,00$). Las diferencias son estadísticamente significativas ($F(2,1874)= 95,72$; $p < ,001$).

Tabla 47. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) del BIATQ en función del tipo de insatisfacción corporal

	Tipo de insatisfacción (I)	Tipo de insatisfacción (J)	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Pensamientos negativos	Satisfacción	Insatisfacción tipo I: deseo de tener más peso	-2,21	1,04	,084
		Insatisfacción tipo II: deseo de tener menos peso	-12,14**	,84	,000
	Insatisfacción tipo I: deseo de tener más peso	Insatisfacción tipo II: deseo de tener menos peso	-9,93**	,89	,000
Pensamientos positivos	Satisfacción	Insatisfacción tipo I: deseo de tener más peso	4,24**	,80	,000
		Insatisfacción tipo II: deseo de tener menos peso	8,81**	,65	,000
	Insatisfacción tipo I: deseo de tener más peso	Insatisfacción tipo II: deseo de tener menos peso	4,58**	,69	,000

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

En primer lugar destacar que en la literatura no existen numerosas investigaciones que midan el componente cognitivo de la IC con el cuestionario BIATQ utilizado en esta tesis, a pesar de las evidencias de su validez que se han aportado en la literatura (Cash et al., 1990; Perpiñá et al., 2003). En el sentido de comprender la preocupación por la IC de los estudiantes en su componente cognitivo se procede a la discusión de los datos provenientes del instrumento BIATQ.

En esta investigación se observa que las mujeres tienen más pensamientos negativos a causa de la apariencia física que los hombres. En cuanto a los pensamientos positivos ocurre lo contrario, los hombres tienen más pensamientos positivos a causa de la apariencia física que las mujeres. Además, el BIATQ-pensamientos negativos se correlaciona de

manera significativa y positiva con el IMC. En este caso coincidimos con Verplanken y Velgvik (2008) que midieron los pensamientos negativos en adolescentes con el cuestionario HINT (Habit Index of Negative Thinking) y concluyeron que los jóvenes con mayor tendencia a presentar pensamientos negativos tienen mayor IMC.

Igualmente hemos encontrado una relación significativa intensa del BIATQ con la preocupación e insatisfacción corporal. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por Jorquera et al. (2005), que utilizaron el mismo cuestionario para medir la dimensión cognitiva de la IC en 284 sujetos entre 14 y 29 años. Concluyeron que las personas con una tendencia a mostrar pensamientos negativos acerca de su apariencia, tenían mayor insatisfacción corporal y mayor preocupación por el peso, sobre todo en las mujeres. A la par, otros autores llegan a las mismas conclusiones con la utilización de cuestionarios diferentes a los empleados en esta tesis, como por ejemplo Lightsey (1994) y Verplanken y Velgvik (2008).

Por último se puede observar en esta investigación que existe una asociación positiva estadísticamente significativa entre el BIATQ y la dimensión Bulimia del EDI. Flett et al. (2011) hallaron en una muestra de mujeres que existía una correlación entre los pensamientos negativos (medidos por el cuestionario ATQ) y las tendencias bulímicas (medidas por el cuestionario BATT). Estos pensamientos negativos acerca de la apariencia física explicaron el 29% de la varianza en la bulimia.

6.2.5. Análisis y discusión de la imagen corporal en su componente comportamental.

Para evaluar la dimensión conductual de la IC, se ha utilizado el cuestionario BIAQ. Siguiendo a Rosen et al. (1991), las puntuaciones en el BIAQ se pueden interpretar como indicadoras del aspecto comportamental del trastorno de la IC, donde se valora la evitación a diferentes conductas a causa de la IC medidas en cuatro dimensiones;

modo de llevar la ropa, actividades sociales, restricción de comida y chequeo.

Asumiendo que el BIAQ es un instrumento adecuado para evaluar la dimensión conductual de la IC del alumnado de ESO, se analizan las diferencias de género en las puntuaciones del BIAQ. Se observa que las mujeres ($M= 44,01$; $DT= 12,22$) emiten más conductas de evitación relacionadas con la IC que los hombres ($M= 36,82$; $DT= 11,94$). Las diferencias son estadísticamente significativas ($t(1873)= ,09$; $p< ,001$; $d= 0,59$).

Si analizamos las distintas dimensiones del BIAQ en función del género se puede observar que las chicas tienden a mostrar más conductas de evitación relacionadas con el modo de llevar la ropa, las actividades sociales, la restricción de comida y a pesarse y acicalarse en mayor medida ($M= 18,30, DT= 6,43$; $M= 6,70, DT= 4,55$; $M= 6,10, DT= 3,30$ y $M= 12,92, DT= 3,33$, respectivamente), que los hombres ($M= 16,49, DT= 6,09$; $M= 6,11, DT= 3,79$; $M= 5,51, DT= 2,96$ y $M= 8,78, DT= 4,50$, respectivamente). De acuerdo con el test de t-Student las diferencias observadas son estadísticamente significativas en la dimensión modo de llevar la ropa ($t(1872)= 6,27$; $p< ,001$; $d= 0,15$), en la dimensión de actividades sociales ($t(1869)= 3,05$; $p= ,002$; $d= 0,14$), en la dimensión restricción de comida ($t(1871)= 4,13$; $p< ,001$; $d= 0,35$) y en la dimensión chequeo ($t(1870)= 26,22$; $p= ,001$; $d= 0,56$).

Se realizaron varios ANOVAs para estudiar las posibles diferencias en las puntuaciones del BIAQ en función del curso de la ESO. Los resultados (tabla 48) muestran que los estudiantes de 1º de ESO son los que emiten significativamente más conductas de evitación relacionadas con la IC ($M= 42,18$; $DT= 14,15$), y en concreto conductas de evitación relacionadas con el modo de llevar la ropa ($M= 18,34$; $DT= 7,10$), con las actividades sociales ($M= 7,24$; $DT= 4,71$) y con la restricción de comida ($M= 6,23$; $DT= 3,40$) que los alumnos de cursos superiores. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Por el contrario, los

alumnos de 3º ($M= 11,66$; $DT= 3,72$) y 4º ($M= 11,23$; $DT= 3,97$) de la ESO mostraron más conductas de chequeo de la IC, como pesarse y acicalarse, que los estudiantes de 1er. ciclo.

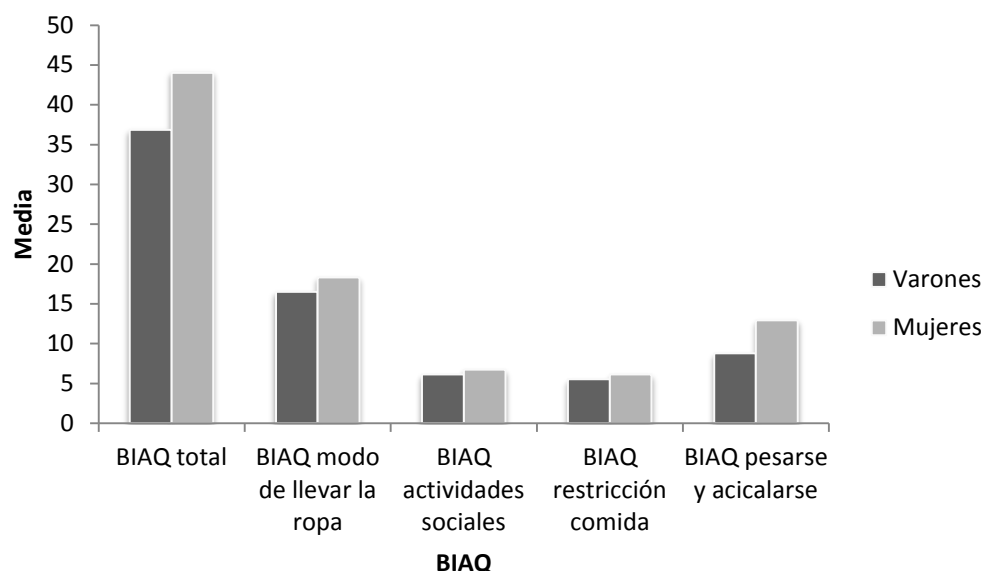


Gráfico 13. Relación del BIAQ en función del género

Tabla 48. Relación del BIAQ y la titulación

	BIAQ total	BIAQ ropa	BIAQ social	BIAQ comida	BIAQ pesarse
1º ESO	42,18	18,34	7,24	6,23	10,40
2º ESO	39,54	17,13	6,51	5,71	10,24
3º ESO	39,72	16,93	5,61	5,53	11,66
4º ESO	39,56	16,84	5,95	5,61	11,23
	$F(3)= 5,51$; $p= ,001$	$F(3)= 6,21$; $p< ,001$	$F(3)= 14,65$; $p< ,001$	$F(3)= 5,09$; $p= ,002$	$F(3)= 13,90$; $p< ,001$

Se calcularon las correlaciones de Pearson entre las dimensiones del cuestionario BIAQ (modo de llevar la ropa, actividades sociales, restricción de comida y pesarse y acicalarse). Los resultados se muestran en la tabla 49. Como se puede observar las correlaciones entre todas las dimensiones del BIAQ fueron positivas y estadísticamente significativas.

Tabla 49. Correlaciones de las dimensiones del BIAQ

	1	2	3	4
1. BIAQ ropa	-	,50**	,43**	,21**
2. BIAQ actividades sociales	-	-	,39**	,12**
3. BIAQ restricción comida	-	-	-	,23**
4. BIAQ pesarse y acicalarse	-	-	-	-
	<i>M</i> = 17,38 (<i>DT</i> = 6,32)	<i>M</i> = 6,40 (<i>DT</i> = 4,19)	<i>M</i> = 5,80 (<i>DT</i> = 3,15)	<i>M</i> = 10,83 (<i>DT</i> = 3,99)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; *M* = Media; *DT* = Desviación típica

A continuación se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las dimensiones del cuestionario BIAQ (modo de llevar la ropa, actividades sociales, restricción de comida y pesarse y acicalarse) y las puntuaciones en la dimensión actitudinal (BSQ-14, siluetas corporales) y cognitiva (BIATQ) de la IC, así como con el IMC, la edad y algunos síntomas de problemas de conducta alimentaria (obsesión por la delgadez y bulimia). Los resultados se muestran en la tabla 50.

Los resultados muestran en la mayoría de los casos correlaciones directas y significativas de las dimensiones del BIAQ con el IMC, la preocupación con la IC, la insatisfacción corporal, la obsesión por la delgadez, la bulimia y los pensamientos negativos relativos a la IC. En la mayoría de los casos estas correlaciones representan un tamaño del efecto medio.

En cambio se encuentran correlaciones negativas significativas de la mayoría de las dimensiones del BIAQ con la edad y los pensamientos positivos relativos a la IC. Hay que señalar, sin embargo, que en este caso las correlaciones son todas muy débiles.

Tabla 50. Correlaciones de las dimensiones del BIAQ con las dimensión global (BSQ-14, siluetas corporales y EDI), cognitiva (BIAQ) de la IC, el IMC y la edad

	IMC	Siluetas	BSQ-14	Obsesión delgadez	Bulimia	BIATQ negativo	BIATQ positivo	Edad
1. BIAQ ropa	,19**	,28**	,39**	,31**	,13**	,49**	-,12**	-,07**
2. BIAQ social	,15**	,20**	,28**	,25**	,11**	,39**	-,10**	-,08**
3. BIAQ comida	,26**	,36**	,49**	,41**	,02	,44**	-,11	-,03
4. BIAQ pesarse	,01	,19**	,37**	,36**	,10**	,30**	,04	,10**
	<i>M</i> = 21,44 (<i>DT</i> = 3,66)	<i>M</i> = 1,14 (<i>DT</i> = 2,68)	<i>M</i> = 30,32 (<i>DT</i> = 16,43)	<i>M</i> = 4,20 (<i>DT</i> = 4,97)	<i>M</i> = 1,40 (<i>DT</i> = 2,64)	<i>M</i> = 33,38 (<i>DT</i> = 15,97)	<i>M</i> = 32,08 (<i>DT</i> = 12,16)	<i>M</i> = 14,00 (<i>DT</i> = 1,41)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; *M* = Media; *DT* = Desviación típica

Para obtener más información en relación a algunas de estas correlaciones, se van a analizar las puntuaciones en las subescalas del BIAQ en función de las categorías del IMC propuestas por Cole, et al. (2000) (tabla 51).

Tabla 51. Relación del BIAQ y el IMC según Cole, et al. (2000)

	BIAQ total	BIAQ ropa	BIAQ social	BIAQ comida	BIAQ pesarse
Normopeso	39,51	16,94	6,19	5,51	10,86
Sobrepeso	43,85	19,19	7,20	7,34	10,42
Obesidad	51,12	23,01	9,05	7,84	11,40
	$F(2,1853)=$ 34,30; $p <$,001	$F(2,1852)=$ 36,99; $p <$,001	$F(2,1849)=$ 17,75; $p <$,001	$F(2,1851)=$ 46,52; $p <$,001	$F(2,1851)=$ 1,75; $p =$,174

Los resultados de los ANOVAs correspondientes muestran diferencias estadísticamente significativas en todas la puntuación total y todas las subescalas del BIAQ, salvo en la subescalas Pesarse y acicalarse. Las pruebas post-hoc muestran que los estudiantes obesos muestran más conductas de evitación que los estudiantes con sobrepeso y éstos últimos más conductas de evitación que los estudiantes con un peso normal. Estas mismas diferencias estadísticamente significativas se dan en la forma de llevar la ropa. Con respecto a las conductas de

evitación relacionadas con actividades sociales, los adolescentes obesos emiten más este tipo de conductas que los adolescentes con sobrepeso o peso normal. Por último, los jóvenes con peso normal emiten menos conductas de evitación relacionadas con la ingesta de comida que los demás jóvenes.

De igual forma, sabiendo que las puntuaciones en el BIAQ están relacionadas con la insatisfacción corporal, analizaremos dicha relación teniendo en cuenta el tipo de insatisfacción corporal (gráfico 14). Un ANOVA mostró que los jóvenes que deseaban tener menos peso ($M= 43,73$; $DT= 12,88$) mostraron más conductas de evitación que aquellos que deseaban tener más peso ($M= 36,23$; $DT= 11,01$) o estaban satisfechos ($M= 36,23$; $DT= 10,81$) con su IC. Las diferencias son estadísticamente significativas ($F(2,1871)= 89,66$; $p < ,001$).

Si se tienen en cuenta las subescalas del BIAQ, se obtienen los mismos resultados. El alumnado que desea tener menos peso muestra una mayor tendencia a conductas de evitación relacionadas con el modo de llevar la ropa ($M= 18,57$; $DT= 6,65$), las actividades sociales ($M= 6,96$; $DT= 4,50$), la restricción de comida ($M= 6,74$; $DT= 3,32$) y pesarse y acicalarse ($M= 11,52$; $DT= 3,88$) que el alumnado categorizado en sobrepeso y obesidad. Las diferencias son estadísticamente significativas ($F(2,1870)= 42,74$; $p < ,001$; $F(2,1867)= 21,70$; $p < ,001$; $F(2,1869)= 114,79$; $p < ,001$; $F(2,1868)= 37,55$; $p < ,001$; respectivamente).

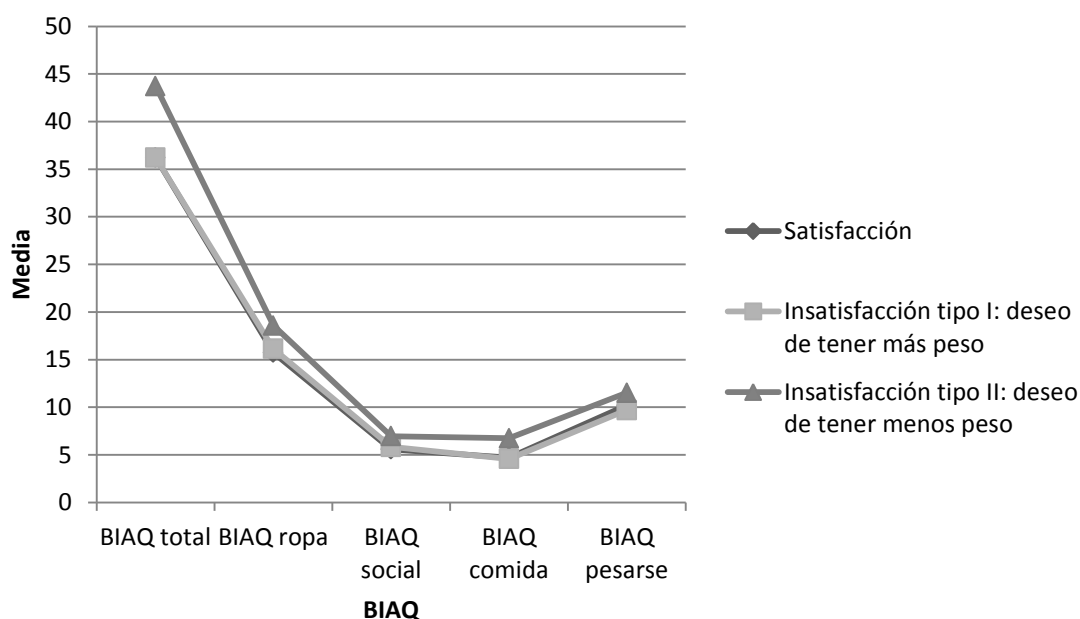


Gráfico 14. Relación del BIAQ y el tipo de insatisfacción

En relación a la dimensión comportamental de la IC, se concluye en este estudio que las mujeres ($M= 44,01$; $DT= 12,22$) emiten más conductas de evitación que los hombres ($M= 36,82$; $DT= 11,94$). Aunque aparentemente estas medias son muy superiores a algunas las encontradas en la literatura, esto se debe a que nosotros hemos usado un esquema de puntuación de las opciones de respuesta de los ítems desde 1 hasta 6, mientras que otros autores usan un esquema desde 0 a 5. En cualquier caso, las diferencias de género coinciden con las encontradas por Osman et al. (2001). En cambio, Cullari et al. (2002) no hallaron diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas.

Los resultados muestran que los estudiantes que emiten más conductas de evitación a causa de su IC tienden a tener un mayor IMC, más preocupación por su IC, más insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y bulimia.

La correlación positiva entre el BIATQ y el IMC se encuentra también en otras investigaciones (Raich et al., 1997; O'Connor et al., 2001; Sides-Moore y Tochkov, 2011). Legenbauer et al. (2011)

profundizaron más en el estudio de esta relación, categorizando a la muestra en función de su IMC. Estos autores estudiaron en profundidad la IC en 15 personas obesas, expresando una alta insatisfacción corporal y un número elevado de conductas de evitación, llegando a un valor de 51,50 de media en la puntuación total en el BIAQ. En este caso, coincidimos con estos investigadores en que el alumnado con obesidad es quien muestra más conductas de evitación en el BIAQ.

Por otra parte, en el estudio de las relaciones del BIAQ con la preocupación y la insatisfacción corporal, concordamos con Raich et al. (1999) y Cullari et al. (2002). Estos autores concluyen que los sujetos que emiten más conductas de evitación a causa de la IC muestran también mayor preocupación por su IC medida a través del BSQ. Cullari et al. (2002) encontraron tales diferencias pero sólo en el género femenino. Estudios como el de O'Connor et al. (2011) analizan la dimensión comportamental de la IC mediante la exposición a escritos de contenido emocional. Estos autores concluyen que aquellos sujetos que están expuestos a expresiones escritas traumáticas sobre su apariencia emiten más conductas de evitación que aquellos que están sometidos a expresiones escritas que conlleven éxito.

6.2.5.1. Modelos predictivos de las conductas de evitación

En este punto, se lleva a cabo un análisis complementario con el fin de considerar si alguna de las variables analizadas en el alumnado permitía predecir, al menos en parte, las conductas de evitación relacionadas con la IC. Para ello, se realiza un análisis de regresión lineal, para determinar el valor predictivo de las variables que miden la preocupación e insatisfacción corporal (BSQ-14, Siluetas de Gardner), las variables que miden síntomas de los trastornos de conducta alimentaria (EDI Obsesión por la delgadez y Bulimia), del género y el IMC (tabla 52).

Para empezar, es necesario destacar que la correlación bivariada entre las variables predictoras de los análisis de regresión es menor en

todos los casos a 0,7. De esta forma, queda descartada la existencia de multicolinealidad entre las variables incluidas en los análisis de regresión que se muestran a continuación (Tabachnick y Fidell, 1996).

Tabla 52. Análisis de regresión de las conductas de evitación (BIAQ total) sobre otras variables relacionadas con la IC del alumnado

	Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	Sig.	r ²	Δr ²
		B	Error típ.	Beta			
Modelo 1	(Constante)	12,224	1,853		,000		
	Género	7,540	,545	,300	,000	,135	,135
	IMC	,790	,074	,230	,000		
Modelo 2	(Constante)	23,041	1,981		,000		
	Género	3,541	,526	,141	,000		
	IMC	,084	,081	,025	,300		
	BSQ-14	,270	,024	,355	,000		
	Siluetas	,314	,125	,067	,012	,321	,185
	Bulimia EDI	,412	,096	,087	,000		
	Obsesión delgadez EDI	,271	,073	,107	,000		

Modelo 1: $F_{(2, 1842)} = 144,176$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(6, 1838)} = 144,593$; $p < ,001$

Se realizó un análisis de regresión jerárquica, en el que se introdujo un primer bloque de variables predictoras que incluía el género y el IMC. Estas variables explicaban el 13,5% de la varianza del BIAQ-total. A continuación se incluyeron las puntuaciones en el BSQ-14, Siluetas y EDI. La inclusión de estas variables produce una ganancia predictiva del 18,5% de la varianza del BIAQ-total. Es importante destacar que cuando se tiene en cuenta la percepción que los sujetos tienen de su IC, el IMC deja de ser un predictor significativo de las conductas de evitación. En cuanto a la interpretación de los coeficientes de regresión, se observa que las chicas emiten más conductas de evitación que los chicos y que cuanto mayor sea la preocupación e insatisfacción corporal o cuanto más síntomas de trastornos de conducta alimentaria tengan los adolescentes, más conductas de evitación emitirán.

A continuación se realizó otro análisis de regresión lineal con la misma estrategia jerárquica, sólo que en este caso el segundo bloque de variables estaba formado por las variables de la dimensión cognitiva de la IC (pensamientos negativos y positivos del BIATQ). Los resultados de este análisis se presentan en la tabla 53.

Tabla 53. Análisis de regresión de las conductas de evitación a causa de la IC (BIAQ total) sobre las variables que miden el componente cognitivo (BIATQ) de la IC

	Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	Sig.	r ²	Δr ²
		B	Error típ.	Beta			
Modelo 1	(Constante)	12,209	1,846		,000		
	Género	7,608	,543	,304	,000	,137	,137
	IMC	,783	,074	,229	,000		
Modelo 2	(Constante)	9,287	1,870		,000		
	Género	4,602	,477	,184	,000		
	IMC	,324	,066	,095	,300		
	BIATQ negativo	,426	,016	,540	,000	,377	,240
	BIATQ positivo	,095	,020	,091	,012		

Modelo 1: $F_{(2, 1846)} = 145,928$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(4, 1844)} = 278,832$; $p < ,001$

Cuando controlamos el efecto del género y el IMC, el porcentaje de varianza explicada por la dimensión cognitiva de la IC de los adolescentes es de un 24%. Las variables predictoras que formarían parte de este modelo son, en orden de importancia, los pensamientos negativos, el género, el IMC y los pensamientos positivos. Los pensamientos negativos parecen ser el principal determinante de las conductas de evitación relacionadas con la IC, de manera que cuanto más pensamientos negativos más probable es emitir este tipo de conductas

Si se repiten los análisis de regresión lineal pero usando como variables criterio las dimensiones del BIAQ, se obtienen en primer lugar los resultados que aparecen en la tabla 54.

En estos análisis se observa que, una vez controlado el efecto de las variables género e IMC, el porcentaje de la varianza explicado por las

variables del bloque actitudinal (BSQ-14, Siluetas y EDI) es del 18,3% en la dimensión Restricción de comidas, del 10,9% en la dimensión Modo de llevar la ropa, del 7% en la dimensión Chequeo y del 6,3% en la dimensión Actividades sociales.

La variable predictora más importante que forma parte de este modelo es para todas las dimensiones, salvo para la dimensión Chequeo, la preocupación con la IC medida a través del BSQ-14. En la mayoría de los casos, por tanto, el grado de preocupación por la IC desempeña un papel clave en las conductas de evitación. En el caso de las conductas de chequeo, sin embargo, el género de los adolescentes es la variable que mejor predice este tipo de conductas, con las chicas emitiendo más conductas de chequeo que los chicos.

En la dimensión Modo de llevar la ropa, la segunda variable predictora por orden de importancia es la variable bulimia (EDI), seguida de la insatisfacción corporal medida a través de las siluetas corporales.

En la dimensión Actividades sociales, la segunda variable predictora por orden de importancia es la variable bulimia (EDI), seguida de la obsesión por la delgadez (EDI).

En la dimensión restricción de comida, la segunda variable predictora por orden de importancia es la obsesión por la delgadez, seguida de la insatisfacción corporal medida a través de las siluetas corporales.

En la dimensión chequeo, la segunda variable predictora por orden de importancia es la preocupación por la IC medida a través del BSQ-14, seguida por la obsesión por la delgadez (EDI), y la variable bulimia (EDI).

Tabla 54. Análisis de regresión de las dimensiones del BIAQ sobre las variables que miden el componente actitudinal de la IC

	Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	Sig.	r ²	Δr ²	
		B	Error típ.	Beta				
BIAQ modo de llevar la ropa	Modelo 1	(Constante)	6,869	,971		,000		
		Género	1,967	,286	,156	,000	,063	,063
		IMC	,354	,039	,205	,000		
	Modelo 2	(Constante)	11,067	1,101		,000		
		Género	,471	,293	,037	,108		
		IMC	,069	,045	,040	,127		
		BSQ-14	,116	,014	,304	,000		
		Siluetas	,173	,070	,074	,013	,172	,109
		Bulimia EDI	,245	,053	,102	,000		
		Obsesión delgadez EDI	,017	,041	,013	,674		
BIAQ actividades sociales	Modelo 1	(Constante)	1,592	,656		,015		
		Género	,686	,193	,082	,000	,029	,029
		IMC	,177	,026	,154	,000		
	Modelo 2	(Constante)	3,708	,776		,000		
		Género	-,057	,203	-,007	,780		
		IMC	,041	,031	,036	,191		
		BSQ-14	,046	,009	,179	,000		
		Siluetas	,085	,048	,054	,079	,092	,063
		Bulimia EDI	,125	,037	,079	,001		
		Obsesión delgadez EDI	,058	,028	,069	,039		
BIAQ restricción comida	Modelo 1	(Constante)	-,237	,478		,621		
		Género	,706	,141	,112	,000	,082	,082
		IMC	,233	,019	,270	,000		
	Modelo 2	(Constante)	3,148	,516		,000		
		Género	-,402	,137	-,064	,003		
		IMC	,038	,021	,044	,073		
		BSQ-14	,068	,006	,355	,000		
		Siluetas	,108	,033	,092	,001	,265	,183
		Bulimia EDI	-,059	,025	-,050	,018		
		Obsesión delgadez EDI	,080	,019	,126	,000		
BIAQ chequeo	Modelo 1	(Constante)	3,737	,542		,000		
		Género	4,160	,159	,522	,000	,271	,271
		IMC	,041	,022	,038	,058		
	Modelo 2	(Constante)	4,769	,621		,000		
		Género	3,520	,165	,441	,000		
		IMC	-,046	,026	-,042	,070		
		BSQ-14	,042	,008	,173	,000		
		Siluetas	-,064	,039	-,043	,102	,341	,070
		Bulimia EDI	,100	,030	,066	,001		
		Obsesión delgadez EDI	,110	,023	,137	,000		

BIAQ modo de llevar la ropa: Modelo 1: $F_{(2, 1841)} = 61,510$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(6, 1837)} = 63,546$; $p < ,001$
 BIAQ actividades sociales: Modelo 1: $F_{(2, 1839)} = 24,479$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(6, 1835)} = 31,094$; $p < ,001$
 BIAQ restricción de comida: Modelo 1: $F_{(2, 1841)} = 82,513$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(6, 1837)} = 110,536$; $p < ,001$
 BIAQ chequeo: Modelo 1: $F_{(2, 1841)} = 342,248$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(6, 1837)} = 158,720$; $p < ,001$

En la tabla 55 se muestran los resultados de los análisis de regresión lineal de las dimensiones del BIAQ sobre la dimensión cognitiva de la IC (pensamientos negativos y positivos del BIATQ).

Una vez controlado el efecto del género y el IMC, el porcentaje de varianza explicado por las variables del bloque cognitivo es del 18,5% en la dimensión Modo de llevar la ropa, del 13% en la dimensión Restricción de comida, del 12% en la dimensión Actividades sociales y del 5,8% en la dimensión Chequeo.

En todas las dimensiones del BIAQ, salvo en la dimensión Chequeo, la variable predictora más importante de entre las que forman parte de este modelo son los pensamientos negativos medidos a través del BIATQ. En la mayoría de los casos, por tanto, la frecuencia de pensamientos negativos acerca de la IC desempeña un papel clave en las conductas de evitación. En cambio, el género de los adolescentes sigue siendo la variable que mejor predice las conductas de chequeo, aun teniendo en cuenta los pensamientos negativos y positivos acerca de la IC.

Los pensamientos positivos sobre la IC parecen desempeñar un papel menos relevante en la predicción de las conductas de evitación. Sólo son predictores significativos de las dimensiones Restricción de comida y Chequeo. Además sólo tienen una capacidad predictiva destacable en el caso de las conductas de chequeo.

Tabla 55. Análisis de regresión de las dimensiones del BIAQ sobre las variables que miden el componente cognitivo de la IC

	Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	Sig.	r ²	Δr ²
		B	Error típ.	Beta			
BIAQ modo de llevar la ropa	Modelo 1	(Constante)	6,813	,967		,000	
		Género	2,004	,285	,159	,000	,064
		IMC	,353	,039	,205	,000	
	Modelo 2	(Constante)	6,733	1,033		,000	
		Género	,633	,264	,050	,017	
		IMC	,136	,037	,079	,000	,248
BIATQ negativo		,186	,009	,469	,000	,185	
	BIATQ positivo	,018	,011	,035	,102		
BIAQ actividades sociales	Modelo 1	(Constante)	1,616	,651		,013	
		Género	,676	,191	,081	,000	,029
		IMC	,175	,026	,154	,000	
	Modelo 2	(Constante)	1,671	,726		,021	
		Género	-,058	,185	-,007	,754	
		IMC	,058	,026	,051	,024	,149
BIATQ negativo		,099	,006	,378	,000	,120	
	BIATQ positivo	,008	,008	,023	,305		
BIAQ restricción comida	Modelo 1	(Constante)	-,260	,477		,586	
		Género	,724	,140	,115	,000	,083
		IMC	,232	,019	,270	,000	
	Modelo 2	(Constante)	-,518	,526		,326	
		Género	,161	,134	,026	,232	
		IMC	,143	,019	,167	,000	,213
BIATQ negativo		,078	,005	,396	,000	,130	
	BIATQ positivo	,012	,006	,047	,033		
BIAQ chequeo	Modelo 1	(Constante)	3,708	,542		,000	
		Género	4,159	,159	,521	,000	,271
		IMC	,042	,022	,039	,053	
	Modelo 2	(Constante)	1,224	,619		,480	
		Género	3,850	,158	,482	,000	
		IMC	,005	,022	,005	,821	,329
BIATQ negativo		,060	,005	,239	,000	,058	
	BIATQ positivo	,054	,007	,164	,000		

BIAQ modo de llevar la ropa: Modelo 1: $F_{(2, 1845)} = 62,698$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(4, 1843)} = 152,297$; $p < ,001$

BIAQ actividades sociales: Modelo 1: $F_{(2, 1842)} = 27,491$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(4, 1840)} = 80,833$; $p < ,001$

BIAQ restricción de comida: Modelo 1: $F_{(2, 1844)} = 83,288$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(4, 1842)} = 124,726$; $p < ,001$

BIAQ chequeo: Modelo 1: $F_{(2, 1844)} = 342,589$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(4, 1842)} = 225,864$; $p < ,001$

6.2.6. Análisis y discusión del nivel de actividad física habitual del alumnado

En primer lugar se presentan los estadísticos descriptivos, diferenciando en función del género, referidos a la cantidad de práctica de AFD a través de los METS obtenidos en los cuestionarios de verano, fin de semana y diario. También se presentan los datos del IAF que en su versión dicotómica, ofrece el porcentaje de sujetos activos e inactivos, considerando activos aquellos sujetos que indicaron practicar una o varias AFD en verano, fin de semana y diario fuera del horario escolar, y no activos a aquellos que no indicaron ninguna (tabla 56).

Tabla 56. Medias y porcentajes de los METS del alumnado

	METS e IAFd			
	Varones	Mujeres	Total	
Mets verano $M(DT)$	12,97 (15,37)	3,71 (8,02)	8,42 (13,15)	$F(1885)= 299,437^{**}$; $d= 0,76$
Mets fin de semana $M(DT)$	17,57 (14,78)	7,84 (11,48)	12,79 (14,11)	$F(1885)= 33,300^{**}$; $d= 0,74$
Mets diario $M(DT)$	6,76 (6,60)	3,32 (7,15)	5,07 (7,09)	$F(1885)= 1,895^{**}$; $d=$ 0,50
IAFd verano (% activos)	63,7%	28,2%	48,1%	$\chi^2(1)= 287,731^{**}$
IAFd fin de semana (% activos)	87,8%	51,3%	69,8%	$\chi^2(1)= 298,439^{**}$
IAFd diario (% activos)	70,6%	37,2%	54,2%	$\chi^2(1)= 212,140^{**}$

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

La AF en esta investigación es tratada como el nivel de AF habitual, y medida por el IAF propuesto en el trabajo de Martín-Matillas et al. (2007) y utilizado en el proyecto AVENA. Este IAF se obtiene a partir del Yesterday Activity Checklist, diseñado por Sallis et al. (1993) y validado al español por Tercedor y López (1999).

El gasto energético de verano, fin de semana y diario es claramente mayor en chicos que en chicas, con estimaciones del tamaño del efecto que indican unas diferencias medias y altas entre géneros. En todos los períodos, los valores METs son significativamente mayores en el alumnado de género masculino.

Cuando se analiza la frecuencia de práctica de AF en verano, se observa que el 51,9% ($n= 980$) no practica ninguna AF y el 48,1% ($n= 910$) sí practica una o varias actividades físicas. Si se tiene en cuenta el género, no practican AF en verano el 32,7% ($n= 314$) de los chicos y el 71,8% ($n= 666$) de las chicas. Por tanto, sí practican AF en verano el 67,3% ($n= 645$) de los alumnos y el 28,2% ($n= 262$) de las alumnas. Los resultados de la prueba chi-cuadrado muestran que las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($X^2(1)= 287,73$; $p < ,001$; $n= 1887$).

Igualmente cuando analizamos la frecuencia de práctica de AF en el fin de semana (sábado y domingo) se observa que el 30,2% ($n= 569$) no practica ninguna AF y el 69,8% ($n= 1321$) sí practica una o varias actividades físicas. Si se tiene en cuenta el género, no practican AF el fin de semana el 12,2% ($n= 117$) de los alumnos y el 48,7% ($n= 452$) de las alumnas. Por lo que sí practican AF el fin de semana el 87,8% ($n= 842$) de los chicos y el 51,3% ($n= 476$) de las chicas. El estadístico de contraste muestra que estas diferencias son estadísticamente significativas ($X^2(1)= 298,44$; $p < ,001$; $n= 1887$).

Por último si se analiza la frecuencia de práctica de AF diario (ayer), se observa que el 45,8% ($n= 865$) no practica ninguna AF y el 54,2% ($n= 1025$) sí practica una o varias actividades físicas. Si se tiene en cuenta el género, no practican AF a diario el 29,4% ($n= 282$) de los chicos y el 62,8% ($n= 583$) de las chicas. De lo que se deduce que sí practican AF en verano el 70,6% ($n= 677$) de los alumnos y el 37,2% ($n= 345$) de las alumnas. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($X^2(1)= 212,14$; $p < ,001$; $n= 1887$).

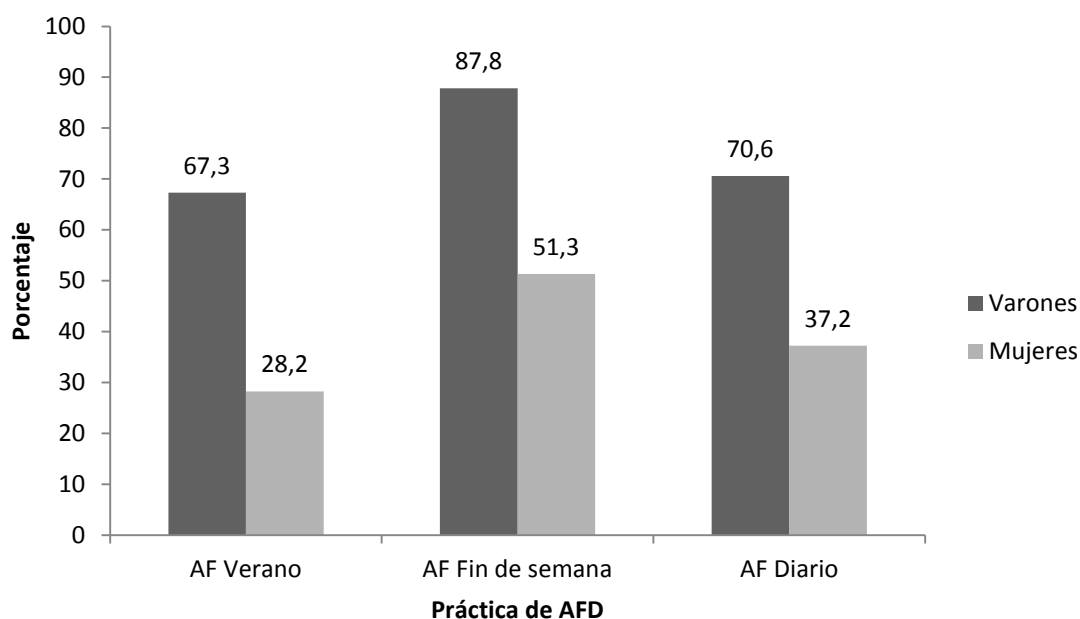


Gráfico 15. Práctica de AF en verano, fin de semana y diario en función del género

Por otro lado, si se divide la muestra en ciclos (1º ciclo: 1º y 2º ESO y 2º ciclo: 3º y 4º ESO), se observa que de aquellos estudiantes que más gasto energético consumen corresponden al 1º ciclo de la ESO tanto en verano, fin de semana como diario. Estas diferencias son estadísticamente significativas, aunque de un tamaño pequeño (tabla 57). Se puede deducir que a medida que el alumnado avanza en edad menor es la AFD practicada. De hecho cuando se estudia la relación entre la edad y el IAF se obtiene una correlación inversa estadísticamente significativa ($r = -.12$; $p < ,001$).

Tabla 57. Gasto energético en relación a los cursos de la ESO

	METS		
	1º ciclo ESO	2º ciclo ESO	
Mets verano $M(DT)$	9,30 (13,80)	7,27 (12,17)	$t(1888) = 3,33^{**}$; $d = 0,16$
Mets fin de semana $M(DT)$	14,79 (15,44)	10,21 (11,70)	$t(1888) = 7,08^{**}$; $d = 0,33$
Mets diario $M(DT)$	5,68 (7,95)	4,29 (5,69)	$t(1888) = 4,26^{**}$; $d = 0,20$

Nota. $** p < .01$; $* p < .05$

Resulta difícil poder cuantificar la práctica de AF de los sujetos, más aun conociendo la variedad, las diferentes intensidades y duraciones que pueden obtener y la variedad de objetivos que pueden proyectarse, factores todos ellos que determinan las características de la práctica de AF de cada persona.

Diversos autores utilizan instrumentos para establecer un valor numérico a la práctica de AFD (Pelegri y Petrosky, 2009; Sallis et al., 1993; Shen et al., 2012; Tercedor, 1998). De esta forma se establece un IAF con las limitaciones comentadas en el apartado de metodología, para valorar cuantitativamente la práctica de AFD de cada sujeto, siguiendo a Tercedor (1998) y a Sallis, et al. (1993).

Se ha utilizado en este estudio los METS y el IAF correspondientes a la práctica de AFD en verano, fin de semana y diario. Existen diferencias significativas en estas dos magnitudes en función del género. De este modo, los varones gastan un mayor número de METS que las chicas y por consiguiente, éstos practican más AFD que las chicas tanto en verano, fin de semana y diario. Similar resultado obtienen Mendoza et al. (1994) con escolares de 11 a 15 años donde el 28% no practicaba ninguna AF fuera del horario escolar, y las chicas practican tres veces menos AFD organizadas que los chicos. Numerosos autores llegan a las mismas conclusiones (Azevedo, 2012; Cale, 1996; Cantera y Devís, 2000; Casimiro, 1999; Duncan et al., 2002; García Ferrando, 1993; Hoyo y Sañudo, 2007; Pate et al., 2010; Sallis, 2000; Schmidt et al., 1998; Tercedor, 1998; Tercedor et al., 2003; Tercedor et al., 2007; Whitehead y Biddle, 2008). De entre dichos estudios, destacamos el de Tercedor et al. (2007), como estudio procedente del proyecto AVENA, el cual utiliza el mismo instrumento para medir la AF. Estos autores analizaron una muestra de 2859 escolares españoles entre 12 y 18 años. Los resultados indican que efectivamente los varones (71,1%) practican más AFD que las mujeres (46,7%).

Estas diferencias se deben probablemente a razones de índole sociocultural, de tal forma que es probable que aún existan algunas ideas arraigadas sobre el papel activo del niño, y se les oferten más actividades deportivas, y la relativa pasividad de las niñas, a las que se les pueden ofrecer actividades más pausadas. Igualmente estudios como los de Brown (2010) y Keating et al. (2005) revelaron que el género masculino practica más AF que el género femenino.

Otro estudio que utilizó el mismo cuestionario que en esta tesis fue el de Gracia-Marco et al. (2010). Estos autores estudiaron un total de 2165 adolescentes entre 13 y 18 años llegando a la misma conclusión, los adolescentes varones españoles, mostraron participar en AFD extracurriculares en mayor medida que las chicas.

Respecto al momento en que se realiza la práctica de AFD, los resultados del estudio muestran una mayor cantidad de práctica de fin de semana seguida ligeramente por la práctica en verano y, finalmente, la práctica en día lectivo. Diversos estudios corroboran estos resultados. Tercedor (1998) en su estudio con escolares muestra una mayor práctica durante el fin de semana que durante un día de semana, coincidiendo a su vez con hallazgos de Cantera (1997) y Kohl y Hobbs (1998).

Siguiendo en la misma línea, aunque menos importantes, también existen diferencias de edad en relación con la AF. Los resultados del estudio muestran que el alumnado que más práctica de AFD realiza son los que tienen menor edad. Estudios como el de Sallis (1993) verifican estos resultados. En un meta-análisis sobre los niveles de AF, los sujetos de 6 a 7 años eran más activos (46 minutos por día) en comparación con los de 10 a 16 años (16 a 45 minutos por día). Por otro lado, en una muestra de 54.000 jóvenes de secundaria, la participación en EF tuvo una disminución del 57% entre el 8º y el 12º grado (Johnson et al., 2007). De la misma manera Martínez y Veiga (2007) concluyeron que el grupo de 1º de ESO tiene valores más altos de práctica de AF y de satisfacción corporal que los de 1º de Bachillerato.

6.2.6.1. Tipo de actividad física realizada en verano, fin de semana y diaria

Se enumeran en el cuestionario 27 actividades deportivas diferentes y prácticamente en todas existen sujetos que las realicen. Esta práctica se diferencia en función de si la práctica físico-deportiva se realiza en verano, fin de semana o en un día lectivo y en función del género (gráfico 16,17 y 18).

Así podemos observar que los deportes más practicados por los chicos son el fútbol, la natación, el fútbol sala, el ciclismo, el tenis y el baloncesto. Siendo lo menos practicados el esquí, el aerobio-gimnasia rítmica, expresión corporal y danza. Hernán et al. (2002) estudiaron los hábitos de AFD en jóvenes españoles de 13 a 30 años, destacando también el fútbol como el deporte más practicado a nivel general y en el género masculino.

En cambio, las chicas practican más la natación, el ciclismo, la danza, el voleibol y el aerobio. Y practican en menor medida el rugby, hockey y el esquí. Torre (1998) afirma que los deportes más practicados por las chicas son voleibol, aeróbico, correr, esquí y ciclismo. Coincidimos con Chillón et al. (2002) que estudiaron a 1750 estudiantes entre 14 y 18 años. Estos autores revelan que el fútbol es la actividad más practicada, sobre todo en el caso de los chicos, seguido de la natación, ciclismo y tenis. Por otra parte, las chicas practican más danza y aeróbico que los chicos.

En la tabla siguiente (58) se expresan las actividades físico-deportivas practicadas por el alumnado atendiendo al género y expresando las diferencias significativas.

Los deportes estereotipados como “masculinos” son practicados por un alto porcentaje de chicos, destacando el fútbol y fútbol sala tanto en verano, fin de semana como a diario. Los deportes o AF estereotipadas como “femeninos” presentan un mayor porcentaje por

parte de las chicas. Aerobic, danza y voleibol son un ejemplo claro de estas actividades, donde la participación masculina es casi nula.

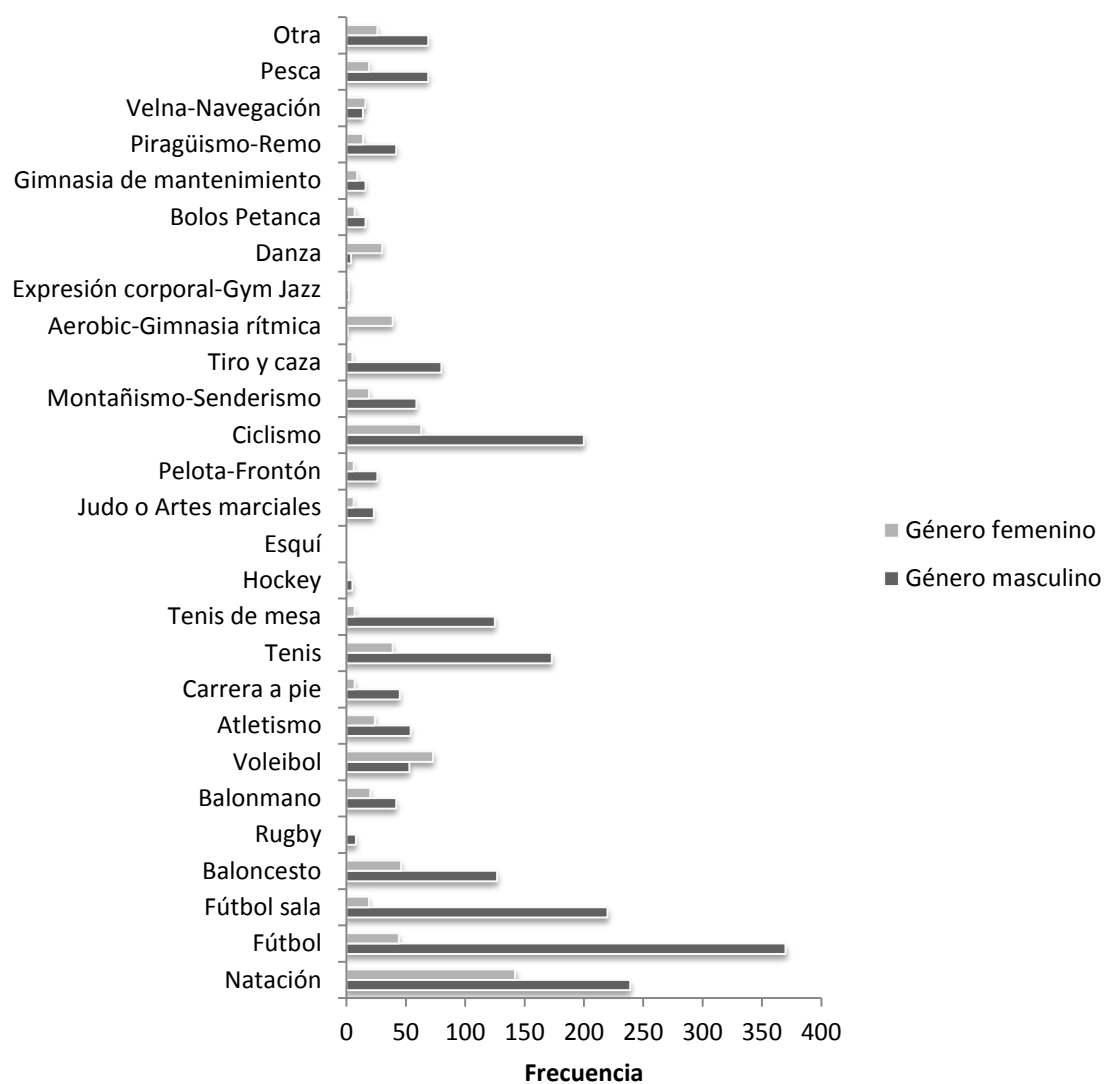


Gráfico 16. Tipo de actividad físico-deportiva practica en verano en función del género

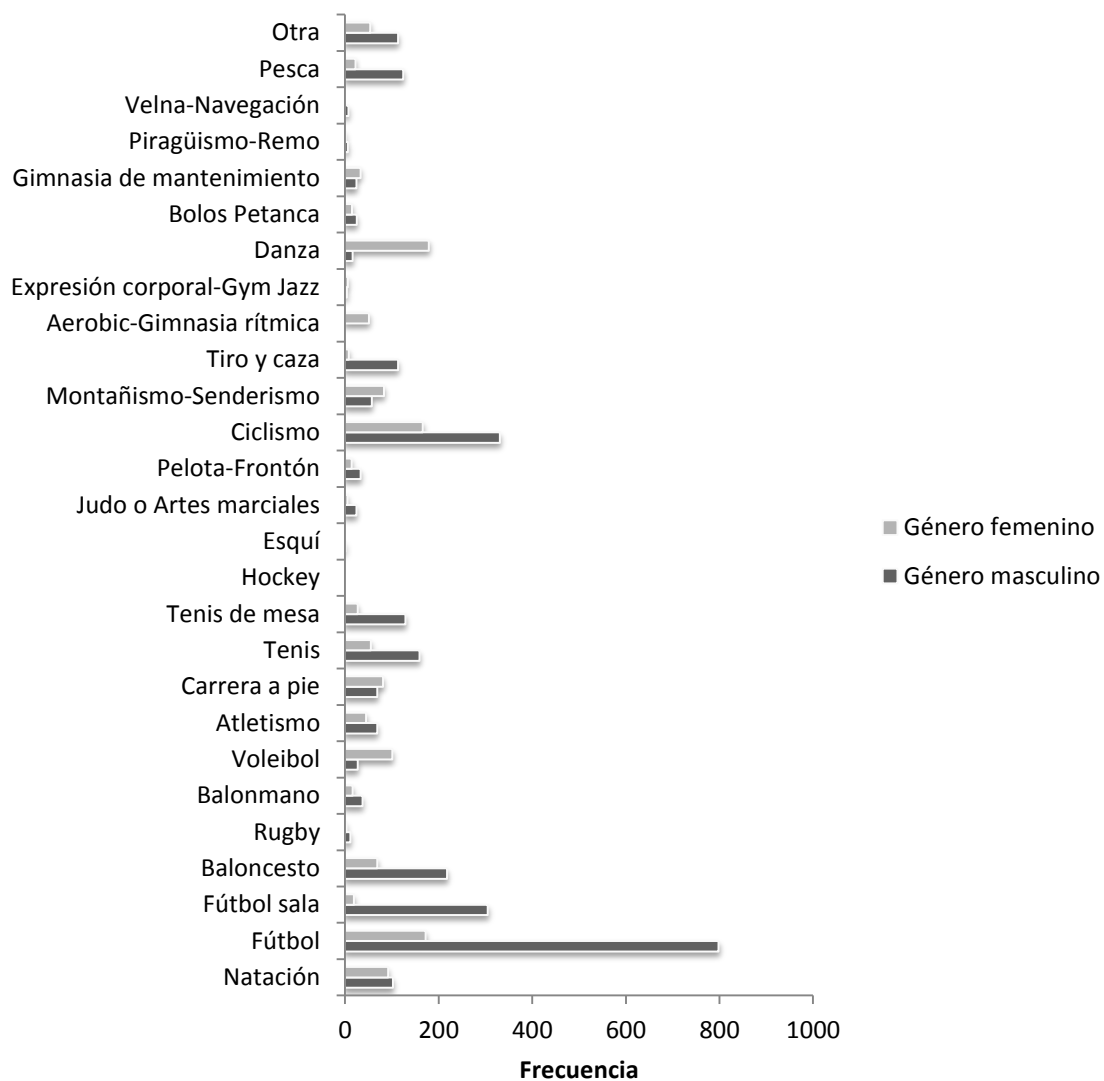


Gráfico 17. Tipo de actividad físico-deportiva practica en el fin de semana en función del género

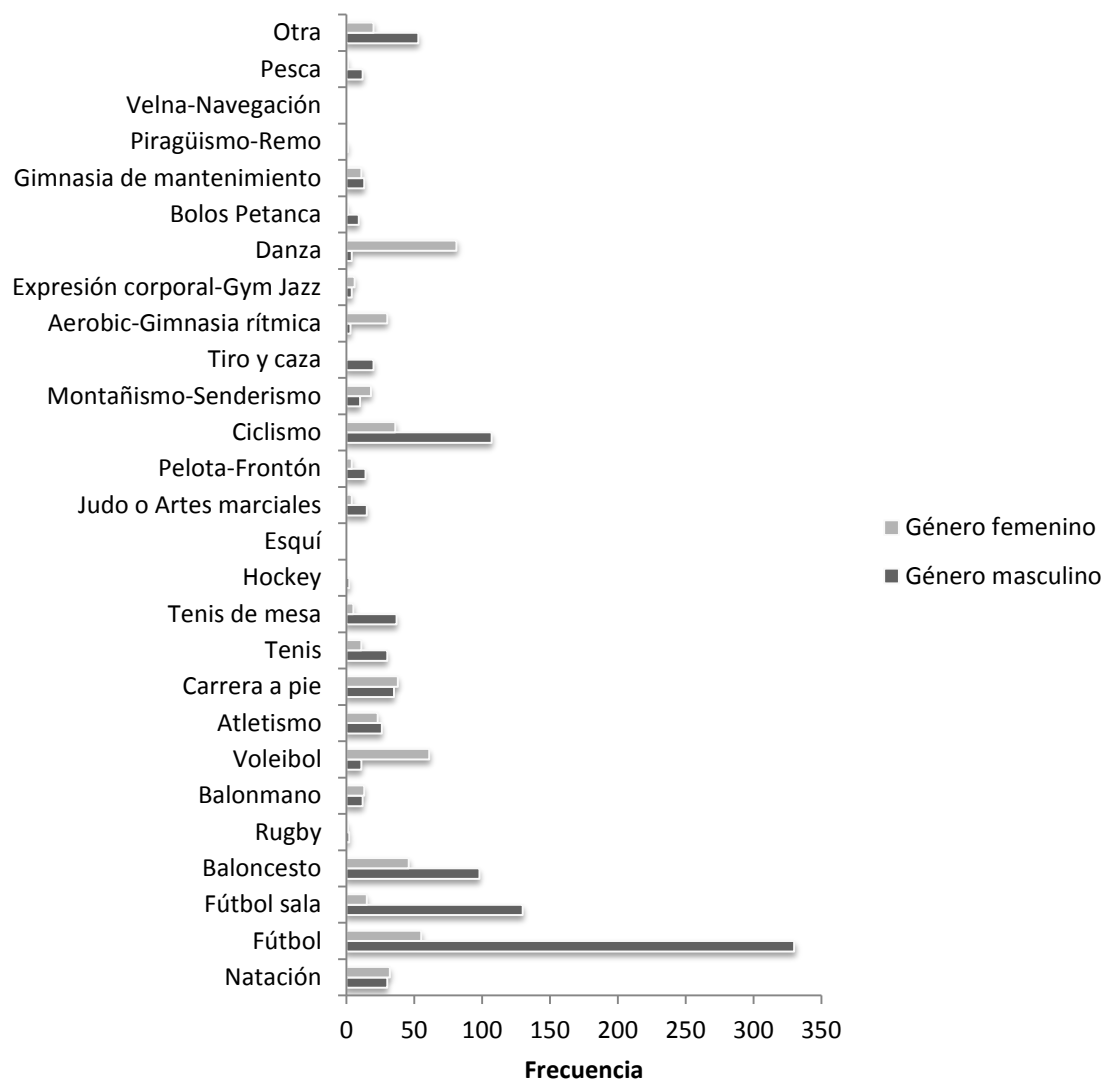


Gráfico 18. Tipo de actividad físico-deportiva practica en día lectivo en función del género

Tabla 58. Porcentajes del tipo de práctica de AFD según el género

	Verano		Fin de semana		Diario	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Natación	24,9%**	15,3%	6,2%	5,7%	3,1%	3,4%
Fútbol	38,6%**	4,7%	49,1%**	10,8%	34,4%**	5,9%
Futbol Sala	22,9%**	2,0%	18,4%	1,5%	13,6%**	1,6%
Baloncesto	13,2%**	5,0%	13,2%**	4,8%	10,2%**	5,0%
Rugby	0,8%*	0,0%	0,6%	0,1%	0,2%	0,1%
Balonmano	4,4%*	2,2%	1,7%	1,1%	1,3%	1,4%
Voleibol	5,5%	7,9%*	1,8%	7,5%**	1,1%	6,6%**
Atletismo	5,6%*	2,6%	4,3%	3,0%	2,7%	2,5%
Carrera a pie	4,7%**	0,8%	4,3%	4,8%	3,6%	4,1%
Tenis	18,0%**	4,2%	9,3%**	3,9%	3,1%**	1,2%
Tenis de mesa	13,0%**	0,8%	8,6%**	1,7%	3,9%**	0,5%
Hockey	0,5%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
Esquí	0,5%*	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Judo o artes marciales	2,4%*	0,6%	1,3%*	0,2%	1,6%*	0,4%
Pelota-Frontón	2,7%**	0,6%	2,0%	1,1%	1,5%*	0,4%
Ciclismo	20,9%**	6,8%	20,1%**	10,0%	11,2%**	3,9%
Montañismo-Senderismo	6,2%**	2,0%	3,1%	4,2%	1,0%	1,9%
Tiro y caza	8,3%**	0,5%	5,6%**	0,4%	2,1%**	0,0%
Aerobic-Gimnasia rítmica	0,1%	4,2%**	0,0%	4,1%	0,3%	3,2%**
Expresión corporal-gym-jazz	0,2%	0,2%	0,2%	0,5%	0,4%	0,6%
Danza	0,4%	3,2%**	0,9%	12,3%**	0,4%	8,7%**
Bolos-petanca	3,4%**	0,8%	1,9%	1,1%	0,9%*	0,1%
Gimnasia mantenimiento	1,7%	1,0%	1,3%	1,7%	1,4%	1,2%
Piragüismo-remo	4,4%**	1,5%	0,4%	0,1%	0,1%	0,0%
Vela-navegación	1,5%	0,6%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Pesca	15,6%**	2,0%	7,7%**	1,4%	1,3%*	0,1%
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

Una de las características que define la práctica de AFD escolar de los adolescentes de este estudio es su variedad. Similar conclusión obtiene Tercedor (1998) en su tesis doctoral realizada con una muestra de 519 escolares de 10 años de edad y Chillón (2005) en su tesis doctoral realizada con alumnado de ESO. Igualmente ocurre con los estudios de García Ferrando (1993) y Mendoza et al.(1994).

Para relacionar la AF habitual con el IMC de la muestra se utiliza el IAF como indicador. La correlación de Pearson indica que no existe una relación significativa entre ambas variables ($r = -.02$; $p = .493$). Es decir, parece que la práctica de la AF es independiente del IMC de los adolescentes.

Camacho et al. (2006) concluyeron que existe una relación significativa entre la IC y el tipo de deporte practicado regularmente por las chicas adolescentes, de forma que son aquellas actividades *fitness*, centradas en la mejora de la apariencia física, las que se relacionan con una IC más devaluada; mientras que la práctica del deporte organizado propiamente dicho, independientemente de si éste es individual (gimnasia rítmica) o colectivo (baloncesto, fútbol), se asocia con la posesión de una IC más saludable. En consecuencia, concluyen los autores en los esfuerzos por promover una IC positiva entre las chicas adolescentes es este último el tipo de actividad físico-deportiva el que debe promoverse.

6.2.6.2. Actividad física e imagen corporal

Para analizar la relación entre la AF y la IC se utilizó el IAF como variable resumen de los METS. Como ya señalamos en el apartado de método, el IAF se obtuvo mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de los cuatro indicadores de gasto energético (verano, sábado, domingo y día lectivo).

Se calculó la correlación de Pearson entre el IAF y las variables de la IC (dimensión global, cognitiva y conductual). Se puede observar en la tabla 59 que existe una correlación inversa y estadísticamente significativa entre el IAF y la mayoría de las dimensiones de la IC. En la dimensión global el IAF correlaciona de manera inversa con el BSQ-14, las siluetas corporales y la obsesión por la delgadez del EDI. Es decir que los estudiantes que practican AF tienden a estar menos preocupados e insatisfechos con su IC. En cambio no encontramos una relación significativa con la medida de los síntomas bulímicos del EDI.

En la dimensión cognitiva el IAF correlaciona de manera inversa con los pensamientos negativos y de manera directa con los pensamientos positivos. Es decir que el alumnado que practica AF tiende a tener más pensamientos positivos y menos pensamientos negativos a causa de su apariencia física que el alumnado que no practica AF.

Por último, con respecto a la dimensión conductual, sólo existe una correlación significativa del IAF con la subescala Chequeo. De manera que, cuanto mayor es la práctica de la AF menores son las conductas de chequeo de la apariencia física. No se encontraron correlaciones significativas del IAF con las conductas de evitación relacionadas con el modo de llevar la ropa, las actividades sociales y la restricción de comida.

Tabla 59. Correlaciones entre el IAF y la dimensión global (BSQ-14, siluetas corporales y EDI), cognitiva (BIAQ) y conductual (BIAQ) de la IC

	BSQ-14	Siluetas corporales	EDI obsesión por la delgadez	EDI bulimia	BIATQ negativo	BIATQ positivo	BIAQ ropa	BIAQ social	BIAQ comida	BIAQ chequeo
IAF	-,10**	-,11**	-,09**	,02	-,07**	,11**	-,04	,01	,03	-,21**
	M= 30,32 (DT= 16,43)	M= 1,31 (DT= ,84)	M= 4,21 (DT= 4,97)	M= 1,40 (DT= 2,64)	M= 33,38 (DT= 15,97)	M= 32,08 (DT= 12,16)	M= 17,38 (DT= 6,32)	M= 6,40 (DT= 4,19)	M= 5,80 (DT= 3,15)	M= 10,83 (DT= 4,00)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación típica

Si bien está muy establecido en la literatura que la AF puede predecir la IC, un cuerpo más pequeño de la literatura sugiere que la IC también puede predecir la AF. Por este motivo, se realizan dos análisis de regresión para ver los resultados en función de que las variables predictoras sean las relacionadas con la IC o sea el nivel de AF.

En el primero de estos análisis se usan procedimientos de regresión lineal para determinar qué características de la IC permiten predecir el nivel de AF de los alumnos (tabla 60). En todos los casos se usa una estrategia jerárquica para evaluar la ganancia predictiva, una vez controlados los efectos de género y el IMC.

Tabla 60. Análisis de regresión del índice de AF habitual (IAF) sobre las variables que miden la IC

	Modelo	Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	Sig.	r ²	Δr ²		
			B	Error típ.	Beta					
IC global/actitudinal	Modelo 1	(Constante)	,619	,131		,000				
		Género	-,789	,043	-,392	,000	,153	,153		
		IMC	-,010	,006	-,038	,075				
	Modelo 2	(Constante)	,609	,157		,000				
		Género	-,809	,047	-,402	,000				
		IMC	-,014	,007	-,049	,063				
		BSQ-14	,003	,002	,052	,140				
		Siluetas	-,005	,011	-,013	,663	,155	,002		
		Bulimia EDI	,002	,009	,006	,786				
		Obsesión delgadez EDI	-,002	,007	-,011	,727				
IC cognitiva	Modelo 1	(Constante)	,620	,131		,000				
		Género	-,790	,043	-,393	,000	,154	,154		
		IMC	-,010	,006	-,038	,074				
	Modelo 2	(Constante)	,266	,159		,094				
		Género	-,797	,044	-,396	,000				
		IMC	-,010	,006	-,035	,116				
		BIATQ positivo	,003	,001	,053	,000	,162	,008		
		BIATQ negativo	,007	,002	,086	,026				
		IC conductual	Modelo 1	(Constante)	,610	,131		,000		
				Género	-,791	,043	-,393	,000	,154	,154
IMC	-,010			,006	-,036	,091				
Modelo 2	(Constante)		,673	,143		,000				
	Género		-,774	,050	-,385	,000				
	IMC		-,016	,006	-,059	,008				
	BIAQ-Ropa		-,003	,004	-,016	,538				
	BIAQ-Sociales		,005	,006	,021	,395	,162	,008		
	BIAQ-Comida		,029	,008	,089	,000				
	BIAQ-Chequeo		-,008	,006	-,034	,189				

IC global: Modelo 1: $F_{(2, 1849)} = 167,530$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(6, 1845)} = 56,802$; $p < ,001$

IC cognitivo: Modelo 1: $F_{(2, 1853)} = 169,011$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(4, 1851)} = 89,319$; $p < ,001$

IC conductual: Modelo 1: $F_{(2, 1848)} = 168,797$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(6, 1844)} = 59,524$; $p < ,001$

Cuando se introducen las variables globales/actitudinales (BSQ-14, Siluetas, EDI) se produce una pequeña ganancia predictiva del 0,2%.

Ninguna de las variables predictoras que forman parte de este modelo aumenta la capacidad predictiva de forma estadísticamente significativa.

Cuando se introducen las variables de la dimensión cognitiva de la IC (BIATQ), la ganancia predictiva respecto al uso del género y el IMC es también pequeña (0,8%). Tanto los pensamientos positivos como los pensamientos negativos son predictores significativos del nivel de AF. Para entender el modo en que las variables independientes están relacionadas con el IAF, es oportuno fijarse que los niveles altos de pensamientos positivos y negativos están asociados a una mayor práctica de AFD. Se puede observar que los pensamientos positivos tienen más fuerza en este modelo.

Por último, el análisis de regresión realizado con la dimensión conductual de la IC, en las mismas condiciones que las anteriores, arroja un coeficiente de determinación de ,008. De nuevo el porcentaje de varianza explicado por estas variables, una vez controlado el efecto del género y el IMC, es pequeño. La única variable que muestra una cierta capacidad predictiva es la medida de las conductas de evitación relacionadas con la comida.

A continuación se realiza, como hemos comentado otro análisis de regresión con el fin de considerar si el nivel de AF del alumnado permite predecir, al menos en parte, la IC (tabla 61). Los resultados de estos análisis muestran que, una vez controlados los efectos del género y el IMC, la capacidad del IAF para predecir la IC es pequeña. En la mayoría de los casos, no es siquiera un predictor estadísticamente significativo. Sólo cuando se intentan predecir los pensamientos positivos o las conductas de evitación relacionadas con la comida, la aportación del IAF alcanza el nivel de significación.

Tabla 61. Análisis de regresión de las variables de la IC sobre el IAF

	Modelo	Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	Sig.	r ²	Δr ²
			B	Error típ.	Beta			
BSQ	Modelo 1	(Constante)	-13,854	2,246		0,00		
		Género	10,714	,660	,326	0,00	,254	,254
		IMC	1,815	,090	,403	0,00		
	Modelo 2	(Constante)	-14,213	2,301		,000		
		Género	11,173	,717	,340	,000	,255	,001
		IMC	1,822	,090	,405	,000		
		IAF	,582	,357	,036	,103		
Siluetas	Modelo 1	(Constante)	-8,304	,304		,000		
		Género	1,435	,100	,267	,000	,361	,361
		IMC	,407	,014	,554	,000		
	Modelo 2	(Constante)	-8,315	,306		,000		
		Género	1,449	,109	,269	,000	,361	,000
		IMC	,408	,014	,554	,000		
		IAF	,017	,054	,006	,757		
EDI obsesión delgadez	Modelo 1	(Constante)	-4,415	,655		,000		
		Género	2,703	,215	,237	,000	,129	,129
		IMC	,339	,029	,250	,000		
	Modelo 2	(Constante)	-4,478	,659		,000		
		Género	2,784	,234	,281	,000	,130	,000
		IMC	,341	,029	,251	,000		
		IAF	,103	,116	,021	,377		
EDI bulimia	Modelo 1	(Constante)	1,677	,373		0,00		
		Género	-,182	,122	-,034	,138	,001	,001
		IMC	-,009	,017	-,012	,594		
	Modelo 2	(Constante)	1,658	,375		,000		
		Género	-,157	,133	-,030	,238	,001	,000
		IMC	-,009	,017	-,012	,608		
		IAF	,031	,066	,012	,641		
BIATQ negativo	Modelo 1	(Constante)	3,199	2,099		,128		
		Género	7,638	,690	,240	,000	,130	,130
		IMC	1,230	,094	,283	,000		
	Modelo 2	(Constante)	2,883	2,111		,172		
		Género	8,043	,750	,253	,000	,131	,001
		IMC	1,235	,094	,284	,000		
		IAF	,512	,373	,032	,170		

BSQ: Modelo 1: $F_{(2, 1860)} = 316,113$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(3, 1859)} = 211,819$; $p < ,001$
 Siluetas: Modelo 1: $F_{(2, 1862)} = 222,826$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(3, 1861)} = 148,746$; $p < ,001$
 EDI obsesión delgadez: Modelo 1: $F_{(2, 1852)} = 137,625$; $p < ,001$; Modelo 2: $F_{(3, 1851)} = 92,000$; $p < ,001$
 EDI bulimia: Modelo 1: $F_{(2, 1857)} = 1,202$; $p = ,301$; Modelo 2: $F_{(3, 1856)} = ,874$; $p = ,454$
 BIATQ negativo: Modelo 1: $F_{(2, 1854)} = 138,399$; $p < ,000$; Modelo 2: $F_{(3, 1853)} = 92,939$; $p < ,000$

Tabla 61. Continuación

	Modelo	Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.	r ²	Δr ²
			B	Error típ.	Beta				
BIATQ positivo	Modelo 1	(Constante)	47,956	1,673			,000		
		Género	-2,646	,550	-,109		,000	,051	,051
		IMC	-,677	,075	-,204		,000		
	Modelo 2	(Constante)	47,332	1,679			,000		
		Género	-1,853	,596	-,076		,002	,057	,006
		IMC	-,667	,075	-,201		,000		
		IAF	1,003	,296	,083	,001			
BIAQ total	Modelo 1	(Constante)	20,006	1,656			,000		
		Género	7,540	,544	,300		,000	,133	,133
		IMC	,776	,074	,226		,000		
	Modelo 2	(Constante)	19,613	1,664			,000		
		Género	8,043	,591	,320		,000	,136	,002
		IMC	,783	,074	,228		,000		
		IAF	,634	,293	,051	,031			
BIAQ ropa	Modelo 1	(Constante)	8,859	,867			,000		
		Género	1,973	,285	,156		,000	,062	,062
		IMC	,352	,039	,204		,000		
	Modelo 2	(Constante)	8,751	,872			,000		
		Género	2,112	,310	,167		,000	,063	,001
		IMC	,354	,039	,205		,000		
		IAF	,175	,154	,028	,257			
BIAQ social	Modelo 1	(Constante)	2,337	,585			,011		
		Género	,672	,192	,080		,000	,028	,028
		IMC	,174	,026	,152		,000		
	Modelo 2	(Constante)	2,212	,588			,040		
		Género	,833	,209	,099		,000	,030	,002
		IMC	,176	,026	,154		,000		
		IAF	,202	,104	,049	,051			
BIAQ comida	Modelo 1	(Constante)	,502	,427			,240		
		Género	,699	,140	,111		,000	,081	,081
		IMC	,231	,019	,268		,000		
	Modelo 2	(Constante)	,325	,428			,447		
		Género	,927	,152	,147		,000	,088	,007
		IMC	,234	,019	,272		,000		
		IAF	,287	,076	,092	,000			
BIAQ chequeo	Modelo 1	(Constante)	7,935	,485			,000		
		Género	4,151	,159	,520		,000	,269	,269
		IMC	,039	,022	,036		,072		
	Modelo 2	(Constante)	7,963	,487			,000		
		Género	4,116	,173	,516		,000	,270	,000
		IMC	,039	,022	,035		,076		
		IAF	-,045	,086	-,011	,601			

BIATQ positivo: Modelo 1: $F_{(2, 1856)} = 49,828$; $p < ,000$; Modelo 2: $F_{(3, 1855)} = 37,223$; $p < ,000$

BIAQ total: Modelo 1: $F_{(2, 1853)} = 142,552$; $p < ,000$; Modelo 2: $F_{(3, 1853)} = 96,781$; $p < ,000$

BIAQ ropa: Modelo 1: $F_{(2, 1852)} = 61,535$; $p < ,000$; Modelo 2: $F_{(3, 1851)} = 41,459$; $p < ,000$

BIAQ social: Modelo 1: $F_{(2, 1849)} = 26,776$; $p < ,000$; Modelo 2: $F_{(3, 1848)} = 19,147$; $p < ,000$

BIAQ comida: Modelo 1: $F_{(2, 1851)} = 81,651$; $p < ,000$; Modelo 2: $F_{(3, 1850)} = 59,652$; $p < ,000$

BIAQ pesarse: Modelo 1: $F_{(2, 1851)} = 341,433$; $p < ,000$; Modelo 2: $F_{(3, 1850)} = 227,624$; $p < ,000$

Los resultados de esta investigación revelan que existe una correlación inversa y estadísticamente significativa entre el IAF y las actitudes hacia la propia IC. Es decir que cuanto mayor sea la práctica de AF menos insatisfechos y preocupados están los estudiantes con su IC. Esta relación, sin embargo, es poco intensa y parece estar explicada parcialmente por el IMC y el género de los adolescentes.

En la literatura una mayor satisfacción corporal se asocia con aumentos de los niveles de AF tanto en hombres como en mujeres (Davis y Cowlws, 1991; Martin y Lichtenberg, 2002; Strickland, 2004). Los resultados de algunos estudios indican que las personas que tienden a presentar mayor insatisfacción corporal practican menos AF (Arbour y Matin Ginis, 2008; Burgess et al., 2006; Griffin y Kirby, 2007; Henry, Anshel y Michael, 2006; LePage y Crowther, 2010; Lowery et al., 2005; Tiggermann y Williamson, 2000; Viera, 2004; Williams y Cash, 2001).

Concretamente Martínez y Veiga (2007) estudiaron la IC y la AF en una muestra de ESO y Bachillerato. Utilizaron el BSQ-14 para evaluar la IC. Sus resultados muestran una correlación inversa moderada pero significativa entre las puntuaciones en el BSQ-14 y el nivel de AF. Estudios de intervención como los de Palmeira et al. (2009) y Carraça et al. (2012) también llegaron a la conclusión de que la práctica de AFD mejora la percepción de la IC.

Otros estudios recientes llegaron a las mismas conclusiones utilizando instrumentos distintos a los de esta investigación. Frisén y Holmqvist (2010) estudiaron la IC y la AF a través de entrevistas semi-estructuradas en adolescentes con una visión positiva de su IC. Los resultados revelaron que dichos adolescentes están satisfechos con su IC como consecuencia de una visión funcional del cuerpo y la aceptación de las imperfecciones corporales que percibían que tenían. La gran mayoría de estos adolescentes satisfechos con su IC eran físicamente activos.

Sabbah et al. (2009) investigaron la insatisfacción corporal al peso y la AF en 17.817 adolescentes de 12 a 18 años, para ello utilizaron el

cuestionario HBSC. Entre ambos sexos, pero especialmente entre las niñas, la insatisfacción debida al peso se asoció positivamente con los problemas de salud y la inactividad física.

Da Silva-Filho et al. (2008) Monteiro et al. (2011), Pelegrini y Petrosky (2009) estudiaron la relación entre la AF y la IC medida a través de diferentes siluetas corporales. También en estos casos se encuentra que, a mayores niveles de AF, mayor es la satisfacción corporal.

En relación a la subescala obsesión por la delgadez del EDI, Slater y Tiggemann (2011) examinaron la relación entre la AF del adolescente y la IC en una muestra de 714 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 16 años. Según estos autores las preocupaciones por la IC pueden contribuir a la reducción de la participación en deportes y otras actividades físicas. En lo que respecta a la subescala bulimia del EDI, Góngora y Casullo (2008) hallaron que no existe correlación entre la AF y dicha subescala del EDI, al igual que en nuestro caso.

Respecto a la dimensión cognitiva, la AF se correlaciona de manera inversa con los pensamientos negativos y de manera positiva y significativa con los pensamientos positivos. Es decir que cuanto mayor sea la práctica de AF de los estudiantes menos son sus pensamientos negativos y más sus pensamientos positivos a causa de su apariencia física. En la revisión de la literatura pocos estudios relacionan la dimensión cognitiva de la IC medida con el BIATQ y la AF, ya que la mayoría de las investigaciones utilizan medidas del componente actitudinal de la IC. Haase et al. (2011) estudiaron el componente cognitivo con el cuestionario BCCS (Body Checking Cognitions Scale) en 342 universitarias. Concluyen que aquellas que practican AF de manera compulsiva muestran mayor número de cogniciones de chequeo de la IC que aquellas que realizan AF normal.

Por último, respecto a la dimensión conductual de la IC, sólo encontramos una correlación significativa con la subescala Chequeo del BIAQ. De manera que se da una mayor práctica de AF en aquellos

adolescentes que emitían menos conductas de chequeo. Armonizamos con el estudio de Morin y Maïano (2011) que estudiaron a 2029 adolescentes entre 11 y 18 años. Utilizaron el cuestionario BIAQ para medir el componente conductual de la IC y el cuestionario PSI-S (Self-inventory physical) para medir la competencia deportiva. Independientemente de que el instrumento de medida de la AF no corresponda con el de la presente investigación, concluyen que la dimensión Chequeo del BIAQ mantiene una relación inversa significativa con la competencia deportiva.

Si bien está muy establecido que la AF puede predecir la IC, un cuerpo más pequeño de la literatura sugiere que la IC también puede predecir la AF. Una vez realizado el análisis de regresión, coincidimos con este último cuerpo de la literatura donde alude que la IC puede predecir la AF. Por ejemplo, Greenleaf (2005) encontró que la auto-objetivación (el grado en que una persona ha interiorizado la perspectiva de insatisfacción de su cuerpo, centrándose en cómo se ve, más que lo que se siente) medida a través de la consciencia del cuerpo, fue un predictor significativo de la AF en mujeres de 18 a 64 años, una mayor auto-objetivación predice niveles más bajos de AF. Kruger et al. (2008) encontraron que, independientemente del peso real, las personas que informaron estar satisfechos con el tamaño de su cuerpo eran más propensas a participar en una AF normal que los que informaron estar menos satisfechos. Además, la investigación sobre AF en grupo ha encontrado que las personas que son conscientes y están preocupadas por la evaluación que los demás hagan de su IC tienen menos probabilidades de realizar AFD, especialmente en el contexto del grupo (Brunet, Sabiston, 2009; Crawford y Eklund, 1994; Hart et al., 1989). Por ejemplo, Lantz et al. (1997) estudiaron a un grupo de hombres y mujeres en el que el análisis de regresión indicó una relación negativa significativa entre la ansiedad física social y la AF. Diversas investigaciones han indicado que los jóvenes no realizan suficiente AF en beneficio de la salud (Duncan et al., 2002;

Welsman y Armstrong, 2000). Esto es preocupante, ya que una falta de hábitos de AF durante la infancia y la adolescencia disminuye la probabilidad de que el adulto sea físicamente activo (Harro y Riddoch, 2000). Por lo tanto, la necesidad de promover una IC positiva y establecer hábitos de AF a estas edades puede ser de gran importancia para la salud futura de los jóvenes de hoy en día.

6.2.7. Análisis y discusión de las actitudes explícitas hacia la obesidad en el alumnado

Este apartado tiene como objetivo detallar y estudiar las actitudes explícitas hacia la obesidad del alumnado a través del cuestionario AFA de Crandall (1994). Dichas actitudes se dividen en tres dimensiones, aversión, miedo a engordar y fuerza de voluntad. Todo ello, se relacionará con el género, la edad, el curso y el IMC, así como con las dimensiones de la IC y la AF.

Se puede observar que las puntuaciones medias para las dimensiones aversión, miedo a engordar y fuerza de voluntad son 2,72, 5,03, y 5,97, respectivamente. Se calcularon las correlaciones de Pearson entre las dimensiones del cuestionario AFA (aversión, miedo a engordar y fuerza de voluntad). Los resultados se muestran en la tabla 62. Como se puede observar existe una correlación positiva de intensidad baja/moderada entre las diferentes dimensiones. Es decir, cuanto mayor es la aversión hacia la obesidad mayor es la atribución de la obesidad a la falta de fuerza de voluntad y el miedo a engordar. Igualmente a mayor miedo a engordar mayores son las atribuciones de la obesidad a la falta de voluntad.

Tabla 62. Correlaciones entre las dimensiones del AFA

	1	2	3
1. Aversión	-	,20**	,21**
2. Miedo a engordar	-	-	,35**
3. Fuerza de voluntad	-	-	-
	M= 24,32 (DT= ,96)	M= 5,36 (DT= 1,99)	M= 6,06 (DT= 1,79)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación típica

Las pruebas t correspondientes mostraron diferencias de género estadísticamente significativas en la puntuación total de la AF y en las dimensiones miedo a engordar y fuerza de voluntad (gráfico 19).

Las chicas ($M= 4,24$, $DT= 1,28$) presentan actitudes más negativas hacia la obesidad que los chicos ($M= 3,77$, $DT= 1,49$). Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($t(1864)= 7,37$; $p < ,001$; $d= 0,34$).

Las chicas presentan también un mayor miedo a engordar ($M= 5,96$, $DT= 2,57$), que los chicos ($M= 4,13$, $DT= 2,58$). El análisis inferencial muestra que las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t(1859)= 15,36$; $p < ,001$; $d= 0,71$).

Igualmente las chicas muestran una media mayor en relación a la dimensión fuerza de voluntad ($M= 6,15$, $DT= 2,29$) respectivamente, que los chicos ($M= 5,80$, $DT= 2,63$). El análisis inferencial muestra que las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t(1860)= 3,09$; $p = ,002$; $d= 0,14$).

Sólo la dimensión aversión no demuestra diferencias significativas ($t(1864)= 0,91$; $p = ,366$; $d= 0,04$), siendo en este caso la media aparentemente mayor en adolescentes de género masculino ($M= 2,75$, $DT= 1,51$) que femenino ($M= 2,69$, $DT= 1,38$).

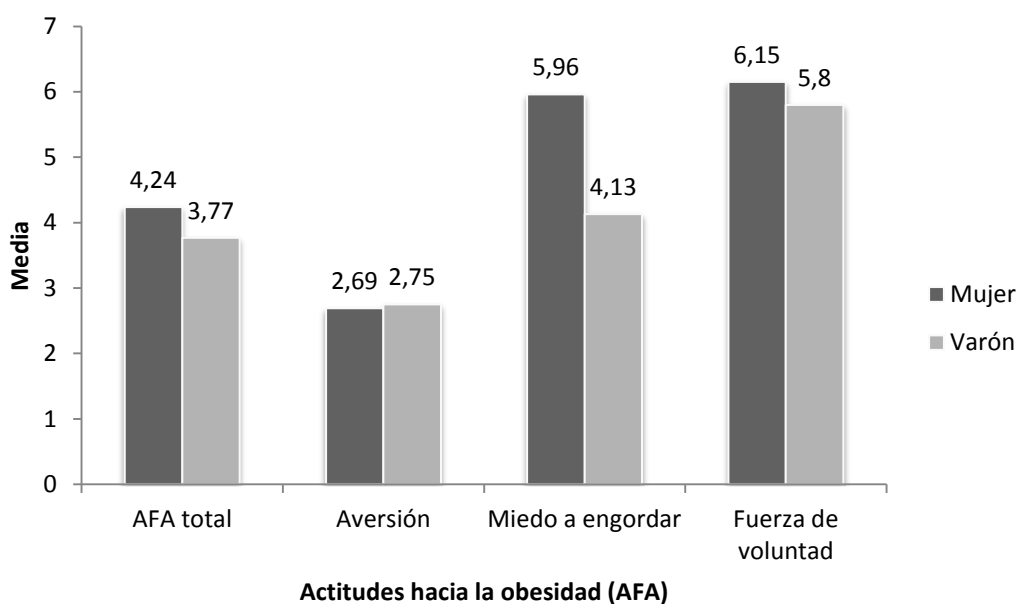


Gráfico 19. Actitudes hacia la obesidad en función del género

Si relacionamos las actitudes hacia la obesidad con la edad, se puede observar en la tabla 63 que sólo existe una correlación estadísticamente significativa con la dimensión aversión. A menor edad, mayor es la tendencia a mostrar antipatía hacia la obesidad.

Tabla 63. Correlaciones entre edad y actitudes hacia la obesidad del alumnado

	AFA total	Aversión	Miedo a engordar	Fuerza de voluntad
1. Edad	-,04	-,09**	,02	,02

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

Por otra parte, atendiendo al curso se puede observar que existen diferencias significativas en la puntuación del AFA total y en cada una de sus dimensiones (tabla 64). En relación a la puntuación total del AFA, el alumnado de 2º de la ESO tiende a mostrar actitudes más negativas hacia la obesidad que los alumnos de cualquiera de los otros cursos.

En relación a la dimensión aversión, el alumnado de primer ciclo de la ESO tiene una mayor aversión hacia la obesidad que el alumnado de 3º y 4º de la ESO. En cuanto a la dimensión miedo a engordar, las pruebas

post-hoc sólo muestran que los alumnos de 3º de ESO tienen más miedo a engordar que los alumnos de 1º de la ESO. Y por último, en la dimensión fuerza de voluntad, sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el alumnado de 2º de ESO y el alumnado de 1º de ESO.

Tabla 64. Actitudes hacia la obesidad en función del curso

	AFA total	AFA aversión	AFA miedo a engordar	AFA fuerza voluntad
1º ESO	3,96 (1,58)	2,87 (1,55)	4,75 (2,81)	5,70 (2,63)
2º ESO	4,22 (1,41)	3,00 (1,54)	5,12 (2,75)	6,17 (2,48)
3º ESO	3,95 (1,27)	2,49 (1,28)	5,21 (2,68)	6,08 (2,33)
4º ESO	3,86 (1,25)	2,41 (1,22)	5,12 (2,63)	5,98 (2,37)
	$F(3,1862)=$ 5,658, $p=$,001	$F(3, 1862)=$ 18,185, $p<$,001	$F(3,1857)=$ 2,925, $p=$,033	$F(3,1858)=$ 3,651, $p=$,012

Nota: $M(DT)$

Por último, cuando se relacionan las dimensiones del AFA con el IMC, se puede observar que existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre la dimensión miedo a engordar e IMC. El alumnado que muestra mayor miedo a engordar presenta mayor IMC. En cambio las dimensiones aversión y fuerza de voluntad se correlacionan de manera significativa e inversa con el IMC. Los estudiantes que muestran mayor aversión hacia la obesidad y tienden a pensar que la causa de la obesidad es la fuerza de voluntad suelen tener menor IMC. Por otro lado, la puntuación total del AFA no se correlacionó de manera estadísticamente significativa con el IMC (tabla 65).

Tabla 65. Correlaciones entre las dimensiones del AFA y el IMC

	AFA total	AFA aversión	AFA miedo a engordar	AFA fuerza voluntad
IMC	,036	-,048*	,188**	-,049*

Nota. ** $p<$.01; * $p<$.05DT

Se realizaron varios ANOVAs para estudiar concretamente las relaciones entre la categorización del IMC y las dimensiones del AFA. Tal

como se puede observar en la tabla 66, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión Miedo a engordar. Concretamente, los adolescentes con sobrepeso tuvieron significativamente más miedo a engordar que los adolescentes con un peso normal.

Tabla 66. Actitudes hacia la obesidad en función del IMC

	AFA total	AFA aversión	AFA miedo a engordar	AFA fuerza voluntad
Normopeso	3,99 (1,41)	2,74 (1,44)	4,93 (2,72)	5,99 (2,50)
Sobrepeso	4,17 (1,33)	2,70 (1,43)	5,74 (2,61)	6,02 (2,22)
Obesidad	3,68 (1,56)	2,37 (1,36)	5,24 (3,07)	5,30 (2,63)
	$F(2,1846)=$ 2,990, $p=$,051	$F(2,1846)=$ 1,789, $p=$,167	$F(2,1842)=$ 8,347, $p<$,001	$F(2,1843)=$ 2,170, $p=$,115

Nota: $M(DT)$

Muchos jóvenes tienen una percepción negativa de los individuos obesos. Es más, como hemos visto en el capítulo de IC, existen importantes diferencias entre hombres y mujeres en relación al ideal de belleza y a la insatisfacción corporal que conlleva el intento de tener un cuerpo diez. Esto lleva a que las investigaciones realizadas sobre los prejuicios y las actitudes negativas hacia la obesidad proyecten resultados similares a los obtenidos en relación a las preocupaciones y la insatisfacción por la IC.

Las puntuaciones medias para las dimensiones aversión, miedo a engordar y fuerza de voluntad son 2,72; 5,03 y 5,97 respectivamente. Estos resultados indican que los adolescentes de nuestra muestra no presentan unas actitudes explícitas negativas hacia la obesidad, pero sí consideran que el origen de la obesidad es la falta de fuerza de voluntad. Peper y Ruiz (2007) mostraron en un estudio con 264 participantes que la menor puntuación de las dimensiones del AFA fue la de aversión ($M=$ 1,65) seguida de la fuerza de voluntad ($M=$ 5,42) y del miedo a engordar ($M=$ 6,20), resultados muy similares a los de nuestro estudio. Se observa que la aversión siendo la dimensión que más refleja la actitud negativa

hacia la obesidad es curiosamente la que menos puntuación tiene. Esto puede deberse a que, como se ha comentado anteriormente, los ítems 1 y 2 de dicha escala tienden a producir errores en el estudio psicométrico del cuestionario AFA. Por ejemplo, el ítem “no tengo muchos amigos obesos” refleja un hecho más que una valoración de actitud.

Existe una correlación positiva entre las distintas dimensiones del AFA. Cuanto mayor es la aversión hacia la obesidad mayor es la atribución de la obesidad a la falta de fuerza de voluntad y el miedo a engordar. En la literatura se puede observar que la mayoría de las investigaciones obtienen resultados similares. Pepper y Ruiz (2007) muestran una correlación significativa y positiva entre las dimensiones del AFA. Swami et al. (2010) también obtuvieron resultados similares en una muestra de 1024 sujetos adultos. Por otro lado, algunos estudios no utilizan todas las dimensiones del AFA (O’Brien et al., 2007; O’Brien et al., 2008). Estos últimos autores encuentran una correlación positiva significativa entre aversión y fuerza de voluntad. En cambio, existe una pequeña parte de la literatura que no haya correlaciones significativas entre todas las dimensiones del AFA. Es el caso de Bullock et al. (2011), que sólo encuentran una correlación entre aversión y fuerza de voluntad, o el caso de Bessenoff et al. (2000), que sólo obtuvieron una relación significativa de la aversión con la fuerza de voluntad y el miedo a engordar. Posiblemente, dichos datos sean debidos a muestras pequeñas en comparación con las anteriores investigaciones.

Estudiando las actitudes hacia la obesidad y el género, los datos de nuestra investigación permiten concluir que las chicas presentan valoraciones más negativas de la obesidad que los chicos, lo cual se refleja en la puntuación total en el AFA y en las dimensiones miedo a engordar y fuerza de voluntad. Las diferencias más importantes se dan en el miedo a engordar, mostrando las chicas un miedo claramente superior a los chicos. Existe una cantidad considerable de estudios en los que aparecen tales diferencias (e.g., Harris et al., 1982; Harris et al., 1991;

Tiggemann y Rothblum, 1988). Aunque también existen estudios en los que los hombres tienen mayores prejuicios hacia las personas con sobrepeso que las mujeres (Aruguete et al., 2006; Crandall, 1994; Glenn y Chow, 2002; Lewis et al., 1997; Morrison y O'Connor, 1999; Perez-Lopez et al., 2001).

O'Brien, et al. (2007) en una muestra de 227 estudiantes también describen que los chicos muestran mayor aversión que las chicas. Otras investigaciones que miden actitudes hacia la obesidad con diferentes instrumentos llegan a la misma conclusión. Es el caso de Friedman et al. (2005) que con el cuestionario ATOP hallaron que las chicas tienden a manifestar actitudes más negativas hacia la obesidad que los chicos. Estos mismos autores sugieren que las diferencias de género podrían deberse en parte a la deseabilidad social y a los roles de género, de manera que las mujeres estarían ocultando o reduciendo sus actitudes reales para adaptarse al rol femenino de persona tolerante, preocupada por el cuidado de los otros y volcada hacia la vida social.

En relación a la edad se puede observar que sólo existe una correlación estadísticamente significativa con la dimensión aversión. A menor edad, mayor es la antipatía mostrada hacia la obesidad. En este caso, el alumnado de 1º ciclo de la ESO tiende a mostrar mayores antipatías hacia los obesos que el alumnado de 2º ciclo de la ESO. En este caso, no coincidimos con los estudios presentes en la literatura. La mayoría de ellos no encontraron diferencias significativas en las actitudes hacia la obesidad en función de la edad (Ojerholm et al., 1999; Quinlan et al., 2009). Estos estudios destacan que las diferencias se producen en función del género y no de la edad. Nuestros resultados pueden deberse a la existencia de una precoz adolescencia en base a la cual, el individuo es más influenciado por su entorno más cercano y, los siempre presentes *mass medias*, que suelen aportar una visión negativa acerca de las personas con sobrepeso.

Por último, en el estudio de las relaciones entre las dimensiones del AFA y el IMC, encontramos que los estudiantes con IMCs más elevados suelen tener más miedo a engordar que los estudiantes más delgados. En cambio, existen relaciones muy débiles o nulas con las demás dimensiones de las actitudes hacia la obesidad. Estos resultados son similares a los obtenidos por Quinlan et al. (2009), Klaczunski et al. (2004) y O'Biend et al. (2007), quienes describen la no existencia de relación entre el IMC y las actitudes hacia la obesidad de manera general en muestras parecidas.

La mayor parte de los estudios realizados sobre este tema con adolescentes y adultos (Allison et al., 1991; Crandall, 1994; Latner et al., 2005) no encuentran diferencias en las actitudes hacia la obesidad entre las personas con sobrepeso u obesidad y normopesa. Algunos autores sugieren que esta ausencia de preferencia endogrupal puede deberse, en parte, a que la pertenencia al grupo es percibida como algo controlable (Davison et al., 2008) y, por lo tanto, supuestamente modificable.

6.2.7.1. Actitudes hacia la obesidad e imagen corporal

Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las actitudes explícitas hacia la obesidad y las variables que miden IC. Los resultados se muestran en la tabla 67.

Con respecto a las relaciones de la dimensión AFA-Aversión con la IC, encontramos correlaciones directas estadísticamente significativas de baja intensidad con BSQ-14, EDI-Bulimia, EDI-Obsesión por la delgadez, BIATQ-Positivo, BIATQ-Negativo, BIAQ-Ropa, BIAQ-Actividades sociales y BIAQ-Comida. No se encontraron correlaciones significativas con la insatisfacción corporal (Siluetas) y las conductas de chequeo (BIAQ-Chequeo).

Por otra parte, respecto a las relaciones de la dimensión AFA-Miedo a engordar con la IC, observamos correlaciones directas estadísticamente significativas de intensidad moderada-alta con BSQ-14,

Insatisfacción-Siluetas, EDI-Obsesión por la delgadez, BIATQ-Negativo, BIAQ-Comida y BIAQ-Chequeo. Esto indica que los jóvenes que tienen más miedo a engordar son los más preocupados e insatisfechos con su IC, los que tienen más pensamientos negativos acerca de su IC y los que emiten más conductas de restricción de comida y chequeo relacionadas con su IC. Además, se han encontrado correlaciones significativas de baja intensidad que apuntan a que los adolescentes con más miedo a engordar suelen tener menos pensamientos positivos respecto a la IC y emiten más conductas de evitación relacionadas con la forma de llevar la ropa y las actividades sociales en las que la IC puede ser evaluada. No se encontró una relación significativa entre el miedo a engordar y las conductas bulímicas.

Tabla 67. Correlaciones entre las dimensiones del AFA y las dimensión global (BSQ-14, siluetas corporales y EDI) y cognitiva (BIAQ) y conductual (BIAQ) de la IC

	BSQ-14	Siluetas corporales	EDI obsesión por la delgadez	EDI bulimia	BIATQ negativo	BIATQ positivo	BIAQ ropa	BIAQ social	BIAQ comida	BIAQ pesarse
AFA aversión	,11**	,02	,13**	,07**	,15**	,09**	,09**	,11**	,11**	,01
AFA miedo a engordar	,58**	,31**	,55**	,01	,41**	-,15**	,21**	,16**	,32**	,35**
AFA fuerza voluntad	,09**	-,05**	,14**	0,4	,06**	,09**	-,01	,00	,03	,14**
	M= 30,32 (DT= 16,43)	M= 1,31 (DT= ,84)	M= 4,21 (DT= 4,97)	M= 1,40 (DT= 2,64)	M= 33,38 (DT= 15,97)	M= 32,08 (DT= 12,16)	M= 17,38 (DT= 6,32)	M= 6,40 (DT= 4,19)	M= 5,80 (DT= 3,15)	M= 10,83 (DT= 4,00)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación típica

Por último, en relación a las relaciones de la dimensión AFA-Fuerza de voluntad con la IC, encontramos algunas correlaciones estadísticamente significativas de baja intensidad BSQ-14, Insatisfacción-Siluetas, EDI-Obsesión por la delgadez, BIATQ-Negativo, BIATQ-Positivo y BIAQ-Chequeo. Estos resultados no muestran un patrón claro, con correlaciones positivas con la preocupación por la IC, la obsesión por la delgadez, los pensamientos positivos y negativos relacionados con la IC y

las conductas de chequeo, mientras que se obtuvo una correlación negativa con la insatisfacción corporal.

Los estudiantes que presentan mayor aversión hacia la obesidad tienden a mostrar mayor preocupación por la IC y más conductas bulímicas. Como hemos señalado existen también correlaciones positivas significativas con los pensamientos positivos y negativos del BIATQ (dimensión cognitiva) y con las dimensiones modo de llevar la ropa, actividades sociales y restricción de comidas del BIAQ (dimensión conductual). Hay una evidencia de que el prejuicio hacia los demás se relaciona con los sentimientos acerca de sí mismo (Duckitt, 1992) y es posible que esos sentimientos sean la base de la IC (O'Brien, 2007). Algunos estudios han evaluado las dimensiones de la IC y las actitudes hacia la obesidad (Lewis et al., 1997; O, Briend et al., 2007), encontrando relaciones significativas entre ambos constructos. Aunque la relación entre las actitudes negativas hacia la obesidad y la IC era pequeña (Lewis et al. 1997), en el estudio de O'Brien et al. (2007) las relaciones fueron más fuertes.

Pepper y Ruiz (2007) muestran una correlación positiva entre la dimensión aversión del AFA y el EDI. O'Brien et al. (2007) en una muestra de 227 universitarios, revelan que la aversión se correlaciona de manera positiva con la insatisfacción corporal, en este caso medida con el instrumento MBSRQ-AS. Además apuntan que los sujetos que mostraron mayor aversión son los que más se comparan físicamente con otros. Las investigaciones sobre dichas comparaciones sugieren que las personas con una tendencia a hacer cotejos de la apariencia física, por lo general con cuerpos socialmente ideales (por ejemplo, modelos), experimentan una mayor insatisfacción corporal y TCA (Heinberg y Thompson, 1992; Thompson et al., 1991).

Siguiendo con la aversión hacia la obesidad y la dimensión actitudinal de la IC, existen otros estudios que utilizando diferentes instrumentos a los utilizados por nosotros, concluyen que las actitudes

negativas hacia la obesidad están asociadas a valoraciones negativas de la IC. Friedman et al. (2005) utiliza el cuestionario ATOP para medir actitudes y el BSQ en una muestra de 93 adultos obesos. Estos autores hallaron que las personas obesas que tienden a mostrar actitudes muy negativas hacia la obesidad tenían más problemas con su IC. Cuando las comparaciones se realizan con personas que físicamente tienen sobrepeso u obesidad, las investigaciones (Wills, 1981) sugieren que las personas que experimentan sentimientos negativos o cogniciones sobre la propia persona pueden, y a menudo lo hacen, mejorar su autoestima mediante el cotejo de sí mismos con personas obesas o menos atractivas que ellos mismos (Duckitt, 1992; Major et al., 1991, Wills, 1981). Por otra parte, Klaczynski et al. (2004) y Hernández et al. (2012) no encontraron relación entre la aversión hacia las personas obesas y la IC.

Los adolescentes que presentan mayor miedo a engordar tienden a mostrar mayor insatisfacción y preocupación por la IC. Existe también una correlación positiva y significativa del miedo a engordar con los pensamientos negativos del BIATQ e inversa con los pensamientos positivos. En relación a la dimensión conductual los estudiantes con más miedo a engordar suelen emitir más conductas de evitación y chequeo relacionadas con la IC. También en este caso los resultados son similares a los obtenidos en los estudios de Pepper y Ruiz (2007) y Hernández et al. (2012). El miedo a engordar del AFA correlacionó en estos estudios con la insatisfacción corporal medida a través de la obsesión por la delgadez del EDI.

Por último, las relaciones entre IC y la dimensión AFA-Fuerza de voluntad son poco consistentes como para ser consideradas indicadoras de alguna tendencia clara. Los resultados encontrados en la revisión de la literatura tampoco apuntan a una asociación estable que arroje luz sobre lo hallado. Así, por ejemplo, Pepper y Ruiz (2007) encuentran una relación directa entre actitudes negativas hacia la obesidad e insatisfacción corporal. O'Brien et al. (2007), en un estudio con 227

universitarios, en cambio, no encontraron relaciones significativas entre la dimensión fuerza de voluntad del AFA y la insatisfacción corporal medida a través del MBSRQ-AS. A la misma conclusión llegan Hernández et al. (2012), pero en este caso con la dimensión obsesión con la delgadez del EDI. Por otra parte, O'Brien et al. (2007) hallaron que aquellos sujetos que se comparaban más físicamente con otros tendían a presentar mayores puntuaciones en la dimensión fuerza de voluntad. En un segundo estudio con una muestra de 134 universitarios, O'Brien et al. (2007), si descubrieron relaciones estadísticamente significativas entre AFA-fuerza de voluntad y la insatisfacción corporal.

6.2.7.2. Actitudes hacia la obesidad y actividad física

Para establecer las correlaciones entre la AF y las actitudes hacia la obesidad se utilizó el IAF como variable resumen de los METS, tal como se hizo en el estudio de sus relaciones con la IC.

Se calculó la correlación de Pearson entre el IAF y las dimensiones del AFA (aversión, miedo a engordar y fuerza de voluntad). Sólo se encontró una relación inversa significativa poco intensa entre el IAF y la dimensión miedo a engordar. Los sujetos que practican AF tienden a mostrar menor miedo a engordar que aquellos que no practican.

Tabla 68. Correlaciones entre el IAF y las dimensiones del AFA

	Aversión	Miedo a engordar	Fuerza de voluntad
IAF	,00	-,13**	,00

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

Cuando se calculan esas correlaciones entre el IAF y el AFA en función del género, se observa que sólo en el caso de las chicas existen correlaciones significativas: una correlación directa de baja intensidad con la fuerza de voluntad y una correlación inversa también de baja intensidad con la aversión (tabla 69).

Tabla 69. Correlaciones entre el IAF y las dimensiones del AFA en función del género

	Aversión	Miedo a engordar	Fuerza de voluntad
IAF chicas	-,065*	-,010	,075*
IAF chicos	,036	,004	,000

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

Las jóvenes que practican más AFD tienden a manifestar actitudes algo más negativas hacia la obesidad de forma que piensan en mayor medida que el hecho de estar obeso se debe a la falta de voluntad del sujeto. Además las chicas que practican más AFD tienen cierta tendencia a tener menor aversión hacia la obesidad.

Sólo se encuentra en la literatura una investigación que relaciona las actitudes hacia la obesidad y la práctica de AFD en adolescentes escolares. Quinlan et al. (2009) evaluaron los cambios en ocho variables psicosociales después de la participación en un campamento de pérdida de peso de 130 participantes con una edad media de 12,8 años. El programa consistió en una dieta de 1800 kcal/día, complementada diariamente con clases de AF, cocina/nutrición y psico-educacionales. Los participantes experimentaron una reducción significativa del IMC, mostraron mejoras significativas en la estima corporal, la autoestima y las actitudes negativas hacia la obesidad. Evidentemente, no podemos afirmar que la mejora de las actitudes negativas hacia la obesidad dependa en ese estudio exclusivamente de la práctica de AFD. La AFD es un elemento más de la intervención y su papel en el cambio de actitudes es difícilmente discernible.

En cambio, la relación entre AFD y actitudes hacia la obesidad puede ser inferida a partir de las actitudes fuertemente negativas encontradas en otras muestras como en el alumnado universitario de Ciencias de la Actividad Física (Chambliss et al., 2004; Greenleaf et al., 2008; O'Brien et al., 2007), profesorado de EF activos (Greenleaf y Weiller, 2005) y profesionales de la AF que trabajan en gimnasios

(Dimmock et al., 2009; Robertoson y Vohora, 2008). Parece, por tanto, que, aquellos estudiantes o profesionales relacionados con la práctica del deporte y la AF tienden a presentar actitudes negativas hacia la obesidad.

6.3. EN RELACIÓN AL PROFESORADO

6.3.1. Análisis de las características sociodemográficas del profesorado que constituye la muestra

El profesorado que compone la muestra lo forma el profesorado de EF y el profesorado de MAT, elegido para estudiar posibles diferencias entre ambos. Ascenden a un total de 161 docentes de ESO de la provincia de Huelva. El 53,4% ($n= 86$) corresponde a profesorado de EF, y el 46,6% ($n= 75$) a profesorado de MAT. El profesorado tiene una edad comprendida entre los 25 y los 58 años ($M= 38,28$; $DT= 8,40$). El año de inicio en la docencia va de 1972 a 2010 ($M= 1998,11$; $DT= 8,76$) En la tabla 70 se recoge la distribución del profesorado en función de la docencia, género, edad y año de inicio en la docencia.

Tabla 70. Distribución de los participantes en función de la docencia, género, edad y año de inicio en la docencia

Docencia	EF		MAT	
Género	Masc.	Femen.	Masc.	Femen.
N	69	17	34	41
Edad media	37,20 (7,96)		39,52 (8,76)	
Media año inicio en la docencia	1998,31 (7,96)		1997,88 (9,65)	
Total	86		75	

6.3.2. Análisis y discusión de la composición corporal del profesorado, comparando al profesorado de Educación Física y Matemáticas

Se puede observar (gráfico 20) que el 1,2% ($n= 2$) está dentro de la categoría de delgadez leve. Algo más de la mitad de la muestra es normopesa (52,8%, $n=85$), el 37,9% ($n= 61$) tienen sobrepeso, el 6,2%

($n= 10$) presenta obesidad tipo I y el 1,9% ($n= 3$) se encuadra dentro de la obesidad tipo II.

Si se estudian las diferencias de IMC en función del género (gráfico 21) se puede observar que los hombres tienen mayor IMC ($M= 25,68$, $DT= 3,17$) que las mujeres ($M= 23,78$, $DT= 4,30$). El análisis inferencial muestra que las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t(159)= 3,20$; $p= ,002$; $d= ,50$). Cuando se hace referencia a la categorización de la OMS sólo algunas mujeres presentan una delgadez leve (3,4%; $N= 2$). El 69% ($N= 40$) de las mujeres y el 43,7% ($N= 45$) de los hombres muestran normopeso. El 19% ($N=11$) de las mujeres y el 48,5% ($N=50$) de los hombres manifiestan sobrepeso. El 5,2% ($N= 3$) de las mujeres y el 6,8% ($N= 7$) de los hombres presentan obesidad tipo I. El 3,4% ($N= 2$) de las mujeres y el 1,0% ($N= 1$) de los hombres se categorizan en obesidad tipo II. Las diferencias son estadísticamente significativa ($X^2(4)= 17,990$; $p= ,001$).

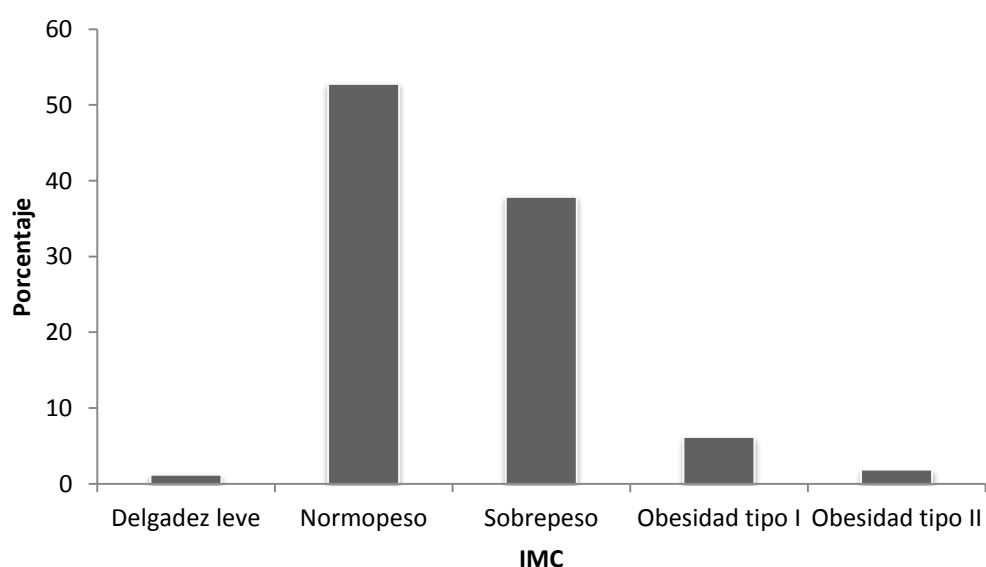


Gráfico 20. Índice de Masa Corporal categorizado según la OMS en el profesorado

Igualmente si se analizan los niveles de IMC en función de la docencia, se encuentra que el profesorado de MAT ($M= 25,76$, $DT= 4,09$) tiene un mayor IMC que el profesorado de EF ($M= 24,33$, $DT= 3,25$). Las diferencias observadas son, también en este caso, estadísticamente significativas ($t(159)= 2,47$; $p= ,015$; $d= ,39$).

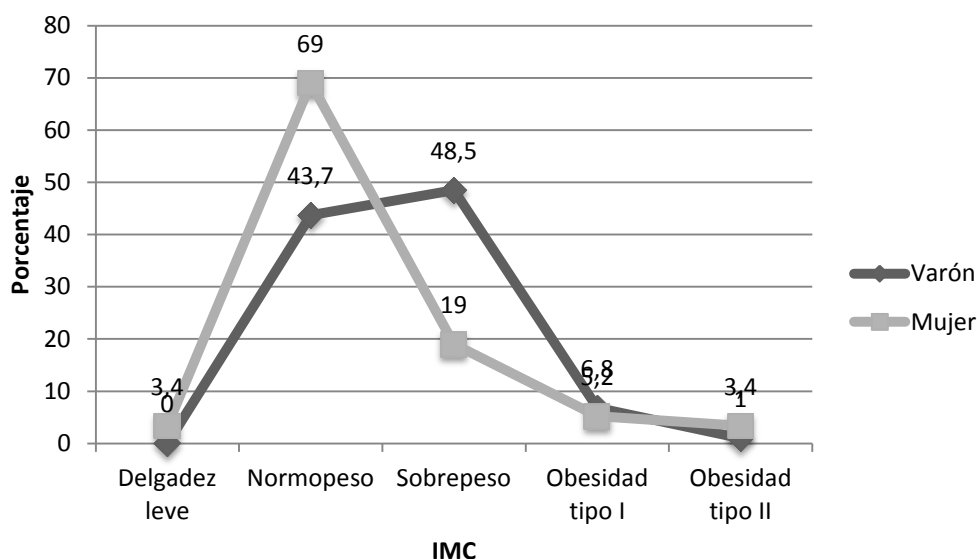


Gráfico 21. Clasificación del IMC en función del género

Se realizó también un análisis de la varianza, con el IMC como variable de respuesta y el género y la docencia como factores entre sujetos. Los niveles críticos indican que, tanto los grupos definidos por la variable género como por la variable docencia muestran diferencias estadísticamente significativas en el IMC (ver tabla 71), con un porcentaje de la varianza restante explicada del 12,8% y 10,8% respectivamente.

Tabla 71. Prueba de los efectos inter-sujetos

	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	Eta al cuadrado parcial
Docencia	272,547	1	272,547	23,02	,000	,108
Género	225,346	1	225,346	19,03	,000	,128
Docencia x Género	23,064	1	23,064	1,949	,165	,012

El estudio de Mataix et al. (2000), en el cual participaron 3528 andaluces, destaca que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es superior a la media española. El 31% de las mujeres y el 45,9% de hombres entre 25 a 60 años, presentan sobrepeso y el 23,3% de las mujeres y el 19,9% de los hombres, presentan obesidad. En ese caso, los resultados del sobrepeso en mujeres difieren considerablemente con los resultados de este estudio, en cambio el sobrepeso en hombres es similar. En relación a la obesidad, los resultados difieren notablemente tanto en hombres como en mujeres, con los resultados de nuestra investigación.

Posteriormente Aranceta et al. (2003), en el estudio “Prevalencia de la obesidad en España: Estudio SEEDO 2000”, determinan que la prevalencia de la obesidad en la población española es de 15,8% en las mujeres, y de 11,5% en hombres. Los porcentajes de obesidad obtenidos en nuestra muestra son también claramente inferiores. Estos valores tan elevados de prevalencia de sobrepeso y obesidad, en muchos casos, se deben a la agrupación de los valores de las categorías de sobrepeso y obesidad. Esta agrupación es discutida por autores como Gard y Wright (2001) y Gard (2011), los cuales la rechazan claramente debido a que sólo niveles particularmente altos de obesidad se asocian con una mayor mortalidad. Además, el impacto del IMC sobre la mortalidad puede haber disminuido con el tiempo, tal vez debido a las mejoras en la salud pública y la atención médica.

Si en nuestro caso agrupáramos dichas categorías se observaría que el 46% de la muestra presenta sobrepeso y obesidad frente al 52,8% de la misma que se encuadra dentro de la categoría de normopeso. Esto sugiere que casi el 50% de la muestra podría presentar problemas de salud asociados a un alto IMC, cosa que no es cierta, pues sólo 6,2% presenta realmente obesidad tipo I y el 1,9% se categoriza en obesidad tipo II. Si estas categorías las agrupáramos el 8,1% presentaría realmente

problemas de obesidad. Esto supone una diferencia notable entre el 46% (sobrepeso más obesidad) y el 8,1% (sobrepeso tipo I y II).

6.3.3. Análisis y discusión de la imagen corporal del profesorado.

En este espacio se tiene como objetivo describir y analizar la IC en su dimensión global/actitudinal a través de dos métodos. Se pretende analizar la preocupación del profesorado con su IC a través del BSQ-34 y su insatisfacción corporal a través de la escala de siluetas de Gardner, et al. (1999), al igual que en la muestra de alumnado. Todo ello, se relacionará con el género, la edad, la titulación, el año de inicio en la docencia y el Índice de Masa Corporal, así como la relación entre ambas medidas de la IC.

6.3.3.1. Percepción de la imagen corporal real y deseada mediante el uso de siluetas corporales

Se presentan los datos referentes a la opción de respuesta de la pregunta *¿con cuál de estas figuras corporales te sientes más identificado?* (gráfico 22) de la escala de siluetas corporales de Gardner, et al. (1999), correspondiente a la IC percibida.

La silueta 5 (14,3%, $n= 23$) fue la silueta más elegida por el profesorado como representativa de su IC, seguida de las siluetas 7 (13,7%, $n= 22$) y 8 (13,7%, $n= 22$). A continuación se sitúan las figuras 9 (13,0%, $n= 21$) y 6 (11,2%, $n= 18$). Por lo que la mayoría del profesorado se percibe en las figuras centrales asociadas a pesos normales, con una ligera tendencia a situarse por debajo de la figura central (7), es decir, a siluetas que tienden a la delgadez. Los porcentajes más bajos se asignan a las siluetas 1 (1,2%, $n= 2$), 2 (1,9%, $n= 3$), 11 (2,5%, $n= 4$) y 13 (2,5%, $n= 4$). Estas siluetas se corresponden con los extremos de la escala, es decir con las figuras asociadas a la obesidad y a la delgadez extrema.

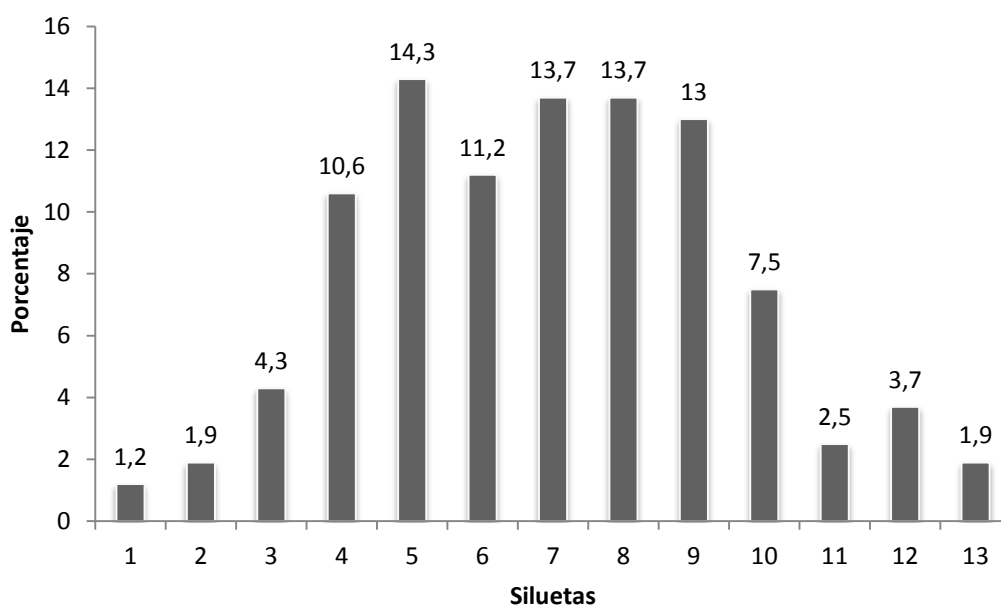


Gráfico 22. Silueta percibida del profesorado

Si se tiene en cuenta el género en la silueta percibida se puede observar que la figura que eligen los varones en mayor medida es la número 7 (16,5%, $n= 17$) y la que eligen las mujeres es la número 5 (15,5%, $n= 9$). Aparentemente las mujeres tienden a percibirse con siluetas situadas por debajo de la figura central, mientras que los varones tienden a percibirse con siluetas más centrales (gráfico 23). Sin embargo, de acuerdo con el test t-Student las diferencias observadas no son estadísticamente significativas ($t(159)= 0,188$; $p= ,851$; $d= 0,03$).

Se calculó la correlación de Pearson para analizar la relación entre la silueta percibida y la edad, encontrándose una relación directa estadísticamente significativa ($r= ,237$; $p= ,003$). De la misma manera se observó una relación inversa estadísticamente significativa entre dicha silueta y el año de inicio en la docencia ($r= -,236$, $p= ,003$).

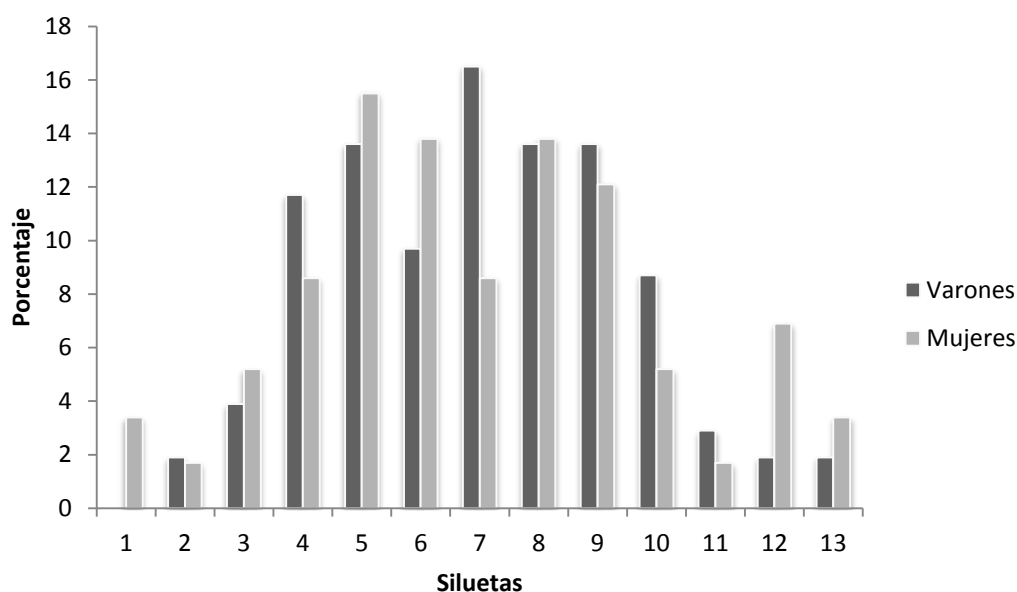


Gráfico 23. Silueta percibida del alumnado en función del género

Cuando se tiene en cuenta el tipo de docencia impartida se puede observar que los profesores de EF eligen en primer lugar la figura número 7 (19,8%, $n= 17$) mientras que los de MAT eligen en primer lugar la número 8 (17,3%, $n= 13$). El profesorado de EF tiende a percibirse con siluetas centrales, mientras que el profesorado de MAT tiende a percibirse con siluetas situadas por encima de la figura central (gráfico 24). De acuerdo con el test t-Student las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t(159)= 2,518$; $p= ,013$; $d= 0,40$).

Se realizó un ANOVA para estudiar la relación entre el IMC categorizado y la silueta percibida por el profesorado (tabla 72). El grupo de profesorado categorizado en delgadez leve de manera lógica se percibe con siluetas más delgadas ($M= 2,00$; $DT= 1,41$). El categorizado en normopeso se percibe con siluetas centrales tendiendo al bajopeso ($M= 5,58$; $DT= 1,83$). El categorizado en sobrepeso se percibe con siluetas centrales con una tendencia al sobrepeso ($M= 8,13$; $DT= 1,84$). Por último el categorizado en obeso tipo I ($M= 11,60$; $DT= 1,07$) y tipo II ($M= 12,33$; $DT= ,58$) tiende a percibirse con siluetas de mayor peso. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($F(4,156)= 46,887$,

$p < ,001$). Las pruebas post-hoc muestran diferencias significativas entre todas las categorías, salvo entre obesidad tipo I y obesidad tipo II.

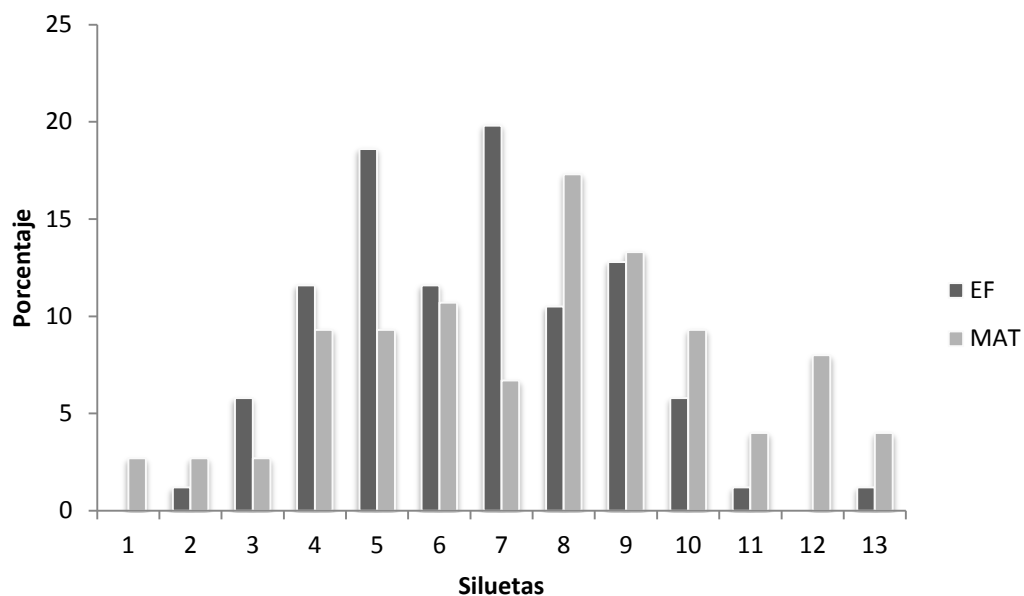


Gráfico 24. Silueta percibida del alumnado en función de la docencia

Tabla 72. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre la silueta percibida y el IMC del profesorado

IMC (I)	IMC (J)	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Delgadez leve	Normopeso	-3,576*	1,277	,045
	Sobrepeso	-6,131*	1,282	,000
	Obesidad I	-9,600*	1,382	,000
	Obesidad II	-10,333*	1,629	,000
Normopeso	Sobrepeso	-2,555*	,229	,000
	Obesidad I	-6,024*	,597	,000
	Obesidad II	-6,757*	1,048	,000
Sobrepeso	Obesidad I	-3,469*	,609	,000
	Obesidad II	-4,202*	1,055	,001
Obesidad I	Obesidad II	-,733	1,175	,971

A continuación se presentan los datos referentes a la opción de respuesta de la pregunta *¿con cuál de estas figuras corporales te gustaría identificarte?* (gráfico 25) de la escala de siluetas corporales de Gardner, et al. (1999), correspondiente a la IC deseada.

A diferencia de la silueta percibida, la figura 7 (24,8%, $n= 40$) fue la silueta más elegida por el profesorado como representativa de su IC deseada, muy seguida de las silueta 5 (19,9%, $n= 32$), 6 (18,0%, $n= 29$), 4 (14,3%, $n= 23$) y 8 (8,7%, $n= 14$). Por lo que la mayoría del profesorado desea tener una silueta con un peso inferior a la figura central, es decir, existe una tendencia a desear figuras que reflejan un peso inferior al normal. Los porcentajes más bajos se asignan a las siluetas 11 (0,0%, $n= 0$), 13 (0,0%, $n= 0$), y 12 (0,6%, $n= 1$), figuras que reflejarían el deseo de estar obeso.

Si se tiene en cuenta el género en la silueta deseada se puede observar que los varones eligen en primer lugar la figura número 7 (28,2%, $n= 29$), lo cual coincide con la figura elegida en primer lugar para la IC percibida. La figura deseada por la mayoría de las mujeres fue la número 5 (31,0%, $n= 18$), que también coincide con la elegida en primer lugar como representativa de su IC percibida. Las mujeres desean tener una silueta delgada en comparación con los varones (gráfico 26). De acuerdo con el test t-Student las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t(159)= 2,852$; $p= ,005$; $d= 0,46$).

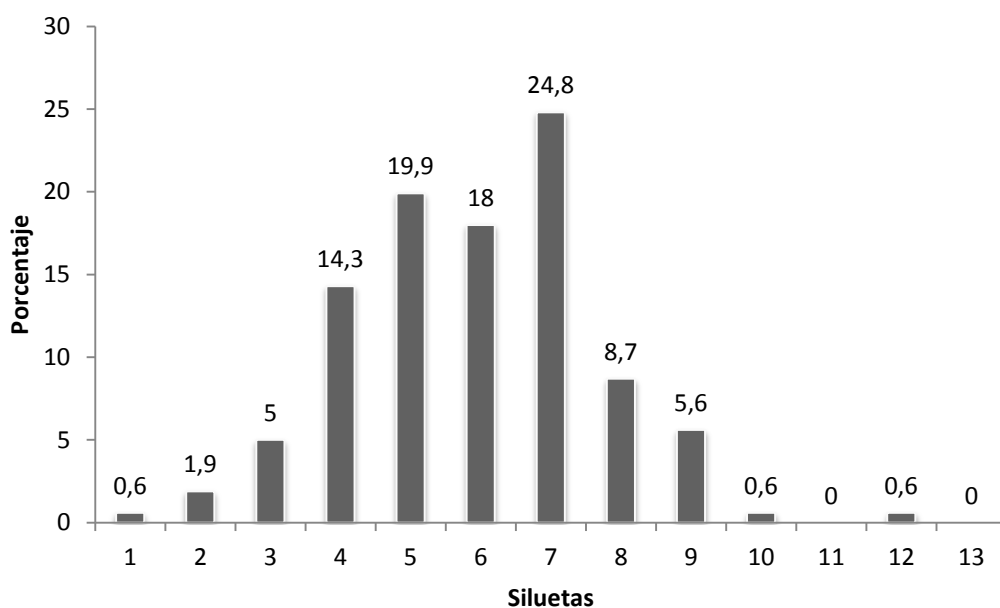


Gráfico 25. Silueta deseada por el profesorado

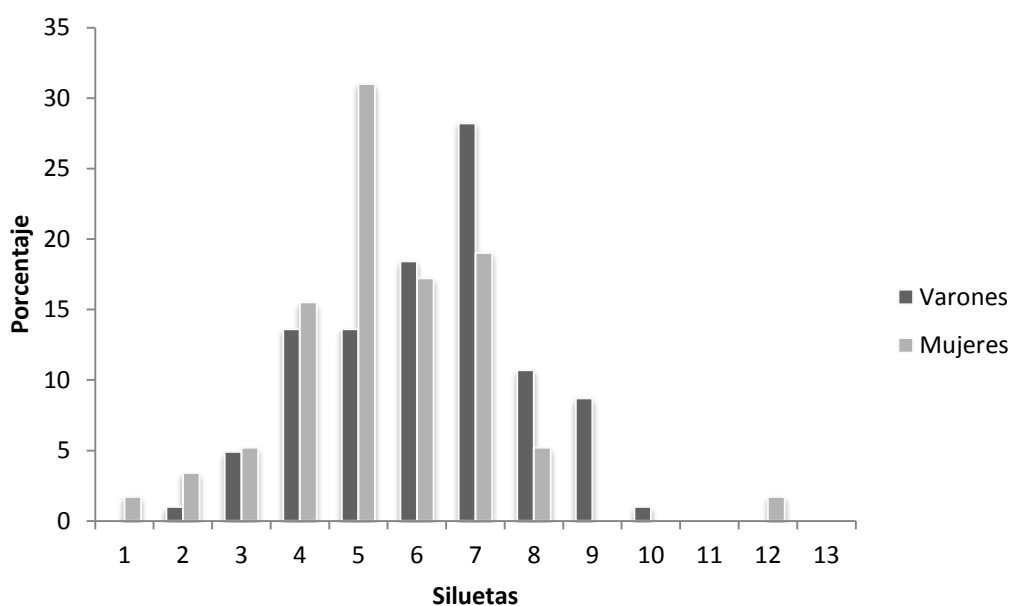


Gráfico 26. Silueta deseada por el profesorado en función del género

Se calculó la correlación de Pearson para ver la relación entre silueta deseada y la edad, encontrándose una relación directa estadísticamente significativa ($r= ,201$; $p= ,001$). De la misma manera se

observó una relación inversa estadísticamente significativa entre dicha silueta y el año de inicio en la docencia ($r = -,233$, $p = ,003$).

Cuando se tiene en cuenta el tipo de docencia impartida se puede observar que la figura número 7 es la elegida en primer lugar como silueta más deseada por los profesores de EF (23,3%, $n = 20$) y MAT (16,7%, $n = 20$). Tanto el profesorado de EF como el de MAT tienden a elegir figuras centrales o más delgadas que las centrales (gráfico 27). De acuerdo con el test t-Student no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($t(159) = 0,494$; $p = ,622$; $d = 0,08$).

Se realizó un ANOVA para estudiar la relación entre el IMC categorizado y la silueta deseada por el profesorado (tabla 73). Al grupo de profesorado categorizado en delgadez le gustaría poseer una silueta muy delgada ($M = 2,00$; $DT = 1,41$). Al categorizado en normopeso le gustaría tener una silueta algo por debajo de la figura central ($M = 5,27$; $DT = 1,47$). Al categorizado en sobrepeso le gustaría tener una silueta con ligeramente por debajo de la figura central ($M = 6,59$; $DT = 1,53$). Por último al categorizado en obeso tipo I ($M = 7,70$; $DT = 2,16$) y tipo II ($M = 7,00$; $DT = ,00$) le gustaría poseer una silueta aproximadamente equivalente a la figura central. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($F(4,156) = 13,701$, $p < ,001$).

Tabla 73. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre la silueta deseada y el IMC del profesorado

IMC (I)	IMC (J)	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Delgadez leve	Normopeso	-3,271*	1,098	,027
	Sobrepeso	-4,590*	1,103	,000
	Obesidad I	-5,700*	1,189	,000
	Obesidad II	-5,000*	1,401	,004
Normopeso	Sobrepeso	-1,320*	,218	,000
	Obesidad I	-2,429*	,513	,000
	Obesidad II	-1,729	,902	,312
Sobrepeso	Obesidad I	-1,110	,524	,217
	Obesidad II	-,410	,908	,991
Obesidad I	Obesidad II	,700	1,011	,958

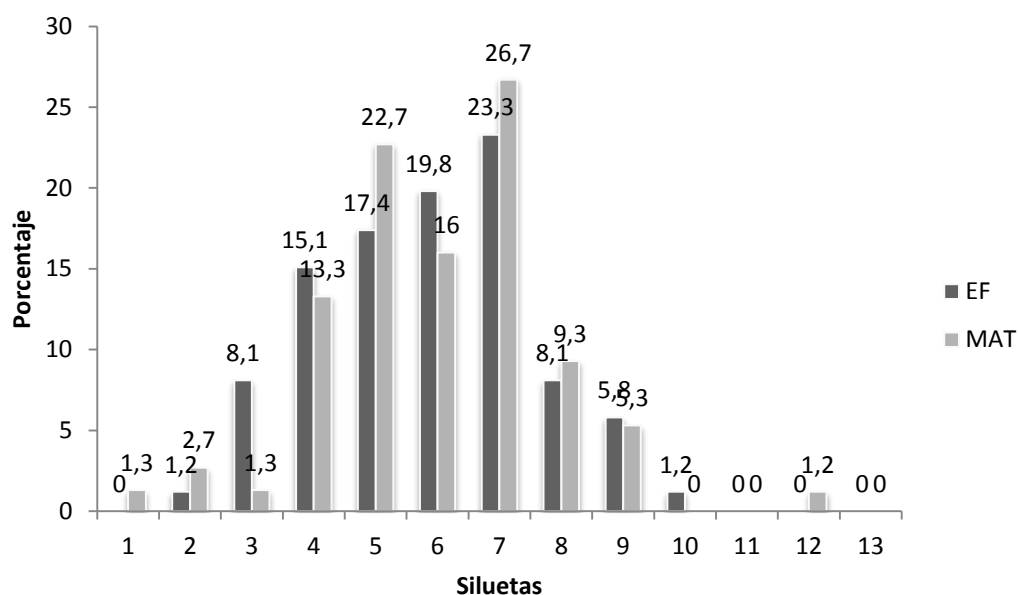


Gráfico 27. Silueta percibida del profesorado en función de la docencia

6.3.3.2. Grado y tipo de insatisfacción corporal mediante el uso de siluetas corporales

Si analizamos la insatisfacción corporal usando la discrepancia entre la imagen que uno tiene de sí mismo y su imagen ideal, se observa en el gráfico 28 que la mayor parte del profesorado desearía tener menos peso del que percibe que tiene ($n= 85$; 52,8%). Por otra parte, vemos que el 11,8% ($n=19$) del profesorado desearía tener más peso. El 35,4% ($n=57$) desearía tener el mismo peso eligiendo la misma opción de respuesta en relación a cómo se ven y cómo les gustaría verse.

Cuando se tiene en cuenta el género (gráfico 29), tanto la mayoría de hombres (47,6%, $n= 49$) como la mayoría de mujeres (62,1%, $n= 36$) desearían tener menos peso del que perciben tener. Por otro lado, se muestra que un 13,6% de los hombres y un 8,6% de las mujeres desearían tener más peso. Esta diferencia de porcentaje puede deberse a que los hombres tienden a desear mejorar su figura a nivel muscular, lo que suele implicar un mayor peso. Por último, encontramos un 38,8% de

hombres y un 29,3% de mujeres satisfechas con su IC. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($X^2(2) = 3,20; p = ,201; n = 161$).



Gráfico 28. Siluetas corporales de Gardner en el profesorado

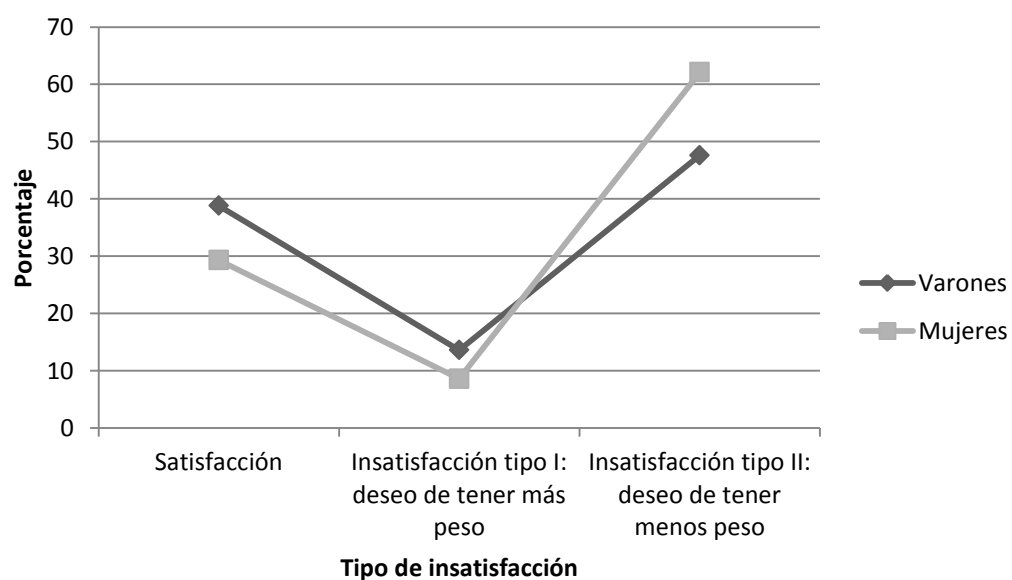


Gráfico 29. Tipo de insatisfacción medida a través de las siluetas en función del género

Cuando consideramos el grado de insatisfacción, medido como la diferencia en valor absoluto entre silueta percibida y silueta deseada, las mujeres ($M= 1,83$; $DT= 1,81$) se encuentran más insatisfechas que los hombres ($M= 1,16$; $DT= 1,36$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($t(159)= 2,67$; $p= ,008$; $d = 0,42$).

No se observaron correlaciones estadísticamente significativas del grado de insatisfacción corporal con la edad ($r= ,115$; $p= ,147$) y con el año de inicio en la docencia ($r= -,081$; $p= ,308$).

En relación al tipo de docencia impartida (gráfico 30), la mayoría de los profesores de EF (44,2%) y de MAT (62,7%) desearían tener menos peso del que perciben tener. Por otro lado, se obtuvo que un 15,1% de los profesores de EF y un 8,0% de los profesores de MAT desearan tener más peso del que creen tener. Esta diferencia puede deberse a que el ideal de profesor de EF es, en mayor medida que para otros profesores, el de una persona musculada. Además, hay un mayor porcentaje de profesores de EF (40,7%, $n= 35$) satisfechos con su IC que de MAT (29,3%, $n= 22$). Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($\chi^2(2)= 5,772$; $p= ,056$).

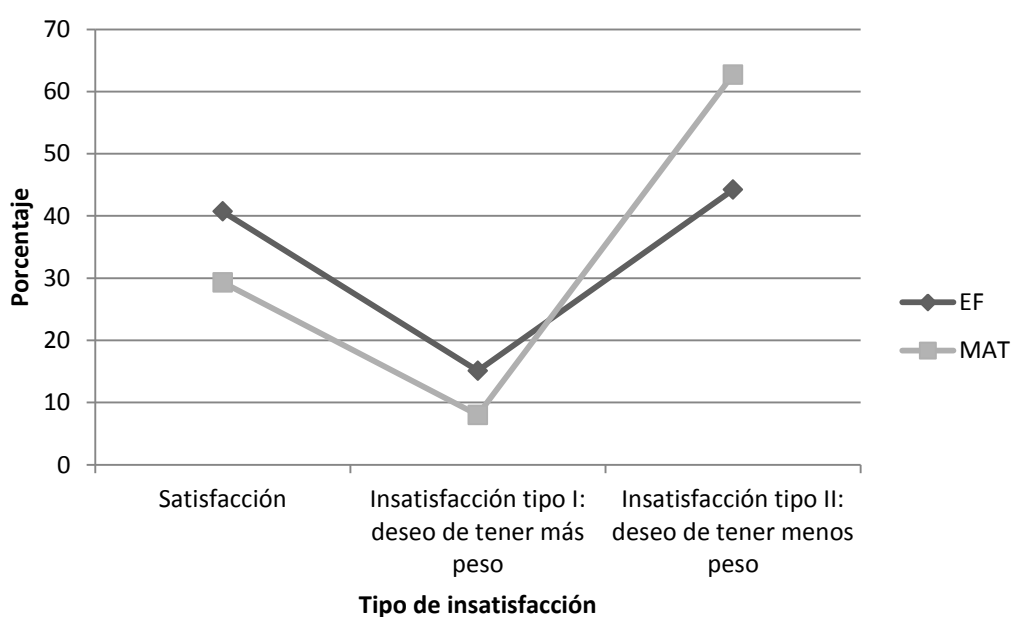


Gráfico 30. Tipo de insatisfacción medida a través de las siluetas en función de la docencia

En la tabla 74 se presentan la tabla de contingencia con los datos de la relación entre el tipo de insatisfacción corporal y el IMC categorizado.

Tabla 74. Tipo de insatisfacción corporal en función del IMC del profesorado(%)

IMC	Satisfacción	Tipo de insatisfacción corporal	
		Insatisfacción tipo I: Deseo de tener más peso	Insatisfacción tipo II: deseo de tener menos peso
Delgadez leve	100,0	0,0	0,0
Normopeso	49,4	21,1	29,4
Sobrepeso	19,7	1,6	78,7
Obesidad I	10,0	0,0	90,0
Obesidad II	0,0	0,0	100,0

Se puede observar que el 49,4% de los normopesos están satisfechos con su IC, el 29,4% desearía tener menos peso y el 21,1% desearía tener más peso. Significativamente, el 78,7% de los sobrepesos desearían tener menos peso y el 19,7% están satisfechos con su IC. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2(8)= 49,150$; $p < ,001$).

6.3.3.3. Preocupación con la IC en relación con el género, la edad, la titulación, el año de inicio en la docencia y el Índice de Masa Corporal

Asumiendo que el BSQ es un instrumento adecuado para evaluar la preocupación con la IC del profesorado de ESO, el análisis de los resultados indica que gran parte de la muestra, el 83,9% ($n= 135$) no está preocupada por su IC. El 11,8% ($n= 19$) tiene una preocupación leve. El 3,7% ($n= 6$) pasa a demostrar una moderada preocupación por su imagen, y sólo el 0,6% ($n= 1$) de la misma presenta una extrema preocupación (gráfico 31).

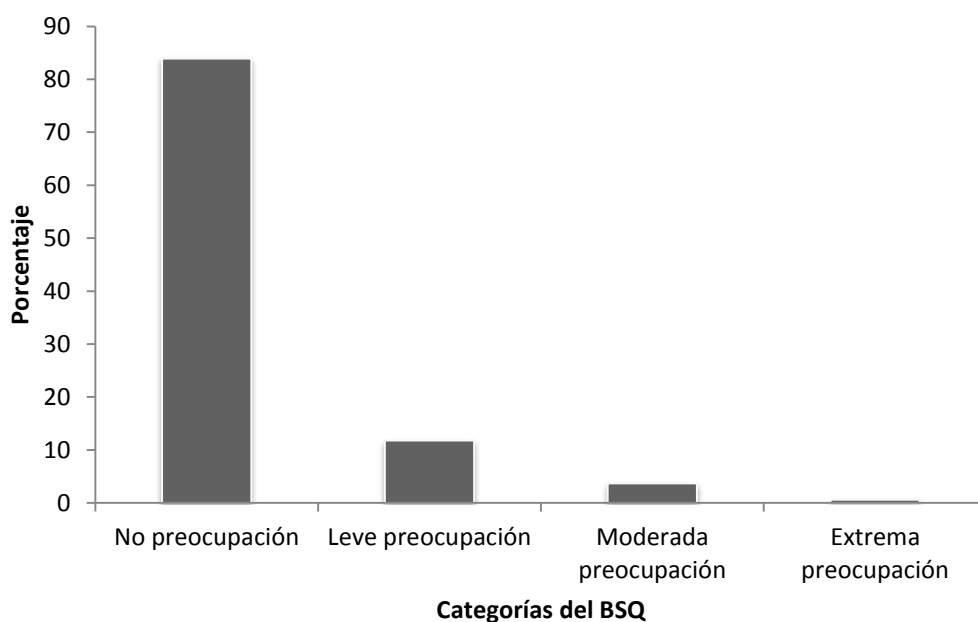


Gráfico31. Preocupación de la IC medida a través del BSQ

Cuando se analiza la relación entre la preocupación por la IC, medida a través del BSQ, y el género se observa que las mujeres están más preocupadas con su IC ($M= 72,62$; $DT= 26,06$) que los hombres ($M= 55,47$; $DT= 15,23$). De acuerdo con el test de t-Student las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t(159)= 5,27$; $p < ,001$; $d= 0,80$).

Concretamente, hay un 92,2% de hombres que no están preocupados por su IC frente al 69,0% de las mujeres (gráfico 32). En cambio, las mujeres tienen una mayor preocupación por la IC en la categoría leve (20,7%), moderada (8,6%) y extrema (1,7%) que los hombres (6,8%, 1,0% y 0,0%, respectivamente).

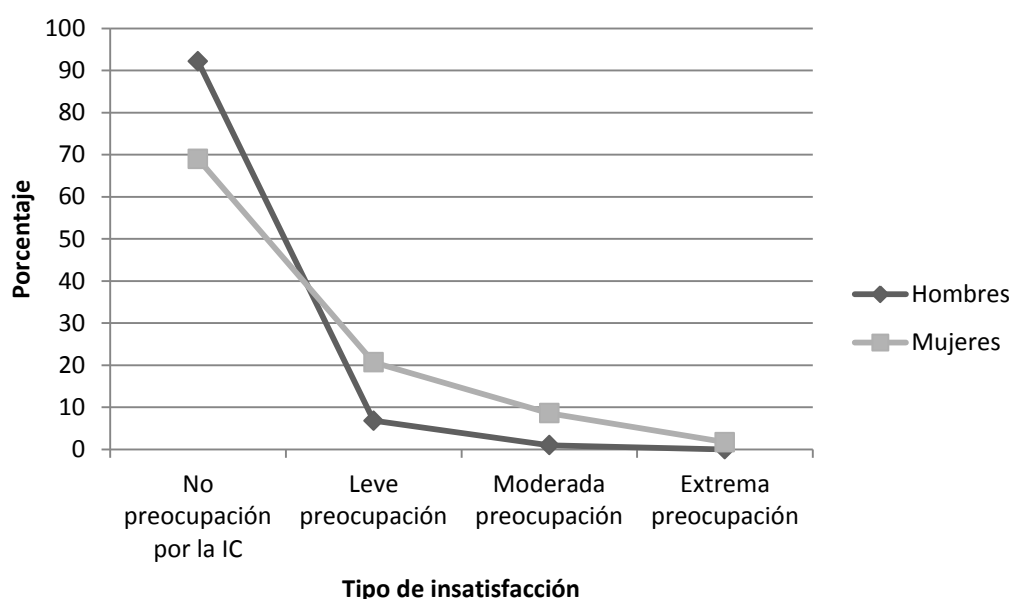


Gráfico 32. Preocupación por la IC del profesorado medida por el BSQ en función del género

Igualmente cuando se analiza la preocupación por la IC medida a través del BSQ en función del tipo de docencia, se observa que el profesorado de MAT ($M= 65,51$, $DT= 23,99$) tiene más preocupación por su IC que el profesorado de EF ($M= 58,28$, $DT = 18,34$). También en este caso las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas ($t(159)= 2,16$; $p= ,032$; $d= ,34$).

Específicamente se puede observar en el gráfico 33, que hay un 89,5% del profesorado de EF no preocupado por su IC frente a un 77,3% del profesorado de MAT. Por el contrario, el profesorado de MAT tiene una mayor preocupación por la IC en la categoría leve (17,3%), moderada (4,0%) y extrema (1,3%) que el profesorado de EF (7,0%, 3,5% y 0,0%, respectivamente).

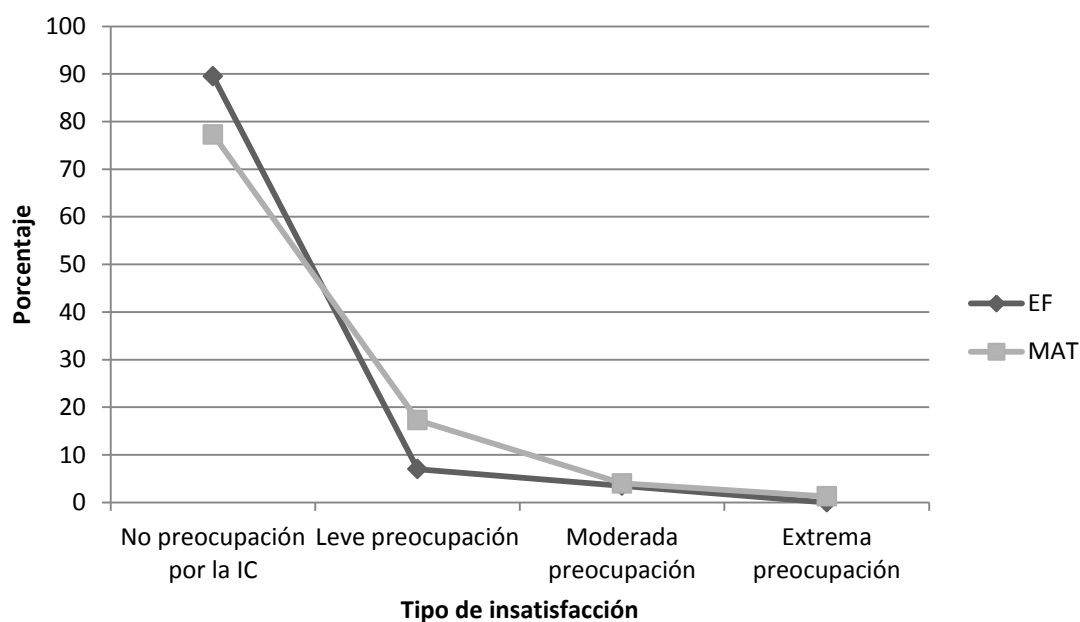


Gráfico 33. Insatisfacción corporal del profesorado medida por el BSQ en función de la docencia

A continuación se realizó un análisis de la varianza (tabla 75) para evaluar de manera conjunta los efectos del género y el tipo de docencia sobre la preocupación por la IC. Los resultados de este análisis muestran la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función del género, $F(1,157) = 20,13$, $p < ,001$, y no en función del tipo de docencia impartida. La interacción entre ambos factores tampoco resultó estadísticamente significativa. El porcentaje de la varianza de la insatisfacción no explicada por otros factores que puede ser explicada por el género fue del 11,4%.

Tabla 75. Prueba de los efectos inter-sujetos

	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig	Eta al cuadrado parcial
Docencia	288,546	1	288,546	,737	,392	,005
Género	7877,548	1	7877,548	20,132	,000	,114
Docencia x Género	841,944	1	841,944	2,152	,144	,014

Se calcularon coeficientes de correlación de Pearson para estudiar la relación del BSQ con la edad y los años de inicio en la docencia. Las correlaciones tanto con la edad ($r = -,018$; $p = ,818$) como con los años de inicio en la docencia ($r = ,027$; $p = ,737$) no fueron estadísticamente significativas.

Por último, se calculó la correlación de Pearson entre el IMC y el BSQ. Los resultados se muestran en la tabla 76, y como se puede observar existe una asociación positiva estadísticamente significativa poco intensa entre el IMC y la preocupación por la IC media a través del BSQ.

Tabla 76. Correlación entre el IMC y el BSQ en el profesorado

	IMC	BSQ
IMC	-	,20**
BSQ	-	-

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

6.3.3.4. Discusión de la dimensión global de la imagen corporal

Los resultados de esta investigación apuntan que gran parte de la muestra del profesorado no está preocupada por la IC, aunque el 52,8% desea verse más delgado. Si se tiene en cuenta el género, se observa que las mujeres tienden a presentar mayor insatisfacción y preocupación por su IC que los varones, existiendo diferencias significativas en la prueba de siluetas y en el BSQ. La insatisfacción corporal representa un descontento normativo de las mujeres de nuestra sociedad (Puzinsky, 1990, Fallon et al., 1994 y Rodin et al., 1984). Esta insatisfacción se expresa a través de su deseo de perder peso (Furnham, 2002).

En relación a la edad y a la experiencia docente no se encontraron relaciones significativas con la insatisfacción y la preocupación con la IC. Por otra parte, el profesorado de MAT demuestra mayor preocupación por la IC que el profesorado de EF, aunque estas diferencias parecen estas

asociadas al hecho de que la mayoría de los profesores de EF son hombres.

De acuerdo con los hallazgos en la literatura son escasos los estudios que han investigado la insatisfacción con la IC en función de diferentes áreas de conocimiento. En la literatura no se han encontrado investigaciones que concretamente comparen la IC del profesorado de EF y MAT. En cambio, existen por un lado, estudios que relacionan la IC de los estudiantes universitarios de EF (futuros profesionales) cotejados con estudiantes de otras titulaciones. Y por otro lado, estudios que investigan a profesorado activo de EF en comparación con otros profesionales de diferentes titulaciones. En este sentido, se van a utilizar dichos estudios para la discusión de este punto. Gonçalves et al. (2008) investigaron a 227 universitarios de EF y nutrición. Estos investigadores el porcentaje de alumnos de EF que deseaba tener más peso (51,3%) era superior al porcentaje de estudiantes de nutrición (24,1%). Esto se puede deber a que este colectivo relaciona tener más peso en la escala de siluetas con el hecho de estar más musculado, y no con un mayor IMC. Nuestros resultados son diferentes a los de Gonçalves et al. (2008) en cuanto a la insatisfacción corporal, ya que en ese estudio se encuentra una mayor insatisfacción corporal en el alumnado de EF. Una explicación para esto puede ser el hecho de que en la muestra de profesorado de MAT hay un mayor número de mujeres que en la muestra de profesorado de EF. En cambio, Santos et al. (2012) que estudiaron a 29 estudiantes universitarios de EF, encontraron que las mujeres mostraban mayor insatisfacción corporal que los varones concordando con los resultados de esta tesis.

Yager y O'Dea (2009) investigaron y compararon la IC y la AF del profesorado de educación para la salud y profesorado de EF en comparación con otros profesores/as de otras titulaciones. No coincidimos con las conclusiones de esa investigación, en la que el profesorado de educación para la salud y EF estaba más insatisfecho con su IC que el

profesorado de otras materias. Probablemente (comentan los autores) pueda deberse al exceso de ejercicio y las actitudes hacia el mismo que tiene el profesorado referente a la salud y la EF. Es especialmente preocupante la posibilidad de que las actitudes inapropiadas del profesorado puedan transmitirse al alumnado de manera intencionada o no.

Neves Miranda et al. (2012) estudiaron la IC en estudiantes universitarios de Humanidades, Salud y Ciencias exactas. Coincidimos con los resultados al mostrar que el 10,1% de los estudiantes expresaron algún nivel de preocupación por la IC medida a través del BSQ y, de éstos, ninguno fue clasificado en una preocupación severa por la IC. Las diferencias que encontraron estos autores en la preocupación e insatisfacción corporal entre estudiantes de diferentes ramas de conocimiento no fueron estadísticamente significativas. Esto coincide sólo parcialmente con lo obtenido en nuestra investigación. Tal como ya hemos comentado, las diferencias encontradas en nuestra investigación pueden ser debidas a las diferencias de género más que a las diferencias debidas al tipo de materia impartida.

Finalmente, el profesorado con mayor IMC presentó mayor insatisfacción corporal, el 78,8% del profesorado con sobrepeso deseaba estar más delgado. O'Dea y Abraham (2001) estudiaron la relación entre la IC y la composición corporal. Coincidimos con estas autoras cuando expresan que aquellos sujetos con sobrepeso mostraron mayor insatisfacción con su IC sobre todo las profesoras. Igualmente concordamos con Neves Miranda et al. (2012) y Magallares et al. (2008) quienes llegan a la misma conclusión.

6.3.3.5. Análisis y discusión de la influencia de la preocupación e insatisfacción corporal del profesorado de Educación Física en la imagen corporal y la actividad física del alumnado

En este punto, se lleva a cabo un análisis complementario con el fin de conocer si alguna de las variables de la IC analizadas en el profesorado de EF se relaciona con la IC del alumnado y su práctica de AF. Para ello, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson correspondientes (tabla 77). Se puede observar que no existen asociaciones significativas de la IC del profesorado con la IC del alumnado y su práctica de AFD.

Tabla 77. Correlaciones entre la IC del profesorado y la IC e IAF del alumnado

	BSQ	Siluetas	EDI bulimia	EDI obsesión	BIATQ -	BIATQ +	BIAQ total	BIAQ ropa	BIAQ social	BIAQ comida	BIAQ pesarse	IAF
BSQ prof EF	,022	,018	,028	,028	,028	,031	,020	,008	,020	,021	,019	,013
Silueta prof EF	-,014	,003	,010	,011	-,004	,036	-,025	-,036	-,020	,011	-,005	,016

Aunque estos resultados parecen apuntar a la poca relevancia de los profesores de EF en la práctica de actividad físico-deportiva y la IC de los estudiantes, estudios previos subrayan el papel potencial de la escuela en la prevención de la obesidad y el fomento de la práctica de AFD. En un estudio de Martínez-López et al. (2009) el alumnado con sobrepeso manifestó que recibe escasas recomendaciones del profesorado de EF para realizar ejercicio físico extraescolar, y sólo un 14,5% lo obtiene por parte del resto del profesorado.

Un estudio de Greenleaf y Weiller (2005) reveló que para el 87% del profesorado de EF la escuela no contribuye en la lucha contra la obesidad, pero sin embargo podría ser el lugar más apropiado para ocuparse de los problemas de exceso de peso en la juventud. Igualmente, durante las clases de EF, el 64% del alumnado obeso se manifestaba en

desacuerdo o indeciso sobre si las actividades propuestas por el profesor son las más adecuadas para desarrollar su cuerpo de forma correcta.

En la literatura no hemos encontrado estudios que analicen la influencia de la IC del profesor de EF en la de sus alumnos, y si esta IC influye en la práctica de AFD. Esto se puede deber a que los medios de comunicación, las familias y los compañeros han sido identificados como los principales transportadores de los ideales socio-culturales, y por consiguiente, también de la IC. De esta manera, la mayoría de los estudios investigan sobre estos tres agentes. No obstante, la influencia de otros agentes socioculturales como el profesorado puede tener un interés importante en el estudio de la IC.

6.3.4. Análisis y discusión de las actitudes hacia la obesidad en el profesorado.

Este apartado tiene como objetivo detallar y estudiar las actitudes explícitas e implícitas hacia la obesidad del profesorado a través del cuestionario AFA de Crandall (1994) e IAT de Greenwald et al. (1998). Se estudiarán las relaciones de estas actitudes con el género, la edad, la docencia, el año de inicio en la misma y el IMC de los profesores. También se analizará la influencia de dichas actitudes en algunas características del alumnado.

Análisis y discusión de las dimensiones existentes en las actitudes explícitas e implícitas

Podemos observar (tabla 78) que la dimensión fuerza de voluntad ($M= 6,06$; $DT= 1,79$) obtuvo la mayor puntuación media. Seguida por la dimensión miedo a engordar ($M= 5,36$; $DT= 1,99$), la puntuación total del AFA ($M= 3,89$; $DT= 0,95$) y por último, la dimensión aversión ($M= 2,32$; $DT= 0,96$).

Tabla 78. Actitudes explícitas del profesorado

	Media	Desviación típica	Mínimo-Máximo
AFA total	3,89	,95	1,00-6,38
Aversión	2,32	,96	1,00-5,86
Miedo a engordar	5,36	1,99	1,00-9,00
Fuerza voluntad	6,06	1,79	1,00-9,00

Se calcularon los coeficientes correlación de Pearson entre las dimensiones del cuestionario AFA (aversión, miedo a engordar y fuerza de voluntad). Los resultados se muestran en la tabla 79. Existen correlaciones positivas poco intensas de la dimensión aversión con la fuerza de voluntad y de la dimensión miedo a engordar con la fuerza de voluntad. Es decir, cuanto mayor es la atribución de la obesidad a la falta de fuerza de voluntad mayor tiende a ser la aversión hacia los obesos y el miedo a engordar. Por otro lado, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones aversión y miedo a engordar.

Tabla 79. Correlaciones entre las dimensiones del AFA

	1	2	3
1. Aversión	-	,04	,30**
2. Miedo a engordar	-	-	,28**
3. Fuerza de voluntad	-	-	-

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

Las actitudes implícitas hacia la obesidad se midieron a través del IAT (Greenwald et al., 2003) versión a ordenador. Se ha hecho uso en primer lugar de una medida de actitudes negativas hacia la obesidad (delgadez= bueno y obesidad= malo). En un segundo lugar tomamos otra medida del estereotipo en relación a la obesidad/delgadez y los atributos socialmente aceptados que refieren y diferencian a los dos modelos de personas (delgadez=activo y obesidad=perezoso).

Los análisis indicaron que el 86,3% de la muestra ($n= 139$) tenía actitudes implícitas negativas hacia la obesidad frente al 13.7% ($n= 22$)

que presentaban actitudes positivas. De la misma manera, el 65,8% ($n=106$) del profesorado tenía estereotipos negativos referentes a la obesidad frente al 34,2% ($n=55$).

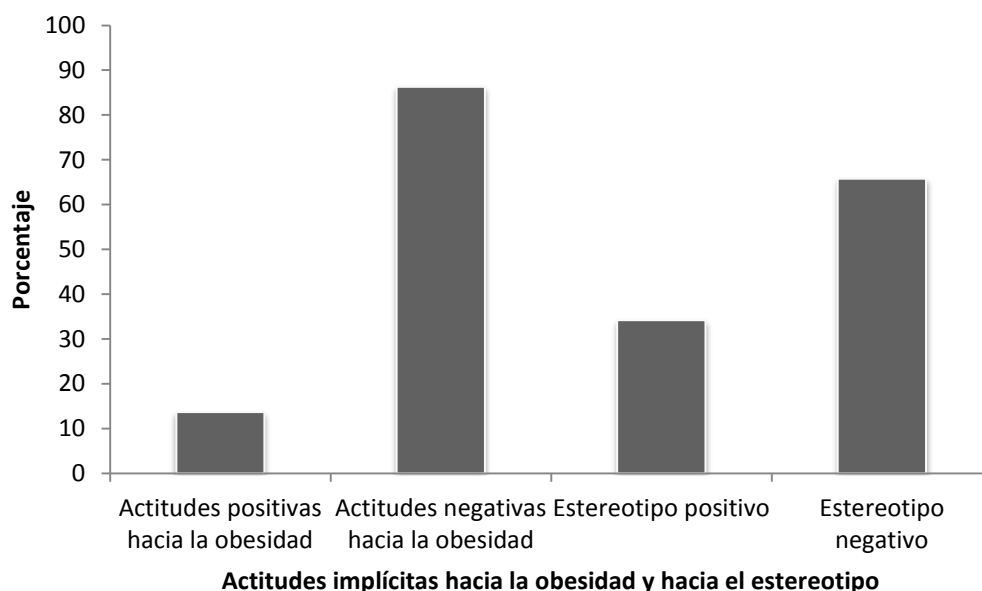


Gráfico 34. Actitudes implícitas hacia la obesidad y hacia el estereotipo del profesorado

Se calculó la correlación de Pearson entre el IAT (delgadez=bueno, obesidad=malo) y el IAT estereotipos (delgadez=activo, obesidad=perezoso). Los resultados se muestran en la tabla 80. Como se puede observar existe una correlación positiva bastante intensa entre ambas dimensiones. Es decir, cuanto mayor es la actitud implícita negativa hacia la obesidad, mayor es la tendencia a tener estereotipos implícitos hacia la obesidad.

Tabla 80. Correlaciones entre las dimensiones IAT actitudes e IAT estereotipo

	1	2
1. IAT actitudes	-	,62**
2. IAT estereotipos	-	-

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

La bibliografía refleja la existencia de prejuicios y estereotipos hacia la obesidad y el sobrepeso por parte del profesorado. Además, existe el riesgo de que, consciente o inconscientemente, puedan estar transmitiendo un culto al cuerpo esbelto, cuidado, firme y definido que propicie que el alumnado aprenda más sobre cómo odiar su cuerpo que sobre cómo convertirlo en saludable. A continuación se desarrolla la discusión sobre esta temática en el ámbito educacional y concretamente en el caso de la EF.

En nuestra investigación las actitudes negativas se reflejan en mayor medida en la dimensión fuerza de voluntad, seguida de la dimensión miedo a engordar y, por último, de la dimensión aversión. Peper y Ruiz (2007) mostraron en un estudio con 264 participantes que la media más baja entre las diferentes dimensiones del AFA fue la de aversión ($M= 1,65$) seguida de la fuerza de voluntad ($M= 5,42$) y del miedo a engordar ($M= 6,20$), concordando en parte con nuestro estudio en que la aversión tiene una media claramente inferior a las otras dos dimensiones, a pesar de ser teóricamente la dimensión que mejor mide el rechazo hacia las personas con obesidad. Como se comentó en la discusión del alumnado y en el estudio de las características psicométricas del cuestionario AFA, esto puede ser debido a la existencia de dos ítems de la dimensión aversión que presentan problemas.

Las correlaciones entre la dimensión fuerza de voluntad y las dimensiones miedo a engordar y aversión fueron significativas y positivas. En cambio la correlación entre aversión y miedo a engordar no fue estadísticamente significativa. En la literatura existen investigaciones en las que se encuentran correlaciones estadísticamente significativas entre todas las dimensiones del AFA (Pepper y Ruiz, 2007; Swamin et al., 2010), en muestras de adultos. Por otro lado, existen estudios que no utilizan todas las dimensiones del AFA. Este es el caso de O'Brien et al. (2007) y O'Brien et al. (2008) que hallan una correlación positiva estadísticamente significativa entre las dimensiones aversión y fuerza de

voluntad, en muestras de universitarios. Por último, existe otra parte de la literatura que encuentran sólo algunas correlaciones significativas. Es el caso de Bullock et al. (2011) que sólo hallaron una correlación estadísticamente significativa entre la aversión y la fuerza de voluntad.

Gran parte de la muestra manifiesta actitudes implícitas negativas hacia la obesidad y estereotipos negativos en relación con el sesgo de obesidad. La relación entre dichas variables (IAT actitudes e IAT estereotipos) es positiva y significativa. Estos resultados son similares a la mayoría de los estudios existentes en la literatura. Robertson y Vohora (2008), Schwartz et al. (2006) y O'Brien et al. (2008) concluyen que de manera implícita las actitudes negativas hacia la obesidad son notables e incluso mayores que las explícitas (por motivos de la deseabilidad social). Además, también hallan que la relación entre el IAT actitudes y el IAT estereotipo manifiesta relaciones significativas.

Análisis de las actitudes explícitas y su relación con el resto de variables

Aunque las mujeres y el profesorado de EF mostraron actitudes ligeramente más negativas hacia la obesidad, las pruebas *t* correspondientes no mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación al género y a la docencia (tabla 81). Cuando se realizaron los análisis de la varianza bifactoriales emergió un efecto estadísticamente significativo del género, $F(1,157) = 5,177$, $p = ,024$, en la dimensión fuerza de voluntad, con las mujeres mostrando una actitud más negativa – atribuyen menor fuerza de voluntad a las personas obesas- que los hombres. En cualquier caso, la medida de tamaño del efecto ($\eta_p^2 = ,032$) indica que esas diferencias no eran muy grandes.

Tabla 81. Media de las actitudes explícitas del profesorado en función del género y la docencia

	Género		Docencia	
	Varones	Mujeres	EF	MAT
AFA total	3,81 (.90)	4,03 (1,02)	3,82 (1,01)	3,95 (.89)
Aversión	2,29 (.87)	2,37 (1,11)	2,24 (.92)	2,39 (.99)
Miedo a engordar	5,29 (1,86)	5,50 (2,23)	5,34 (2,12)	5,38 (1,89)
Fuerza voluntad	5,86 (1,80)	6,42 (1,71)	5,96 (1,84)	6,15 (1,74)

Nota M (SD)

Las actitudes explícitas no se relacionaron significativamente con la edad ni con la experiencia docente. Se calculó la correlación de Pearson entre las actitudes explícitas hacia la obesidad con el IMC (tabla 82). Como se puede observar la aversión se correlaciona de manera estadísticamente significativa con el IMC, aunque en este caso la relación es inversa. Es decir, cuanto mayor es el IMC menor fue la aversión hacia la obesidad de los profesores participantes. En cambio, no existe correlación entre el IMC y las otras dimensiones del AFA.

Tabla 82. Correlaciones entre las dimensiones del AFA y el IMC

	AFA total	Aversión	Miedo a engordar	Fuerza voluntad
IMC	-,012	-,170*	,148	,021
	M= 3,89 (DT= ,95)	M= 2,32 (DT= ,96)	M= 5,36 (DT= 1,94)	M= 6,06 (DT= 1,79)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación típica

Por último, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las actitudes explícitas hacia la obesidad y las variables que miden preocupación e insatisfacción con la IC (tabla 83). El AFA total, se correlacionó de manera positiva con la insatisfacción corporal medida a través de las siluetas corporales y con el BSQ. Es decir los profesores que presentan actitudes más negativas hacia la obesidad tienen cierta tendencia a estar más preocupados e insatisfechos con su IC.

Como se puede observar no existen correlaciones estadísticamente significativas entre la aversión y variables de la IC (BSQ y siluetas corporales).

La dimensión miedo a engordar correlacionó de manera positiva con la insatisfacción corporal medida a través de las siluetas corporales y con el BSQ. Es decir los profesores que presentan un mayor miedo a engordar tienen cierta tendencia a estar más insatisfechos y preocupados con su IC.

Por último la dimensión fuerza de voluntad correlacionó de manera positiva y estadísticamente significativa con el BSQ. Es decir, las personas que piensan que el hecho de ser obeso se debe a la falta de fuerza de voluntad suelen estar más preocupadas con su IC. En cambio, no existe correlación entre esta dimensión y las siluetas corporales

Tabla 83. Correlaciones entre las dimensiones del AFA y las variables de la IC

	BSQ	Siluetas corporales
AFA total	,32**	,18*
Aversión	,02	-,09
Miedo a engordar	,49**	,26**
Fuerza de voluntad	.17*	,05
	M= 61,65 (DT= 21,40)	M= 1,40 (DT= 1,56)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación típica

Cuando tenemos en cuenta la categorización de la variable insatisfacción corporal, el ANOVA correspondiente muestra diferencias estadísticamente significativas en las actitudes explícitas hacia la obesidad. Concretamente se encuentra que el profesorado que desea estar más delgado tiende a mostrar actitudes más negativas hacia la obesidad que el resto de profesorado.

Se lleva a cabo un análisis complementario con el fin de considerar si la preocupación por la IC en el profesorado permitía predecir, al menos

en parte, las actitudes explícitas hacia la obesidad. Para ello, se realiza un análisis de regresión lineal, (tabla 85).

Tabla 84. Comparaciones múltiples Post-Hoc (Tukey) entre el AFA total y la categorización de las siluetas corporales del profesorado

IMC (I)	IMC (J)	Diferencias de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Satisfacción	Insatisfacción tipo I: más peso	,112	,244	,891
	Insatisfacción tipo II: menos peso	-,466*	,158	,010
Insatisfacción tipo I: más peso	Insatisfacción tipo II: menos peso	-,578*	,233	,038

Según el análisis de regresión realizado, una vez controlado el efecto de las variables género e IMC, el BSQ permite explicar el 9,8% de la variabilidad en las actitudes explícitas hacia la obesidad. Para entender el modo en que la variable predictora aporta explicación a las actitudes explícitas hacia la obesidad, es oportuno fijarse que a niveles más altos de de preocupación, mayor es la tendencia a desarrollar actitudes explícitas negativas hacia la obesidad.

Tabla 85. Análisis de regresión para las actitudes explícitas hacia la obesidad según la variable BSQ

	Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	Sig.	r ²	Δr ²
		B	Error típ.	Beta			
Modelo 1	(Constante)	3,474	,616		,000	,013	,013
	Género	,227	,161	,115	,160		
	IMC	,004	,021	,016	,841		
Modelo 2	(Constante)	3,656	,588		,000	,111	,098
	Género	-,102	,172	-,052	,555		
	IMC	-,025	,021	-,097	,242		
	BSQ-14	,016	,004	,360	,000		

Modelo 1: $F_{(2, 152)} = 1,008$; $p = ,367$; Modelo 2: $F_{(3, 157)} = 6,534$; $p < ,001$

Análisis de las relaciones de los estereotipos y actitudes implícitas con el resto de variables

Cuando analizamos las diferencias de género referidas a los estereotipos relacionados con la obesidad (delgadez= activo y obesidad= perezoso) encontramos que los hombres ($M= 0,27$, $SD= 0,56$) tienen una visión de la obesidad más estereotipada que las mujeres ($M= 0,07$, $SD= 0,53$). De acuerdo con el test de t-Student las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($t(159)= 2,16$; $p= ,032$). En cambio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las actitudes implícitas hacia la obesidad (delgadez= bueno y obesidad= malo).

Si comparamos al profesorado de EF y MAT, los resultados muestran que los profesores de MAT ($M= 0,09$, $SD= 0,51$) tienen una visión de la obesidad menos estereotipada (delgadez= activo y obesidad= perezoso) que el profesorado de EF ($M= 0,29$, $SD= 0,59$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($t(159)= -2,24$; $p= ,026$). Al igual que ocurría cuando analizamos las diferencias de género, tampoco aquí existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia la obesidad.

Al igual que ocurre con las actitudes explícitas, la edad y el año de inicio en la docencia no se correlacionan con los estereotipos y las actitudes implícitas hacia la obesidad.

Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson de los estereotipos medidos implícitamente a través del IAT (delgadez= activo y obesidad= perezoso) y las actitudes implícitas hacia la obesidad (delgadez= bueno y obesidad= malo) con la preocupación por la IC – BSQ-, la insatisfacción corporal -siluetas- y el IMC. Los resultados (tabla 86) muestran que los profesores con una visión más estereotipada de los obesos tienden a tener una menor insatisfacción y preocupación por la IC. No se encontraron relaciones significativas entre las actitudes hacia la obesidad y las variables de la IC.

Tabla 86. Correlaciones IAT (estereotipos y actitudes), IMC y las variables de la IC

	IMC	BSQ	Siluetas corporales
IAT (actitudes)	-,04	-,12	-.07
IAT (estereotipos)	-,13	-,16*	-,18*
	M= 24,99 (DT= 3,72)	M= 61,65 (DT= 21,40)	M= 1,40 (DT= 1,56)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación típica

Discusión acerca de las relaciones entre las actitudes explícitas e implícitas y el resto de variables

Como hemos visto en el capítulo de IC, las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal que los hombres. No sería extraño, por lo tanto, que las investigaciones sobre los prejuicios y las actitudes negativas hacia la obesidad proyectaran resultados similares. En relación al estudio de las actitudes explícitas e implícitas en función del género se observa que, aunque las mujeres mostraron actitudes explícitas hacia la obesidad aparentemente más negativas que los hombres, estas diferencias no eran estadísticamente significativas. En cuanto a las medidas implícitas, se observa que cuando analizamos las diferencias de género referidas a los estereotipos relacionados con la obesidad (delgadez= activo y obesidad= perezoso) encontramos que los hombres tienen una visión de la obesidad más estereotipada que las mujeres. En cambio, no se encontraron diferencias de género estadísticamente significativas en las actitudes implícitas hacia la obesidad (delgadez= bueno y obesidad= malo).

En la literatura se encuentran estudios en los que no aparece ninguna diferencia en las actitudes hacia la obesidad entre hombres y mujeres (Brylinsky y Moore, 1994; Grover et al., 2003; Hill y Silver, 1995; Tiggemann y Anesbury, 2000; Tiggemann y Wilson-Barrett, 1998; Phillips y Hill, 1998; Robertson y Vohora, 2007; Wardle et al., 1995).

Por otro lado, existe otra cantidad considerable de estudios en los que sí aparecen diferencias de género. En ocasiones indicando actitudes más negativas en el género femenino: las mujeres adultas (Harris et al.,

1982; Harris et al., 1991; Tiggemann y Rothblum, 1988) mostraron actitudes más negativas hacia pares con sobrepeso que sus compañeros varones. Y en otras ocasiones indicando actitudes más negativas en el género masculino (Aruguete et al., 2006; Crandall, 1994; Glenn y Chow, 2002; Lewis et al., 1997; Morrison y O'Connor, 1999; Perez-Lopez et al., 2001).

En relación al estudio de las actitudes explícitas e implícitas en función del tipo de docencia, se observa que aunque el profesorado de EF mostró actitudes explícitas hacia la obesidad aparentemente más negativas, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En cuanto a las actitudes implícitas, se observa que si comparamos al profesorado de EF y MAT, los resultados muestran que los profesores de MAT tienen una visión de la obesidad menos estereotipada que el profesorado de EF.

Recientes estudios constatan que las actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso son especialmente intensas en los profesores de EF y en los alumnos de AF que estudian para ello (O'Brien et al., 2007; Greenleaf y Weiller, 2005, Greenleaf et al., 2008). En nuestro caso, efectivamente el profesorado de EF muestra una mayor tendencia a manifestar actitudes explícitas negativas hacia la obesidad, aunque tales diferencias no son significativas. En cambio si encontramos que los profesores de EF tenían visiones más estereotipadas de las personas con sobrepeso que el profesorado de MAT.

En la literatura se han encontrado diferencias en la intensidad de las actitudes negativas hacia la obesidad, entre el profesorado de EF en activo, que tiende a mostrar actitudes más moderadas (Greenleaf y Weiller, 2005), y los estudiantes universitarios de EF que van a ser futuros profesionales, los cuales manifiestan fuertes actitudes negativas (Chambliss, et al., 2004; O'Brien, et al., 2007).

En cualquier caso, los profesores de EF en activo mostraron actitudes negativas hacia la obesidad (Greenleaf y Weiller, 2005).

Además la mayoría de ellos estuvieron de acuerdo en que los profesionales de la EF deben participar en el tratamiento de la obesidad del alumnado. El profesorado de EF cree que deben ser un modelo a seguir por el mantenimiento de su composición corporal (Greenleaf et al., 2008).

Otros estudios cuya muestra compara a estudiantes de EF con estudiantes universitarios de otras materias llegan a la misma conclusión. Los estudiantes de EF presentan mayor sesgo y mayores actitudes negativas hacia la obesidad que otros estudiantes de diferentes titulaciones (Chambliss et al., 2004), tales como psicología (O'Brien et al., 2008) e incluso estas actitudes negativas fueron más notables a medida que los jóvenes futuros profesionales de EF avanzaban en cursos.

Las actitudes hacia la obesidad no se relacionaron con la edad ni con la experiencia docente. Parece ser que estas actitudes independientemente de la edad y del año de inicio en la docencia existen y perduran con los años. Coincidimos con los estudios de Ojerholm et al. (1999) y Quinlan et al. (2009), los cuales no encontraron relaciones significativas entre la edad y las actitudes hacia la obesidad.

Las actitudes explícitas se correlacionaron con el IMC sólo en la dimensión aversión y de manera inversa. En cuanto a las actitudes implícitas no existe tal relación. La mayor parte de los estudios realizados sobre este tema (Ahern et al., 2006; Allison et al., 1991; Crandall, 1994; Latner et al., 2005) no encuentran ninguna diferencia entre las personas con sobrepeso u obesidad y normopeso en la intensidad de las actitudes hacia la obesidad que presentan. Algunos autores sugieren que esta ausencia de preferencia endogrupal puede deberse, en parte, a que la pertenencia al grupo es percibida como algo controlable (Davison et al., 2008) y, por lo tanto, supuestamente modificable. En nuestro estudio, la correlación inversa entre el IMC y la aversión podría deberse a la existencia de cierto sesgo endogrupal en la población de profesores,

conociendo en este caso con Ojerholm et al. (1999) que obtuvo tal relación inversa.

En esta investigación, el AFA total y la dimensión miedo a engordar, se correlacionaron de manera positiva con la insatisfacción corporal medida a través de las siluetas corporales y con la preocupación con la IC medida con el BSQ. La dimensión fuerza de voluntad se correlacionó sólo con el BSQ y la aversión no mostró correlación con la IC. Concordamos con Klaczynski et al. (2004) y Hernández et al. (2012) al no encontrar relación entre la dimensión aversión y la IC. Los profesores con una visión implícita más estereotipada hacia los obesos tienden a tener una mayor insatisfacción y preocupación por la IC.

Lewis et al. (1997) y O'Brien, et al. (2007) encuentran correlaciones significativas entre la IC y las actitudes negativas hacia la obesidad. Coincidimos en que la relación entre las actitudes negativas hacia la obesidad y la IC existe, menos fuerte en el estudio de Lewis et al. (1997) y más notable en el de O'Brien et al. (2007).

Carels y Musher-Eizenman (2010) investigaron si las diferencias individuales comúnmente asociadas con un mayor sesgo de actitudes negativas hacia la obesidad, se asocian con una mayor preferencia por la delgadez entre las personas de diferente peso. Los resultados muestran que las mayores actitudes negativas hacia la obesidad y mayor insatisfacción corporal se asociaron positivamente con un mayor rechazo hacia las figuras que mostraban sobrepeso y obesidad.

Coincidimos con los estudios de Pepper y Ruiz (2007) y Hernández et al. (2012). El miedo a engordar y la dimensión fuerza de voluntad del AFA correlacionó en estos estudios con la insatisfacción corporal de manera significativa y positiva. Igualmente, en 2008 Ahern, Bennett y Hetherington estudiaron las actitudes implícitas hacia la obesidad y la IC. Se observó una correlación significativa entre las puntuaciones del IAT y la obsesión por la delgadez del EDI.

6.3.4.1. Relación entre los prejuicios hacia la obesidad del profesorado de Educación Física, y las actitudes hacia la obesidad y la actividad física que realizan los estudiantes

Es este apartado se estudian las posibles relaciones entre las actitudes hacia la obesidad del profesorado y las del alumnado. En la tabla 87 se muestran las correlaciones.

Tabla 87. Correlaciones entre las actitudes negativas del profesorado y las del alumnado

	AFA total alumnado	Aversión alumnado	Miedo a engordar alumnado	Fuerza voluntad alumnado
AFA total prof. EF	,016	,012	-,005	,034
AFA aversión prof. EF	-,025	-,032	-,006	-,005
Miedo a engordar prof. EF	,050*	,035	,021	,057*
Fuerza voluntad prof. EF	,012	,030	-,026	,017
	M= 4,00 (DT= 1,41)	M= 2,72 (DT= 1,44)	M= 5,03 (DT= 2,73)	M= 5,97 (DT= 2,47)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M= Media; DT= Desviación típica

Se observa que sólo la dimensión miedo a engordar del profesorado de EF se correlaciona de manera significativa y positiva con la puntuación total del AFA y la dimensión fuerza de voluntad del alumnado. Las regresiones de las puntuaciones en el AFA total y en el AFA-Fuerza de voluntad de los estudiantes sobre las puntuaciones en el AFA-Miedo a engordar de los profesores se muestran en la tabla 88.

Los coeficientes de regresión correspondientes indican tasas de cambio positivas de 0.037 y 0.075 para AFA-total y AFA-Fuerza de voluntad, respectivamente. Hay que señalar que los porcentajes de varianza explicada correspondientes, del 0,2% y del 0,3%, fueron ciertamente bajos.

En cuanto a las medidas implícitas, se observa que existe una correlación positiva estadísticamente significativa de baja intensidad entre

los estereotipos implícitos acerca de la obesidad del profesorado de EF y la dimensión fuerza de voluntad de alumnado (tabla 89).

Tabla 88. Análisis de regresión para las actitudes explícitas hacia la obesidad del alumnado sobre la dimensión AFA-Miedo a engordar del profesorado

Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	Sig.	r ²
	B	Error típ.	Beta		
AFA total alumnado (VD)	(Constante)	3,815	,097	,000	,002
	Miedo a engordar prof. EF	,037	,017	,033	
Fuerza voluntad alumnado (VD)	(Constante)	5,578	1,71	,000	,003
	Miedo a engordar prof. EF	,075	,031	,014	

AFA total alumnado (VD): $F_{(2, 1841)} = 4,531$; $p = ,033$; Fuerza voluntad alumnado (VD): $F_{(1, 1837)} = 6,071$; $p = ,014$

Tabla 89. Correlaciones entre las actitudes implícitas negativas del profesorado y las actitudes explícitas del alumnado

	AFA total alumnado	Aversión alumnado	Miedo a engordar alumnado	Fuerza voluntad alumnado
IAT estereotipos	-,030	-,008	-,012	-,049*
IAT actitudes	-,017	,009	-,026	-,028
	M= 4,00 (DT= 1,41)	M= 2,72 (DT= 1,44)	M= 5,03 (DT= 2,73)	M= 5,97 (DT= 2,47)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación típica

La regresión de las puntuaciones en el AFA-Fuerza de voluntad del alumnado sobre los estereotipos implícitos del profesorado, medidas a través del IAT, se presentan en la tabla 90. Se obtuvo un coeficiente de regresión del IAT-Estereotipos de -0.210, que refleja una tasa de cambio negativa. De nuevo, el porcentaje de varianza explicada por el IAT-Estereotipo es muy pequeño (0.02%).

Tabla 90. Análisis de regresión para la dimensión fuerza de voluntad del alumnado sobre las actitudes implícitas hacia la obesidad del profesorado

Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	Sig.	r ²
	B	Error típ.	Beta		
Fuerza voluntad alumnado (VD)	(Constante)	6,033	,064		
	IAT estereotipos	-,210	,100	-,049	,035

Fuerza voluntad alumnado (VD): $F_{(1, 1837)} = 4,432$; $p = ,035$

Uno de los objetivos de esta investigación era estudiar la relación entre las actitudes explícitas e implícitas hacia la obesidad de los profesores y la práctica de AF que realiza el alumnado. Los resultados de los análisis muestran que esas relaciones no son estadísticamente significativas (tabla 91)

Tabla 91. Correlaciones entre las actitudes hacia la obesidad del profesorado y el IAF del alumnado

	AFA total	Aversión	Miedo a engordar	Voluntad	IAT actitudes	IAT estereotipos
IAF alumnado	,012	-,032	,029	,035	,007	,036
	M= 3,87 (DT= ,88)	M= 2,33 (DT= ,93)	M= 5,29 (DT= 1,89)	M= 6,04 (DT= 1,74)	M= ,54 (DT= ,55)	M= ,28 (DT= ,58)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación típica

Como se ha comentado anteriormente, la bibliografía refleja la existencia de prejuicios y estereotipos hacia la obesidad y el sobrepeso por parte del profesorado (Greenleaf y Weiller, 2005). Además es posible que, de modo consciente o inconsciente, los profesores puedan estar transmitiendo un culto al cuerpo esbelto, cuidado, firme y definido que propicie que el alumnado aprenda más sobre cómo odiar su cuerpo que como convertirlo en saludable (Sykes y McPhail, 2008). Por esta razón es recomendable el estudio de la influencia de las actitudes hacia la obesidad del profesorado en el alumnado. Este tipo de creencias y

actitudes negativas hacia la obesidad del profesorado pueden ser problemáticas porque condicionan sus expectativas acerca de los estudiantes y pueden influir en la cantidad y la calidad del feedback que les proporcionan, lo que puede posteriormente influir en el rendimiento, la motivación y el disfrute del alumnado.

Algunas investigaciones han mostrado la existencia de actitudes negativas hacia las personas obesas en educadores (Puhl y Brownell, 2001). En varios estudios se han utilizado pruebas de actitudes implícitas (que permiten la medición de las asociaciones automáticas existentes más allá del control consciente) en profesionales y con la población en general, obteniéndose resultados que indican prejuicios y actitudes negativas hacia la obesidad (Schwartz et al., 2003; Teachman y Brownell, 2001).

A menudo los educadores identifican incorrectamente comportamientos individuales como el consumo excesivo y la inactividad con las principales causas de la obesidad (Neumark-Sztainer et al., 1987). Esto manifiesta una actitud negativa (culpar a la víctima) hacia las personas obesas (Neumark-Sztainer et al., 1999; Schwartz et al., 2003).

Algunos estudios muestran que el profesorado asocia la delgadez con la inteligencia, la motivación y la fuerza de voluntad (Piran, 1998). Se ha encontrado que los profesionales de la educación tienen percepciones erróneas sobre las causas y el desarrollo de trastornos de la alimentación y de la IC que podrían perpetuar las actitudes negativas por parte de este colectivo y transmitir las a los estudiantes (O'Dea y Abraham, 2001).

Tal como señalan Peterson, Puhl y Luedicke (2012), las expectativas de los profesores de EF, las atribuciones y las actitudes con respecto a los estudiantes pueden estar influenciadas negativamente por el peso corporal del alumnado, y difieren según el género del estudiante. Potencialmente el sesgo de peso de los profesores de EF podría influir en la participación de los adolescentes en la AF.

Los resultados de nuestra investigación representan un apoyo muy limitado a las hipótesis expuestas. Las relaciones encontradas entre las actitudes del profesorado y del alumnado son de tan baja intensidad que no constituyen un fundamento suficiente a la hipótesis de influencia del profesorado. Además, no se ha encontrado ninguna relación significativa entre actitudes del profesorado y AF del alumnado. En cualquier caso, estudios recientes constatan que las actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso son especialmente intensas en los profesores de EF y en los alumnos que estudian para ello (O'Brien et al., 2007; Greenleaf y Weiller, 2005, Greenleaf et al., 2008). Por ello, parece razonable seguir estudiando estas relaciones para encontrar posibles vías de influencia y transmisión de esos prejuicios y actitudes negativas.

6.3.5. Análisis y discusión de los estilos de enseñanza del profesorado de Educación Física

En cuanto al uso de los estilos de enseñanza, se observa (tabla 92) que el profesorado de EF tiende a utilizar más estilos reproductivos ($M= 3,06$) que estilos productivos ($M= 2,49$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t(85)= 9,97; p < ,001$).

Tabla 92. Uso de estilos de enseñanza reproductivos y productivos

	M	DT	MIN	MAX
Estilos reproductivos	3,06	0,48	1,80	4,60
Estilos productivos	2,49	0,65	1,33	4,17

Nota. M = Media; DT = Desviación típica; MIN= Mínimo; MAX= Máximo

Si vemos detenidamente cada estilo de enseñanza (reproductivo y productivo), es destacable (tabla 93) que el estilo de enseñanza que más utiliza el profesorado de EF es el mando directo ($M= 3,38$), seguido de los programas individuales ($M= 3,13$) y de la enseñanza recíproca ($M= 3,12$). Los estilos menos utilizados por el profesorado de EF son el uso de la

autoenseñanza ($M= 1,56$), seguido de la resolución de problemas ($M= 1,74$). Vemos que los estilos encuadrados dentro de los reproductivos (estilos A-E) tienen medias más altas en la mayoría de los casos que los estilos encuadrados dentro de los productivos (estilos F-K).

Tabla 93. Estadística descriptiva para el uso de los estilos de enseñanza de Mosston

	M	DT	MIN	MAX
A. Mando directo	3,38	0,80	2	5
B. Enseñanza basada en la tarea	2,87	0,99	1	5
C. Enseñanza recíproca	3,12	0,87	1	5
D. Autoevaluación	3,05	0,97	1	5
E. Inclusión	2,89	1,00	1	5
F. Descubrimiento guiado	2,93	0,97	1	5
G. Resolución de problemas	1,74	0,84	1	4
H. Pensamiento divergente	3,06	0,92	1	5
I. Programas individuales	3,13	0,93	1	5
J. Alumnos iniciados	2,53	0,94	1	5
K. Autoenseñanza	1,56	0,76	1	4

Nota. *M* = Media; *DT* = Desviación típica; *MIN*= Mínimo; *MAX*= Máximo

En relación a la percepción que tiene el profesorado de los beneficios de la utilización de un estilo de enseñanza en particular -como facilitador de la diversión del alumno, el aprendizaje de habilidades y conceptos y la motivación de los estudiantes a aprender-, se observa (tabla 94) que el profesorado de EF percibe que los estilos reproductivos ($M= 3.30$) muestran más beneficios para los estudiantes que los estilos productivos ($M= 3.08$). ($t(85)= 3,65$, $p< ,001$).

Tabla 94. Percepción de los beneficios de los estilos de enseñanza reproductivos y productivos

	M	DT	MIN	MAX
Percepción de los beneficios de los estilos reproductivos	3,30	0,45	2,20	4,47
Percepción de los beneficios de los estilos productivos	3,08	0,57	1,44	4,67

Nota. *M* = Media; *DT* = Desviación típica; *MIN*= Mínimo; *MAX*= Máximo

Si vemos detenidamente cada estilo de enseñanza (reproductivo y productivo), se observa que el estilo (tabal 95) correspondiente con los programas individuales ($M= 3,63$) es el que se percibe como más beneficioso para el alumnado según el profesorado de Educación Física, seguido de pensamiento divergente ($M= 3,56$), enseñanza recíproca ($M= 3.55$), mando directo y descubrimiento guiado ($M= 3,52$). En cambio el estilo resolución de problemas ($M= 2,38$) es, según estos mismos profesores, el que menos beneficios aporta al alumnado, seguido de la autoenseñanza ($M= 2,40$) y la inclusión ($M= 2,66$).

Tabla 95. Estadística descriptiva para la percepción de los beneficios de los estilos de enseñanza de Mosston

	M	DT	MIN	MAX
A. Mando directo	3,52	0,83	2	5
B. Enseñanza basada en la tarea	3,29	0,88	1	5
C. Enseñanza recíproca	3,55	0,85	1	5
D. Autoevaluación	3,52	0,83	2	5
E. Inclusión	2,66	0,81	1	4,33
F. Descubrimiento guiado	3,44	0,84	1,33	5
G. Resolución de problemas	2,38	0,94	1	5
H. Pensamiento divergente	3,56	0,72	2	5
I. Programas individuales	3,63	0,77	1	5
J. Alumnos iniciados	3,08	0,78	1	5
K. Autoenseñanza	2,40	1,09	1	5

Nota. *M* = Media; *DT* = Desviación típica; *MIN*= Mínimo; *MAX*= Máximo

Banville et al. (2004) estudiaron el uso de los EE en 373 profesores de EF. Sus resultados son básicamente coincidentes con los resultados de nuestro estudio, siendo los estilos reproductivos los más usados. La presencia de estos estilos reproductivos no es sorprendente teniendo en cuenta el estilo tradicional mayoritario en la enseñanza de la EF, con la gran mayoría de las decisiones, si no todas, basadas en términos de contenido a enseñar, transmisión de la información, acciones de comunicación generales, etc. (Florencia, Brunelle y Carlier, 1998).

Al comparar los resultados con los obtenidos en el estudio de Kulinna et al. (2000), vemos que son similares las proporciones en la que los profesores de EF utilizan claramente estilos reproductivos.

En relación a la percepción que tiene el profesorado de los beneficios de un EE en particular se observa que los reproductivos se perciben como más beneficiosos que los estilos productivos. Estos resultados también coinciden con lo hallado por Kulinna et al. (2000) en su estudio de 212 profesores de EF.

6.3.5.1. Relación de los estilos de enseñanza con las actitudes hacia la obesidad

Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre los estilos reproductivos y productivos y las actitudes explícitas hacia la obesidad. Los resultados (tabla 96) muestran que los estilos productivos se correlacionan de manera negativa y significativa con la puntuación total del AFA y con la subescala fuerza de voluntad. Es decir, que cuanto mayor sea el uso de estilos productivos por parte del profesorado sus menos negativas son sus actitudes hacia la obesidad de manera global y más concretamente en lo referente a la percepción de que la obesidad depende de la fuerza de voluntad.

Tabla 96. Correlaciones de uso de estilos de enseñanza reproductivos y productivos las actitudes explícitas negativas hacia la obesidad

	AFA	AFA aversión	AFA miedo a engordar	AFA fuerza de voluntad
Estilos reproductivos	,10	,07	,06	,06
Estilos productivos	-,22*	-,16	-,03	-,23*
	M= 3,95 (DT= ,65)	M= 2,40 (DT= ,99)	M= 5,38 (DT= 1,89)	M= 6,15 (DT= 1,74)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación típica

Si se correlaciona cada estilo por separado con las actitudes hacia la obesidad, se puede observar (tabla 97) efectivamente que los estilos descubrimiento guiado y autoenseñanza (estilos encuadrados dentro de los productivos) se correlacionan de manera negativa y significativa con la puntuación total del AFA y con las subescala de fuerza de voluntad. Es decir, que el profesorado de EF que más utiliza los estilos descubrimiento guiados y autoenseñanza tiene actitudes menos negativas hacia la obesidad de manera global y más concretamente en relación con la percepción de que la las personas están obesas porque no tienen fuerza de voluntad. También se puede ver que el estilo de enseñanza inclusión (estilo encuadrado dentro de los reproductivos) se correlaciona de manera positiva y significativa con la puntuación total del AFA. Es decir, que el profesorado que más utiliza el estilo de inclusión, basado en niveles de dificultad, tiene actitudes más negativas hacia la obesidad.

Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre la percepción de los beneficios de los estilos reproductivos y productivos y las actitudes explícitas hacia la obesidad. Los resultados (tabla 98) muestran que los estilos reproductivos se correlacionan de manera positiva y significativa con la subescala del AFA fuerza de voluntad. Es decir, que el profesorado que percibe que los estilos reproductivos son más beneficiosos tiene actitudes más negativas hacia la obesidad, concretamente en relación a la percepción de que la obesidad depende de la fuerza de voluntad.

Tabla 97. Correlaciones de uso de estilos de enseñanza de Mosston y las actitudes explícitas negativas hacia la obesidad

	AFA	AFA aversión	AFA Miedo a engordar	AFA fuerza de voluntad
A. Mando directo	,09	,02	,12	,05
B. Enseñanza basada en la tarea	,00	-,03	,11	-,07
C. Enseñanza recíproca	-,00	,03	-,06	,01
D. Autoevaluación	-,07	,00	-,09	-,05
E. Inclusión	,23*	,15	,10	,20
F. Descubrimiento guiado	-,26*	-,16	-,14	-,22*
G. Resolución de problemas	-,10	-,07	-,02	-,10
H. Pensamiento divergente	-,13	-,18	,03	-,08
I. Programas individuales	-,17	-,09	-,06	-,17
J. Alumnos iniciados	-,13	-,14	,08	-,19
K. Autoenseñanza	-,15	-,04	-,04	-,22*
	M= 3,95 (DT= ,65)	M= 2,40 (DT= ,99)	M= 5,38 (DT= 1,89)	M= 6,15 (DT= 1,74)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación típica

Tabla 98. Correlaciones de la percepción de los beneficios de los estilos de enseñanza reproductivos y productivos las actitudes explícitas negativas hacia la obesidad

	AFA	AFA aversión	AFA miedo a engordar	AFA fuerza de voluntad
Percepción de los beneficios de los estilos reproductivos	,16	,10	-,03	,26*
Percepción de los beneficios de los estilos productivos	-,07	-,10	-,06	,04
	M= 3,95 (DT= ,65)	M= 2,40 (DT= ,99)	M= 5,38 (DT= 1,89)	M= 6,15 (DT= 1,74)

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación típica

Si se correlaciona cada estilo por separado con las actitudes negativas hacia la obesidad, se puede observar efectivamente que el estilo inclusión (estilo encuadrado dentro de los reproductivos) se correlaciona de manera positiva y significativa con la puntuación total del AFA y con las subescala aversión. Es decir, que el profesorado de EF que

percibe más beneficios en el estilo inclusión tiene actitudes más negativas hacia la obesidad de manera global y más concretamente tienen una mayor aversión hacia la obesidad.

Hasta la fecha, en la literatura no se ha encontrado ninguna investigación que estudie las relaciones entre las actitudes hacia la obesidad y los EE de los profesores de EF.

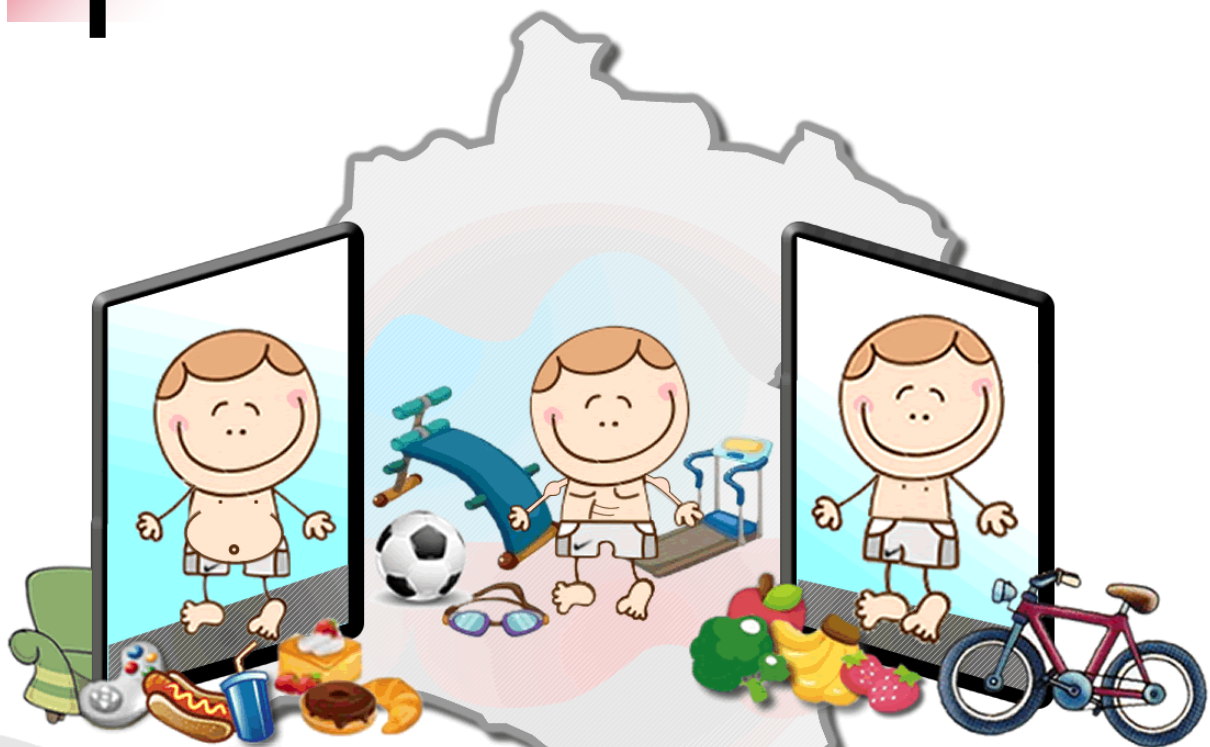
Nuestros resultados muestran que el profesorado que más utiliza los estilos productivos tiene actitudes menos negativas hacia la obesidad de manera global y más concretamente en lo referente a la percepción de que la obesidad depende de la fuerza de voluntad. Igualmente, el profesorado que percibe que los estilos reproductivos son más beneficiosos tiene actitudes más negativas hacia la obesidad, concretamente en relación a la percepción de que la obesidad depende de la fuerza de voluntad.

Por una parte, Crandall (1994) y Crandall y Schiffhauer (1998) sugieren que los resultados del estigma de la obesidad parten de una ideología social que utiliza las atribuciones negativas para explicar los resultados negativos de la vida. Argumentan que los valores conservadores tradicionales, proporcionan una base para las actitudes negativas hacia la obesidad, donde las personas obtienen lo que se merecen y son responsables de sus situaciones en la vida (Crandall y Martínez, 1996). Tradicionalmente los valores conservadores consistente en ideologías autoritarias reflejan el rechazo a las personas obesas acompañadas de una ideología social de culpa. Las actitudes negativas hacia la obesidad se correlacionan positivamente con el conservadurismo político, el racismo simbólico y el autoritarismo (Crandall, 1994).

Por otra parte, el EE según Altet (1994) es una combinación entre tres dimensiones: estilo personal, estilo relacional y estilo didáctico. En el estilo personal se incluye la personalidad del profesorado, las actitudes, sus opiniones, valores, ideología...La literatura científica muestra que los estudiantes utilizan los estilos de aprendizaje que sean compatibles con

sus tipos de personalidad (Zhang, 2004). Este mismo autor, tres años más tarde, estudió las preferencias de los EE por parte de sus profesores de 254 estudiantes universitarios de EF. Los resultados sugieren que los estudiantes prefieren los EE que hacen juego con sus tipos de personalidad. Independientemente a esto, estaban abiertos también a otros EE que complementen su tipo de idiosincrasia (Zhang, 2007).

En conclusión, y estableciendo las relaciones por una lado, entre actitudes negativas hacia la obesidad y la ideología y entre los EE y el estilo personal del profesorado, en nuestra investigación existe una relación entre las actitudes hacia la obesidad del profesorado de EF y el EE utilizado en sus clases. El profesorado que tiende a mostrar fuertes actitudes negativas hacia la obesidad, tiende a utilizar menos los EE productivos (como en la relación entre actitudes e ideología; las actitudes negativas hacia la obesidad se relacionan con una ideología más autoritaria) y a considerar más beneficiosos los estilos reproductivos.



CAPÍTULO 7

LIMITACIONES, IMPLICACIONES
DIDÁCTICAS, CONCLUSIONES Y
PERSPECTIVAS DE FUTURO DE
INVESTIGACIÓN

7.1. Limitaciones del estudio

Son varias las limitaciones que se podrían considerar en este estudio de investigación que ha proporcionado gran cantidad de resultados respecto a la IC y las actitudes hacia la obesidad.

En primer lugar, incidir en las características propias de realizar un estudio en una muestra que abarca la población estudiantil. Existen limitaciones inherentes al contexto ya que los centros educativos y la población escolar está sometida a un continuo proceso de cambio influenciado por la sociedad que lo envuelve. Además, hay que destacar la variabilidad del alumnado en relación al estatus socioeconómico de sus familias. No hemos tenido en cuenta el nivel de estudios de los padres y madres ni sus ingresos. Esta variabilidad repercute en la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables así como en la concepción de la propia IC y las actitudes hacia la obesidad.

Otra de las limitaciones está relacionada con la naturaleza de los instrumentos de medida. En relación a la IC, el instrumento BIATQ no es muy utilizado en la literatura científica ya que Cash justo después de su validación comenzó a hacer uso de una nueva escala de medida del aspecto cognitivo de la IC (ASI-R -Cash y Grasso, 2005). No obstante, en este estudio se ha usado el BIATQ debido a que es el único cuestionario validado al español que mide el aspecto cognitivo de la IC.

En lo que respecta a la medida de la AF habitual, basamos nuestra recogida de datos en el cuestionario Yesterday Activity Checklist (Sallis et al., 1993) validado al español por Tercedor y López (1999), teniendo en cuenta la limitación del factor tiempo y medios o recursos a emplear. En primer lugar, señalar que se trata de una medida no objetiva de la AF. Añadir que no se realizó una validación específica del IAF en la muestra de estudio, tal como realizaron Martín-Matillas (2007) y Chillón (2005), mediante un estudio separado que incluía una pregunta para el contraste del IAF: “¿Prácticas actualmente alguna AF fuera del horario escolar?” Para el cálculo de dicho índice, realizamos un análisis factorial de

componentes principales con rotación varimax de las variables cuantitativas correspondiente a los METS de verano, sábado, domingo y diario, obteniéndose un valor que es el IAF. Es un valor relativo, útil para comparar la cantidad de práctica entre los sujetos y para establecer correlaciones y regresiones con otras variables.

Finalmente, en relación a la evaluación de las actitudes hacia la obesidad, sólo hemos utilizado medidas implícitas (IAT) para el profesorado, teniendo en cuenta el alto coste que supondría la licencia del programa "Inquisit 3" si se hubiera pasado al alumnado.

7.2. Implicaciones didácticas para la mejora de la IC y las actitudes hacia la obesidad

Posteriormente a la consecución de los objetivos propuestos en esta investigación, se propone un segundo paso con ideas de perspectiva de futuro. Se trata de algunas implicaciones didácticas para la mejora de la IC y las actitudes hacia la obesidad en la ESO. Estas implicaciones nacen a posteriori con la profundización del estudio de la IC de un trabajo fin de máster.

La idea de realizar esta propuesta surge ante la problemática existente de insatisfacción corporal y AF en la escuela. Creemos (como se ha justificado en el capítulo 4) que la IC puede y debe formar parte como contenido transversal en el área de EF. Además autores como Sáenz-López (2011) hablan de otro tipo de escuela: *"El currículum de este sistema educativo en lugar de estar basado en el contenido, la asignatura, ... estaría basado en el conocimiento de uno mismo, en la búsqueda de la felicidad, en el control de las emociones, en la empatía, en la capacidad de motivarnos por las cosas, en descubrir la pasión de cada uno"*. Consideramos importante para la mejora de la IC y las actitudes hacia la obesidad, el conocimiento de uno mismo, el control de las emociones y la empatía para el tratamiento de este constructo tan complejo que está haciendo mella en la sociedad.

Los educadores deben ser conscientes que los estereotipos sobre el peso son fuertes sobre todo en el género femenino, llegando a provocar infelicidad con el cuerpo que se está desarrollando mediante un proceso natural. Para los chicos la IC está vinculada con la masculinidad, musculatura y deporte. Los chicos que practican algún deporte son más privilegiados que aquellos que no lo hacen. Éstos, pueden llegar a estar incómodos en la participación de las clases de EF.

Los programas de prevención de la salud en IC en las escuelas pueden guiar a los estudiantes a entender y a aceptar las diferencias del propio cuerpo. Los estudiantes necesitan adquirir salud y actitudes realistas hacia su propia IC.

La propuesta de intervención de IC en la escuela sería abordada desde un modelo socio-crítico de EF orientada a la salud. Se fundamenta desde el punto de vista de la sociología y la salud tratando de crear ambientes más saludables. Es un modelo crítico respecto a la cultura física, cuerpo y deporte, fomentando una actitud reflexiva en el alumnado (Chillón, 2005). Favorece el trabajo y la discusión colectiva de temas de AF y salud, en este caso, de la IC, el ideal de belleza y los estereotipos femeninos y masculinos. Las características de este modelo son las siguientes (Devís y Peiró, 1992):

- Fundamentación científica: ciencias sociales, sociología crítica y de la EF y psicología social.
- Caracterización de la EF y salud: crítica social e ideológica.
- Orientación pedagógica: pedagogía crítica.
- Dirección y propósitos de la enseñanza: concienciación crítica como punto de partida para la transformación y el cambio social; proceso de capacitación personal y grupal dirigido a la emancipación.
- Visión de la salud: salud como construcción social; acción individual y colectiva para crear ambientes saludables.

Tal y como indican los mencionados autores, el modelo socio-crítico tiene una serie de aportaciones y limitaciones fundamentales. Dentro de las aportaciones se destaca favorecer la conciencia crítica en el alumnado, analizando la salud y la AF dentro de un contexto social y cultura. Capacita a los estudiantes para la reflexión crítica y el cambio social y favorece la reflexión, discusión y materiales críticos. En lo referente a las limitaciones, dicho modelo niega la capacidad de elección individual y se centra exclusivamente en la discusión y las clases teóricas.

La propuesta de intervención en EF que propongo, combinaría con técnicas cognitivo-conductuales que inciden en la dimensión global, cognitiva y comportamental de la IC.

Los objetivos principales de esta intervención serían prevenir y reducir la insatisfacción corporal y promover una IC positiva a través de la práctica de AFD, fomentando la autoestima, la salud y la condición física de los estudiantes debido al carácter socializador de la EF. Los objetivos específicos que se pretenden son los siguientes:

- Entender que cualquier tipo de AF o deporte puede beneficiar la salud corporal y por tanto la IC.
- Adoptar una postura de responsabilidad y compromiso hacia el cuidado corporal y la propia salud.
- Desarrollar la autonomía y honestidad del alumnado.
- Desarrollar valores positivos entre el alumnado.
- Desarrollar una postura crítica frente a los mensajes publicitarios y las modas.
- Crear hábitos saludables de AF deportiva
- Diferenciar las comidas saludables de las que no lo son, y aprender a comer sano.
- Aceptar y respetar las diferencias de los demás.
- Expresar a los demás nuestros sentimientos y deseos.

Mi propuesta de intervención se realizaría mediante una unidad didáctica (UD), que lleva por título "La IC: aceptación del propio cuerpo". Ha sido elaborada para 4º de la ESO. Tiene 7 sesiones (anexo 4) y cada una lleva asociada un material curricular específico (anexo 5).

En primer lugar se justifica la intervención con los elementos del currículum.

Competencias básicas, objetivos didácticos relacionados con los de etapa, área y capacidades a las que se puede contribuir

- Competencias básicas, objetivos de etapa y área a los que se atribuyen (Real Decreto 1631/ 2006 y 231/2007).

3. Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico y natural. Esta materia proporciona conocimientos y destrezas sobre determinados hábitos saludables que acompañarán a los jóvenes más allá de la etapa obligatoria. Además, aporta criterios para el mantenimiento y mejora de la condición física, sobre todo, de aquellas asociadas a la salud. Esta competencia se trabaja de forma específica en la sesión 5, y de forma general en las demás sesiones.

5. Competencia social y ciudadana. Facilita la integración y fomenta el respeto, la cooperación, la igualdad y el trabajo en equipo. Esta competencia se trabaja a lo largo de toda las sesiones.

8. Competencia en autonomía e iniciativa personal. Se otorga protagonismo al alumnado en el trabajo en grupos. Esta competencia se trabaja en todas las sesiones, y más en concreto en las actividades que son por grupos.

6. Competencia cultural y artística. Se pone al alumnado en situaciones diferentes a las que ellos viven. Esta competencia se trabaja en las sesión siete.

A continuación se citan los objetivos de etapa y área a los que se contribuye desde esta UD.

Real Decreto 1631/2006

k) Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la EF y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social. Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad. Valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente, contribuyendo a su conservación y mejora.

1. Conocer los rasgos que definen una AF saludable y los efectos beneficiosos que esta tiene para la salud individual y colectiva.
2. Valorar la práctica habitual y sistemática de actividades físicas como medio para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida.
4. Conocer y consolidar hábitos saludables, técnicas basadas de respiración y relajación como medio para reducir desequilibrios y aliviar tensiones producidas en la vida cotidiana y en la práctica físico – deportiva.
8. Mostrar habilidades y actitudes sociales de respeto, trabajo en equipo y deportividad en la participación en actividades, juegos y deportes, independientemente de las diferencias culturales, sociales y de habilidad.
9. Practicar y diseñar actividades expresivas con o sin base musical, utilizando el cuerpo como medio de comunicación y expresión creativa.
10. Adoptar una actitud crítica ante el tratamiento del cuerpo, la AF y el deporte en el contexto social.

Contenidos de la unidad didáctica

Teniendo en cuenta que en el R.D. 1631/2006 no hay un contenido que referencie a la IC de forma específica, se encuadra dicha UD en los bloques de contenidos oficiales de AF y salud y expresión corporal.

Conceptos

- Desarrollo y diferenciación de los diferentes test de evaluación.
- Estudio del deporte o AF como medio para una vida saludable.
- Conocimiento del concepto de IC a través de la AF y el deporte.

Procedimientos

- Práctica de la AF como medio para estar saludable.
- Desarrollo de las diferentes formas de tomar las pulsaciones.
- Realización de actividades con sentido educador para nuestra IC.
- Diferenciación de los mensajes publicitarios que nos transmiten los medios de comunicación.

Actitudes

- Valoración positiva de los compañeros.
- Aceptación del trabajo en equipo.
- Valoración de la AF como medio educador e integrador.
- Aceptación de sí mismo y de los compañeros.

Esta UD consta de 7 sesiones. En ella, se aboga por el papel protagonista del alumnado, por ello, proponemos actividades motivantes y del interés del mismo, así como también se les da la oportunidad de poner en juego su creatividad, formas de expresarse en diferentes situaciones de juego, etc.

En la sesión 1: "¿Cómo es nuestra imagen corporal?" se pretende llegar a conocer qué es la IC, descubrir cómo la hemos construido y conocer qué nos hace mantener esa IC.

En la sesión 2: "Valores y autoestima" se proyecta analizar la distorsión perceptiva y mejorar la percepción de las diferentes partes del cuerpo y de su totalidad, respetando el propio cuerpo y el del compañero.

En la sesión 3: "¿Qué nos dicen los medios de comunicación?" y en la sesión 4: "¿Nos incluyen las modas?" se pretende reflexionar sobre la influencia de la moda en nuestro propio concepto de IC.

En la sesión 5: "¿Por qué te mueves?" se quiere conseguir mejorar la manera de pensar acerca del cuerpo con la práctica de AF.

En la sesión 6: "¿Nuestra alimentación es sana?" se pretende cambiar posibles comportamientos de evitación de la IC relacionados con la alimentación.

En la sesión 7: "Exprésate" se intenta mejorar los sentimientos que produce la percepción y los pensamientos que se tiene acerca del cuerpo mediante la valoración crítica con contenidos propios de expresión corporal.

7.3. Conclusiones

En este punto se exponen las principales conclusiones que van a ser desarrolladas en respuesta a cada uno de los objetivos generales:

En relación a los instrumentos de medida

Objetivo 1. Validar al español los instrumentos empleados mediante el estudio de las propiedades psicométricas de los cuestionarios AFA y BIAQ.

- Las propiedades psicométricas del cuestionario AFA indican tres factores "aversión", "miedo a engordar" y "fuerza de voluntad" con una mínima modificación respecto al modelo original en relación al ítem 2 (*No tengo muchos amigos obesos*), perteneciente a la subescala Aversión que se elimina. Los resultados del análisis de la consistencia interna son satisfactorios para ambas muestras con un rango desde adecuado a bueno. Los resultados muestran que el modelo (excluyendo el ítem 2) tiene un ajuste bueno a los datos, siendo este ajuste significativamente mejor que el que presenta un modelo simple unifactorial.

- Los resultados de las propiedades psicométricas del cuestionario BIAQ muestran un ajuste aceptable del modelo. Las dimensiones BIAQ-Ropa, BIAQ-Actividades y BIAQ-Comida son buenos indicadores del factor general, mientras que la dimensión BIAQ-Chequeo presenta una

relación menos intensa. Los análisis de la fiabilidad del instrumento mostraron una buena consistencia interna para el total de la escala y una consistencia interna con un rango desde buena a moderada para las subescalas.

En relación al alumnado

Objetivo 2. Describir las características sociodemográficas del alumnado que constituye la muestra.

- La muestra de estudiantes estaba compuesta por un total de 1.890 estudiantes de ESO de la provincia de Huelva, con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años. El 50,7% pertenece al género masculino y el 49,1% al femenino. Participaron en el estudio de total de 45 IES.

Objetivo 3. Conocer la composición corporal del alumnado.

- El 84,3% de la muestra es normopesa, el 11,4% presenta sobrepeso y el 3,1% obesidad. Los chicos poseen de forma significativa mayor IMC que las chicas. Se observa que en la categoría de normopeso se encuentra el 82,8% de los varones y el 88,0% de las mujeres. En la categoría sobrepeso el 13,7% los chicos y el 9,2% de las chicas. En la categoría obesidad el 3,5% de los chicos y el 2,7% de las chicas.

Objetivo 4. Conocer la IC del alumnado de ESO.

- La silueta central (número 7) es la más elegida con un 14,1%. El 54,6% se percibe con siluetas inferiores a la central (tendencia a percibirse delgado) y el 31,3% con siluetas superiores a la central (tendencia a percibirse con sobrepeso-obesidad). Estadísticamente, se observan diferencias por género. La silueta percibida con mayor porcentaje que eligen los chicos es la número 7 (14,9%) y la que eligen las chicas la número 4 (15,1%). La percepción del alumnado está bastante ajustada a la realidad, de manera que el alumnado categorizado

en normopesose percibe con siluetas centrales y el categorizado en sobrepeso y obesidad tiende a percibirse con siluetas de mayor peso.

- En relación a la silueta deseada, la silueta número 4 es la más elegida (16,4%) seguida por la 3 (15,9%). La mayoría de los estudiantes (72,7%) desearía tener una silueta inferior a la central, el 13,1% quiere la silueta central y sólo un 14,1% desean figuras por encima de la silueta central. Por género, mientras el porcentaje de los chicos que desea tener una figura inferior a la central es del 55,5%, en el caso de las chicas este porcentaje llega al 90,6%. Por curso, el alumnado de 2º ciclo desea siluetas más delgadas que el de 1º ciclo. El porcentaje de alumnos categorizados como normopesos que desearían tener una figura inferior a la central es del 74,9%, siendo este porcentaje del 60,5% para los estudiantes con sobrepeso y del 55,2% en el caso de los estudiantes obesos.

- En relación a la diferencia entre la silueta percibida y la deseada, el 55,0% del alumnado desea tener menos peso del que perciben que tienen, el 20,6% desea tener más peso y el 24,4% está satisfecho. Teniendo en cuenta el género, las alumnas tienen una tendencia mayor a desear una figura más delgada (66,0%) que los alumnos (44,3%).

- La insatisfacción corporal global fue medida a través del BSQ-14. Las alumnas estaban más insatisfechas con su IC que los alumnos. Cuanto mayor era el IMC de los estudiantes mayor era su insatisfacción corporal. Los resultados también revelaron una gran concordancia entre las puntuaciones en el BSQ y la medida de la insatisfacción obtenida con la prueba de las siluetas.

- Las chicas presentan una mayor obsesión por la delgadez que los chicos. En cambio, en la dimensión bulimia del EDI los estudiantes presentan puntuaciones más elevadas que las chicas. Se encontraron relaciones directas entre la obsesión por la delgadez, la bulimia y la insatisfacción corporal. De igual manera, se halló que a mayor IMC mayor era la obsesión por la delgadez de los estudiantes. Los adolescentes que

presentan tendencia a la bulimia manifiestan mayor insatisfacción corporal. Con la edad aumentan también las tendencias bulímicas.

- En relación al aspecto cognitivo de la IC, las mujeres tienen más pensamientos negativos a causa de la apariencia física. En cuanto a los pensamientos positivos ocurre lo contrario, los hombres tienen más pensamientos positivos. Los estudiantes que muestran pensamientos negativos expresan mayor insatisfacción corporal, poseen mayor IMC, están más obsesionados con la delgadez y manifiestan tendencias bulímicas. Los que poseen pensamientos positivos tienen menor insatisfacción corporal, IMC y obsesión por la delgadez.

- En relación a la dimensión comportamental de la IC, las chicas presentan más conductas de evitación que los chicos. Mientras que los alumnos más jóvenes, de 1º de ESO, son los que muestran más conductas de evitación relativas al modo de llevar la ropa, a las actividades sociales y a la restricción de comida, los alumnos mayores, de 3º y 4º, muestra más conductas de chequeo. Los estudiantes que emiten más conductas de evitación muestran una mayor insatisfacción corporal, obsesión por la delgadez y bulimia. Además existe una relación directa entre las conductas de evitación y los pensamientos negativos en relación a la apariencia física.

Objetivo 5. Estudiar el nivel de AF habitual del alumnado de ESO.

- Los resultados muestran un mayor gasto energético en chicos que en chicas y para los estudiantes de 1er ciclo. Cuando se analiza la frecuencia en verano, se observa que el 51,9% no practica frente al 48,1% que realiza una o varias actividades físicas. Durante el fin de semana el 30,2% no hace y el 69,8% sí lo hace una o varias veces. Por último si se analiza la práctica de AF a diario, el 45,8% no practica ninguna y el 54,2% practica al menos una AF.

- Las AFD más practicadas por los hombres son fútbol, natación, fútbol sala, ciclismo, tenis y baloncesto. Siendo los menos practicados el

esquí, el aerobio-gimnasia rítmica, expresión corporal y danza. En cambio, las chicas practican más natación, ciclismo, danza, voleibol y aerobio. Y practican en menor medida rugby, hockey y esquí.

- No hay diferencias en el IMC cuando se compara a los adolescentes que practican con aquellos que no practican AFD.

- Los estudiantes que practican AF están más satisfechos con su IC. El alumnado que practica AF tiene más pensamientos positivos sobre su apariencia física y emiten menos conductas de evitación respecto al modo de llevar la ropa y menos conductas de chequeo. No se encontraron diferencias significativas en las conductas de evitación relacionadas con actividades sociales y con restricción de comida.

Objetivo 6. Estudiar las actitudes hacia la obesidad en el alumnado de ESO.

- Cuanto mayor es la aversión hacia la obesidad mayor es la atribución de la obesidad a la falta de fuerza de voluntad y el miedo a engordar. Las chicas presentan actitudes más negativas hacia la obesidad que los chicos de manera general y en las subescalas miedo a engordar y fuerza de voluntad. En relación a la puntuación total del AFA, y en la subescala de aversión, el alumnado de 1er ciclo de la ESO muestra actitudes más negativas hacia la obesidad. En cambio, el alumnado de 2º ciclo de la ESO muestra mayor miedo a engordar que el de 1º ciclo.

- A mayor IMC mayores actitudes negativas hacia la obesidad en general y para cada una de las dimensiones.

- Los estudiantes que presentan mayor aversión hacia la obesidad muestran mayor insatisfacción corporal, bulimia, pensamientos negativos a causa de su apariencia física y conductas de evitación hacia la IC en el modo de llevar la ropa y en las actividades sociales.

- El alumnado que presenta miedo a engordar y asocia estar obeso con la falta de fuerza de voluntad muestra mayor insatisfacción corporal,

obsesión por la delgadez, pensamientos negativos y conductas de evitación de la IC en todas las dimensiones.

- Los sujetos que practican AF muestran menor miedo a engordar. No hay correlaciones significativas entre el IAF y las subescalas aversión y fuerza de voluntad. Por el contrario, cuanto mayor es la práctica de AF menor es el miedo a engordar.

En relación al profesorado

Objetivo 7. Describir las características sociodemográficas del profesorado que constituye la muestra.

- El profesorado que compone la muestra asciende a un total de 161. El 53,4% es de EF, y el 46,6% de MAT. Sus edades están comprendidas entre los 25 y los 58 años.

Objetivo 8. Conocer la composición corporal del profesorado, comparando al profesorado de EF y Matemáticas (MAT).

- Algo más de la mitad de la muestra es normopesa. El porcentaje de obesos es inferior al 9% y el de profesores muy delgados inferior al 2%. Los hombres tienen mayor IMC que las mujeres. El profesorado de MAT tiene un mayor IMC que el profesorado de EF.

Objetivo 9. Conocer la IC del profesorado de EF de ESO, comparándolo al de MAT.

- La mayoría del profesorado se percibe dentro de un rango de normalidad, tendiendo a siluetas que presentan delgadez. Las mujeres se perciben con siluetas que se orientan hacia la delgadez, y los varones con siluetas más centrales correspondientes al normopeso. El profesorado de EF se percibe con siluetas correspondiente al normopeso, y el profesorado de MAT con siluetas centrales tendiendo levemente al sobrepeso. La mayoría del profesorado desea una silueta con tendencia

al normopeso. Las mujeres desean una silueta delgada en comparación con los varones.

- La mayor parte del profesorado desearía tener menos peso del que perciben tener. Las mujeres están más insatisfechas con su peso que los hombres. En relación a la docencia, el profesorado de EF está más satisfecho que el de MAT.

- En relación a la insatisfacción corporal medida a través del BSQ, el 83,9% de la muestra no está preocupada por su IC, aunque a mayor IMC mayor insatisfacción corporal. Las mujeres están más preocupadas con su IC. El profesorado de MAT tiene más preocupación por su IC que el de EF. No existen relaciones estadísticamente significativas de la insatisfacción corporal del profesorado con la insatisfacción ni la práctica de AF del alumnado.

Objetivo 10. Estudiar las actitudes hacia la obesidad en el profesorado de EF comparándolo con el de MAT.

- Por lo que respecta a las actitudes explícitas, a mayor aversión hacia la obesidad mayor es la atribución de ésta a la falta de fuerza de voluntad. No hay relación estadísticamente significativa entre las dimensiones aversión y miedo a engordar. Los profesores que presentan actitudes más negativas hacia la obesidad en general, mayor miedo a engordar y una concepción de la obesidad más ligada a la falta de fuerza de voluntad están más insatisfechos con su IC. Cuanto mayor es el IMC menor es la aversión hacia la obesidad. En cambio, no existe correlación entre el IMC y las otras dimensiones del AFA. Las mujeres atribuyen menor fuerza de voluntad a las personas obesas. No hay diferencias significativas de las actitudes explícitas atendiendo a la materia que imparte el profesorado.

- El 86,3% de la muestra tiene actitudes implícitas negativas hacia la obesidad frente al 13,7% que presenta actitudes positivas. De la misma manera, el 65,8% del profesorado tiene estereotipos negativos referentes

a la obesidad frente al 34,2% que posee estereotipos positivos. A mayores actitudes implícitas negativas, mayor tendencia a presentar una concepción estereotipada de la obesidad. Cuando analizamos las diferencias de género referidas a los estereotipos (delgadez= activo y obesidad= perezoso) encontramos que los hombres tienen una visión de la obesidad más estereotipada. En cambio, no se encuentran diferencias entre hombres y mujeres en las actitudes implícitas hacia la obesidad (delgadez= bueno y obesidad= malo). Los profesores de MAT tienen una visión de la obesidad más estereotipada que el profesorado de EF. Los profesores con una visión más estereotipada de los obesos tienen menor insatisfacción corporal. No se encontraron diferencias significativas entre las actitudes implícitas hacia la obesidad con ninguna de las variables de la IC.

- A mayor miedo a engordar del profesorado de EF, mayores actitudes explícitas negativas y mayor atribución de falta de fuerza de voluntad hacia la obesidad del alumnado.

Objetivo 11. Conocer los EE del profesorado de EF de Secundaria Obligatoria.

- El profesorado de EF utiliza más los estilos reproductivos que los productivos. El más empleado es el mando directo, seguido de los programas individuales y de la enseñanza recíproca. Los menos usados son la autoenseñanza y la resolución de problemas. Perciben que los estilos reproductivos ofrecen más beneficios para los estudiantes.

- El profesorado que utiliza estilos productivos tiene actitudes menos negativas hacia la obesidad. También cree que la obesidad depende menos de la fuerza de voluntad. El profesorado que percibe que los estilos reproductivos son más beneficiosos tiene actitudes más negativas hacia la obesidad, concretamente en relación a la percepción de que la obesidad depende de la fuerza de voluntad.

Conclusions

At this point we would like to outline the main conclusions that are going to be developed in response to each of the general objectives:

Regarding the instruments

Objective 1. To validate in Spanish the instruments utilized throughout the study of the psychometric properties of the AFA and BIAQ questionnaires

- The psychometric properties of the AFA questionnaire indicate three factors: “aversion”, “fear of becoming fat” and “willpower”, with a minimal modification regarding item two of the original model, (“I haven’t got many obese friends”), under the subscale “Aversion” which is eliminated. The results of the internal consistency analysis are satisfactory for both samples, ranging from adequate to good. The results show that the model, (excluding item two) adjust well to the data, with this adjustment being significantly better than the single factorial simple model.

- The results of the psychometric properties of the BIAQ questionnaire display an acceptable adjustment of the model. The dimensions BIAQ-Clothes, BIAQ-Activities and BIAQ-Food are good indicators of the general factor, whilst the dimension BIAQ-check presents a less intense relation. The analysis of the viability of the instrument shows a good level of internal consistency for the total of the scale, and an internal consistency with a range from good to moderate for the subscales.

Regarding the students

Objective 2. To describe the socio-demographic characteristics of the students making up the sample group.

- The sample of students was made up of 1,890 11 to 18 year old secondary school students from the province of Huelva. Males made up 50.7% of the sample and females 49.1%. 45 Secondary schools took part in the study.

Objective 3. To gain knowledge about the body composition of the student sample.

- 84.3% of the sample weighed are normal weight; 11.4% are overweight and 3.1% were obese. It was observed that 82.8% of the males and 88.0% of the females are within the normal-weight category. 13.7% of the boys and 9.2% of the girls are in the overweight category. 3.5% of the males and 2.7% of the girls are categorized as obese.

Objective 4. To get to know more about the body image of the sample of secondary students.

- The central silhouette (number 7) is the most frequently chosen at 14.1%. 54.6% perceive themselves to have slimmer silhouettes than the central, (the tendency to perceive oneself as slim), and 31.3% with larger silhouettes than the central, (the tendency to perceive oneself as overweight-obese). These perceptions differ according to gender. The silhouette perceived by the greatest percentage of males is number 7, (14.9%), and that chosen by the females is number 4 (15.1%). The perception of the students is well adjusted to the reality, in such a way that the students categorized as normal weight perceive themselves as having central silhouettes, and those categorized as overweight and obese tend to see themselves with heavier looking silhouettes.

- Regarding the desired silhouette, silhouette number 4 is the most chosen (16.4%), followed by number 3, (15.9%). Most of the students, (72.7%) wished to have a silhouette slimmer than the central one. 13.1% wanted the central silhouette, and only 14.1% desired the figures above the centre silhouette. Taking into consideration gender, the percentage of boys who wanted a figure below the central silhouette is 55.5%, whilst among the girls this percentage reached 90.6%. Filtering by school course, the 3rd and 4th year students wanted slimmer silhouettes than the 1st and 2nd year students. The percentage of students categorized as normal weight who desired a silhouette slimmer than the central one is

74.9%, whilst this figure was 60.5% for overweight students and 55.2% for obese students.

- Regarding the difference between the perceived and the desired silhouette, 55.0% of the students wish they weighed less than what they perceive themselves to weigh; 20.6% wish to weigh more, and 24.4% are satisfied with their weight. Taking gender into account, the female students have a greater tendency to wish to be slimmer, (66.0%) compared to the males, (44.3%).

- Global corporal dissatisfaction was measured through the BSQ-14. The female students were more dissatisfied with their BI than the male students. The higher the BMI of the students, the greater their corporal dissatisfaction. The results also revealed a great deal of concordance between the BSQ scores and the measure of dissatisfaction obtained with the silhouette test.

- The girls showed a greater obsession about slimming than boys. By contrast, in the bulimia dimension of the EDI the male students manifested higher scores than the females. Direct relations between an obsession with thinness, bulimia and corporal dissatisfaction were found. In the same way, it was found that the greater the BMI the greater the students' obsession with thinness was. The adolescents who presented a tendency to bulimia manifested greater corporal dissatisfaction. Furthermore, bulimic tendencies increased with age.

- Regarding the cognitive aspect of BI, women have more negative thoughts rooted in their physical appearance. As far as males are concerned, the opposite occurs, they have more positive thoughts. The students who display negative thoughts also express greater corporal dissatisfaction, possess a greater BMI, are more obsessed with slimness and manifest bulimic tendencies.

- Corporal dissatisfaction is lower in those whose thinking is positive as is their BMI and obsession with thinness.

- Regarding the behavioural dimension of BI, the females present more avoidance behaviour than the males. Meanwhile, the youngest students, from the first year of secondary school, are the group that demonstrate most avoidance behaviour in respect to the way they wear their clothing, to social activities and to food limitations, the older students, from the 4th and 5th years, displaying more self-checking behaviours. The students who emit the most avoidance behaviours also display greater corporal dissatisfaction, obsession with slimness and bulimia. Furthermore, a direct relationship between avoidance behaviours and negative thoughts regarding physical appearance exists.

Objective 5. To study the habitual PA level of the secondary school students.

- The results show that boys expend more energy compared to girls in the first two years of secondary education. When the frequency of PA in summer is analysed, it is observed that 51.9% do not take part in PA compared to 48.1% that take part in one or various physical activities. At the weekend 30.2% do not do PA whereas 69.8% do once or several times. Lastly, if the practice of PA is analysed on a daily basis, 45.8% do not practice at all, and 54.2% take part in at least one PA.

-The PAs that are most practised by the male students are football, swimming, cycling, tennis and basketball. The least practiced PAs are skiing, aerobic rhythmic gymnastics, corporal expression and dance. By contrast, the females take part in swimming, cycling, dance, volleyball and aerobics, whilst they play less rugby, hockey and skiing.

- There are no differences in the BMI when adolescents who take part in PA are compared with those who do not.

- The students who do PA are more satisfied with their BI. The students who do PA have more positive thoughts regarding their physical appearance and display less avoidance behaviours regarding the manner in which they dress and less checking behaviour. No significant

differences were found in the avoidance behavior with regard to social activities and with food limitation.

Objective 6. To study the attitudes towards obesity in the secondary school.

- The greater the aversion to obesity, the greater the attribution of obesity to a lack of willpower and the fear of becoming fat. The girls present more negative attitudes towards obesity than the boys in general, and the same attitudes are evident in the subscales fear of becoming fatter and willpower. Regarding the total AFA score and in the aversion subscale, the 1st and 2nd year secondary students demonstrate more negative attitudes towards obesity. By contrast, the 3rd and 4th year secondary students demonstrated greater fear of becoming fat than those of the 1st and 2nd year.

- The greater the BMI, the greater the number of negative attitudes towards obesity in general and for each of the dimensions.

- The students that manifested a greater aversion towards obesity show a greater level of corporal dissatisfaction, bulimia, negative thoughts due to their physical appearance and avoidance behaviors towards BI in the way of dressing and in social activities.

- The students who displayed a fear of becoming fat and associate being obese with a lack of willpower show a greater level of corporal dissatisfaction, obsession with slimness, negative thoughts and avoidance behavior of BI in all dimensions.

- The subjects who do PA show less fear of becoming fat. There are no significant correlations between the PAI and the subscales aversion and willpower. On the contrary, the greater the practice of PA the lower the fear of becoming fat.

Regarding the teachers

Objective 7. To describe the socio-demographic characteristics of the teachers that constitute the sample.

- 161 teachers make up the sample. 53.4% are PE teachers and 46.6% are mathematics teachers, and they are aged between 25 and 58 years old.

Objective 8. To know the corporal composition of the teachers, comparing the PE and mathematics (MAT) teachers.

- More than half of the sample are normal weight. The percentage in the obese category is lower than 9%, and the very slim teachers account for less than 2%. The men have a greater BMI than the women. The maths teachers have a greater BMI than the PE teachers.

Objective 9. To know the BI of the secondary school PE teachers compared to maths teachers.

- Most of the teachers perceive themselves to be within the range of normality, tending to choose silhouettes which appear slim. The women perceive themselves to have silhouettes which appear slim whereas the males perceive themselves to have normal weight silhouettes. The PE teachers perceive their silhouettes to be normal weight, and the maths teachers perceive central silhouettes tending towards overweight. Most of the teachers wish to have a normal weight silhouette. The women desire a slim silhouette compared to the males.

- Most of the teachers would wish to have less weight than that which they perceive themselves to have. The women are more dissatisfied with their weight than the men. As far as the teachers are concerned, the PE teachers are more satisfied than those of maths.

- Regarding the corporal dissatisfaction measured through the BSQ, 83.9% of the sample are not worried by their BI, although the greater the BMI the greater the corporal dissatisfaction. Women are more worried

about their BI. The maths teachers are more worried by their BI than the PE teachers. No significant statistical correlation exists between the corporal dissatisfaction of the teachers and that of their students, nor their PA.

Objective 10. To study the attitudes towards obesity among the teachers of PE compared to those of maths.

- Regarding explicit attitudes, the greater the aversion towards obesity, the greater the attribution of it to a lack of willpower. There is no significant statistical relationship between the dimensions aversion and the fear of becoming fat. The teachers who, in general, present more negative attitudes towards obesity, greater fear of becoming fat and a conception of obesity more linked to the lack of will power, are more dissatisfied with their BI. The greater their BMI the less is their aversion towards obesity. By contrast, no relationship exists between the BMI and the other dimensions of the AFA. Women attribute less willpower to obese people. There are no significant differences in teachers' explicit attitudes from teachers of one subject to another.

- 86.3% of the sample have negative implicit attitudes towards obesity while 13.7% have positive attitudes. In the same way, 65.8% of the teachers have negative stereotypes regarding obesity, while 34.2% have positive stereotypes. The greater the implicit negative attitude, the greater the tendency to manifest a stereotyped conception of obesity. With reference to stereotypes, (slimness = active and obesity= lazy) when we analyse the gender differences, we find that men have a more stereotypical impression of obesity. On the other hand, no differences between men and women are found regarding the implicit attitudes towards obesity (slimness = good and obesity = bad). The maths teachers have a more stereotypical perception of obesity than the PE teachers. The teachers with a more stereotypical perception of obese people have less corporal dissatisfaction.

- The greater the PE teachers' fear of becoming fat, the greater the explicit negative attitudes and the greater the attribution of lack of willpower towards obese students.

Objective 11. To know the TS of the secondary PE teachers.

- The PE teachers use reproductive styles more than productive ones. Direct command is the style most frequently employed, followed by individual programmes and reciprocal teaching. The least used styles are self-teaching and problem solving. They perceive the reproductive styles as offering more benefits for students.

- The teachers who use productive styles have less negative attitudes towards obesity. They also believe that obesity depends less on willpower. The teachers who perceive that reproductive styles are more beneficial have more negative attitudes towards obesity, specifically with regard to the perception that obesity depends on willpower.

7.4. Perspectivas de futuro

Todas las personas que hemos hecho posible este estudio pensamos que una vez llegados a este punto, más que percibir una finalización lo que se nos abre es un amplio margen de posibilidades a investigar.

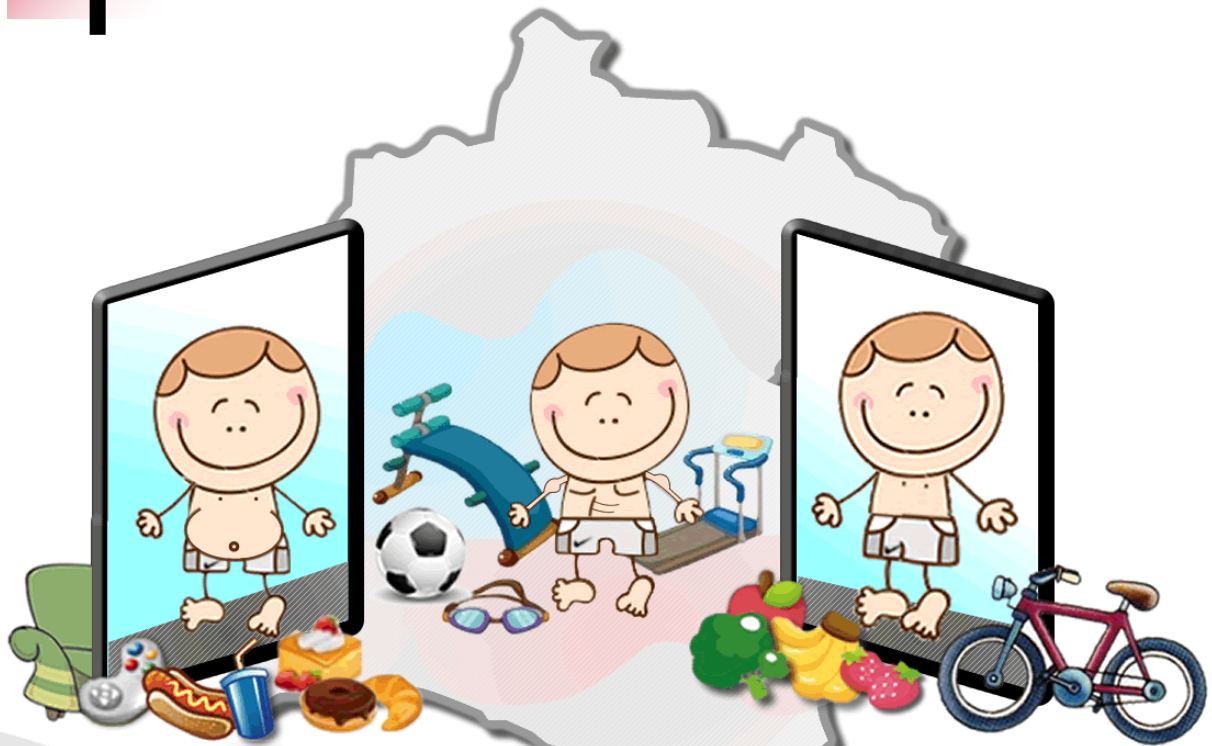
En primer lugar, y siendo consciente de su dificultad, sería interesante realizar un estudio longitudinal. Se trataría de estudiar la IC y las actitudes hacia la obesidad a largo plazo desde el área de EF. En este caso, añadiríamos a la muestra los estudiantes de bachillerato para ver la evolución y estudiaríamos a los psicólogos de los centros educativos y las familias.

Sería adecuado realizar un programa de intervención una vez estudiada la realidad de la muestra. El programa de intervención sería específico en el ámbito educativo orientado hacia la salud desde el área de EF con la participación de todas las áreas que recibe el alumnado con

implicación familiar. El objetivo de dicho programa sería al igual que se fomentan los hábitos saludables de práctica de AF y de alimentación, la mejora de la IC y las actitudes hacia la obesidad del alumnado. Es fundamental que profesionales formen y conciencien a los docentes y a las familias de tal necesidad, ofreciéndoles los medios materiales y humanos necesarios. Centrándonos en el área de EF, es de interés investigar qué tipo de metodología tiene un mayor efecto en la adquisición de la mejora de la IC y las actitudes hacia la obesidad.

De la misma forma, habría que indagar sobre otras variables a tener en cuenta en el estudio como la ideología del profesorado para su posible relación con las actitudes hacia la obesidad y los EE. Además es necesario utilizar medidas que cuantifiquen la AFD tanto del alumnado como del profesorado y utilizar las medidas implícitas de actitudes hacia la obesidad en ambas muestras.

Actualmente estamos desarrollando un proyecto de investigación para conocer la evolución de las actitudes hacia la obesidad en relación con los niveles de AF habitual y la personalidad. En este estudio pretendemos comparar si tras el periodo de formación de los estudiantes de EF, enfermería y psicología, estas variables de investigación cambian o se mantiene constantes, y en su caso, qué medidas curriculares deberíamos introducir en la programación de algunas asignaturas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, B.D., y Barber, B.L. (2011). Differences in functional and aesthetic body image between sedentary girls and girls involved in sports and physical activity: Does sport type make a difference? *Psychology of Sport and Exercise*, 12(3), 333-342.
- Ahern, A.L., Bennett, K.M., y Hetherington, M.M. (2008). Internalization of the Ultra-Thin Ideal: Positive Implicit Associations with Underweight Fashion Models are Associated with Drive for Thinness in Young Women. *Eating Disorders*, 16, 294-314.
- Ahern, A.L., y Hetherington, M.M. (2006). The Thin Ideal and Body Image: An Experimental Study of Implicit Attitudes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 338-342. doi: 10.1037/0893-164X.20.3.338
- Ainsworth, B.E., Haskell, W.L., Herrmann, S.D., Meckes, N., Basset, D.R., Tudor-Locke, C., Greer, J.L., Vezina, J., Whitt-Glover, M.C., y Leon, A.S. (2011). 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Medicine of Science Sports and Exercise*, 43(8), 1575-1578. doi: 10.1249/MSS.0b013e31821ece12
- Alfermann, D., y Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 47-65.
- Aliaga-Deza, L., De la Cruz-Saldaña, T.A. y Vega-Dienstmaier, J.M. (2010). Sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de un colegio del distrito de Independencia, *Revista Neuro Psiquiatría*, 73, 52-61
- Allaz, A.R, Bernstein, M., Rouget, R, Archinard, M., y Morabia, A. (1998). Body weight preoccupation in middle-age and ageing women: A general population survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 287-294.
- Allison, D.B., Basile, V.C., y Yuker, H.E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 599-607.
- Allport, G.W. (1961). *Pattern and Growth in Personality*. Nueva York: Holt.

- Altet, M. (1994). *La formation professionnelle des enseignants*. Paris: PUF.
- American College of Sport Medicine (1999). *Manual ACSM para la valoración y prescripción y orientación del ejercicio*. Paidotribo: Barcelona.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Anesbury, T., y Tiggemann, M. (2000). An attempt to reduce negative stereotyping of obesity in children by changing controllability beliefs. *Health Education Research*, 15, 145–152.
- Andrist, L. (2003). Media images, body dissatisfaction, and disordered eating in adolescent women. *American Journal of Maternal Child Nurse*, 28(2), 119-123; 2003.
- Annis, N.M., Cash, T.F. y Hrabosky, J.I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: The role of stigmatizing experiences. *Body Image: International Journal of Research*, 1, 155–167.
- Aoki, D. (1996). Sex and muscle: The female body builder meets Lacan. *Body and Society*, 2(4), 45–57.
- Aragonés, M.T., Casajús, J.A., Rodríguez, F., y Cabañas, M.D. (1993). Protocolo de medidas antropométricas. En F. Esparza, (Ed.), *Manual de cineantropometría*. Pamplona: Federación Española de Medicina del Deporte (FEMEDE).
- Aranceta, J., Pérez, C., Serra-Majem, L., Ribas, L., Quiles, J., Vioque, J., Tur, J., Mataix Verdú, J., Llopis, J., Tojo, R., y Foz, M. (2003). Prevalencia de obesidad en España: resultado del estudio SEEDO 2000. *Medicina Clínica*, 120, 608-612.
- Arbinaga, F., y Caracuel, J. (2008). Imagen corporal en varones fisicoculturistas. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 75-88.

- Aruguete, M.S., Yates, A y Edman, J. (2006). Gender differences in attitudes about fat. *North American Journal of Psychology*, 8, 183-192.
- Ashmore, R. (1970). Prejudice: Causes and cures. En: Addison-Wesley, Reading (Eds.), *Social Psychology: Social Influence, attitude change, group processes, and prejudice* (pp. 245-339). United States.
- Avalos, L., Tylka, T.L., y Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image: An International Journal of Research*, 2, 285–297.
- Azevedo, V. (2012). *Estilo de vida, práctica de Actividad Física e Imagen Corporal del alumnado de Enseñanza Superior de una población portuguesa* (Tesis Doctoral). Universidad de Huelva, Huelva.
- Bacon, J.G., Scheltema, K.E., y Robinson, B.E. (2001). Fat phobia scale revisited: the short form. *International Journal of Obesity*, 25, 252-257.
- Baile, J.I., González, L. y Ruiz, Y. (2009). Análisis del efecto en la insatisfacción corporal en un grupo de chicas adolescentes, al consultar revistas dirigidas a dicho público. *Interpsiquis*. 10^a Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Bane, S.M., y McAuley, E. (1998). Body image and exercise. En J. Duda (Ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 311–322). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- Banville, D., Richard, J.F., y Raïche, G. (2004). Utilisation des 11 styles d'enseignement de Mosston chez des éducateurs physiques francophones du Canada. *Avante*, 10(2), 32-44.
- Bar-Or, O. (1995). Obesity. En B. Goldberg (Ed.), *Sports and exercise for children with chronic health conditions* (pp. 335-353). Champaign: Human Kinetic.

- Baron, A.S., y Banaji, M.R. (2006). The development of implicit attitudes: Evidence of race evaluations from ages 6, 10 and adulthood. *Psychological Science*, 17, 53-58.
- Barnett, T.A., O'Loughlin, J., y Bandura, A. (2002). One-and two-year predictors of decline in physical activity among inner-city schoolchildren. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 121-128.
- Bass, M., Turner, L., y Hunt, S. (2001). Counseling of female athletes: Application of the stages of change model to avoid disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis. *Psychological Reports*, 88, 1153-1160.
- Bauman, A.E., Reis, R.S., Sallis, J.F., Wells, J.C., Loos, R.J.F., y Martin, B.W. Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? *The Lancet*, 380, 31-44. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60735-1
- Bergman, R.N., Ader, M., Huecking, K., y Van Citters, G. (2002). Accurate assessment of beta-cell function: the hyperbolic correction. *Diabetes*, 51(1), S212-20.
- Berkey, C.S., Rockett, H.R., Field, A.E., Gillman, M.W., Frazier, A.L., Camargo, C.A., y Colditz, G.A. (2000). Activity, Dietary Intake, and Weight Changes in a Longitudinal Study of Preadolescent and Adolescent Boys and Girls. *Pediatrics*, 105(4), E56.
- Bessenoff, G. R., y Sherman, J. W. (2000). Automatic and controlled components of prejudice toward fat people: Evaluation versus stereotype activation. *Social Cognition*, 18, 329-353.
- Blowers, L., Loxton, N., Grady-Flessner, M., Occhipinti, S. y Dawe, S. (2003). The relationship between Sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behavior*, 4(3), 229-244.

- Bosi, M.L., Luis, R.R., Morgado, C.M.C., Costa, M.L.S., y Carvalho, R.J. Autopercepção da imagen corporal entre estudantes de nutrição: un estudo no município do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(2), 108-113.
- Bouchard, C., Shepard, R.J., Stephens, T., Sutton, J.R. y McPherson, B.D. (1990). *Exercise, Fitness and Health: A consensus of Current Knowledge*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Brochu, P. M., y Morrison, M. A. (2007). Implicit and explicit prejudice toward overweight and average-weight men and women: testing their correspondence and relation to behavioural intentions. *The Journal of Social Psychology*, 147(6), 681-706.
- Brodney, S.; Blair, S. N.; Lee, C. D. É (2003). Possível estar com sobrepeso ou obesidade e ser condicionado e saudável? En C. Bouchard (Eds.), *Atividade Física e Obesidade*. São Paulo: Manole.
- Brown, I. (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 221-232.
- Brown, R. (1995). *Prejudice: Its social psychology*. Cambridge: Blackwell.
- Brown, T.A., Cash, T.R., y Mikulka, P.J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 135-144.
- Browne, M. W., y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Brownell, K. D., Puhl, R., Schwartz, M. B. y Rudd, L. (2005). *Weight bias: Nature, consequences, and remedies*. New York: Guilford Press.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Brunet, J., y Sabiston, C.M. (2009). Social physique anxiety and physical activity: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 329-225.

- Buendía, J., y Rodríguez, M.C. (1996). Anorexia nerviosa e imagen corporal. En J. Buendía (Eds.), *Psicopatología en niños y adolescentes* (pp. 411-437). Madrid: Pirámide.
- Burgeson, C.R., Wechsler, H., Brener, N.D., Young, J.C., y Spain, C.G. (2001). Physical education and activity: Results from the School Health Policies and Programs Study, 2000. *Journal of School Health, 71*, 279-293.
- Burgess, G., Grogan, S., y Burwitz, L. (2006). Effects of a 6-week aerobic dance intervention on body image and physical self perceptions in adolescent girls. *Body image, 3*(1), 57-66.
- Burrows, A., y Cooper, M. (2002). Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity, 26*, 1268-1273.
- Byrne, B.M. (1998). *Structural Equation Modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: Basic concepts, applications and programming*. Mahwah, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cafri, G., Thompson, J.K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L., y Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review, 25*, 215–39.
- Calderón, C., Forns, M., y Varea, V. (2009). Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación. *Anales de Pediatría, 71*(6), 489-494.
- Cale, L. (1996). An assessment of the physical activity levels of adolescents girls. Implication for physical education. *European Journal of Physical Education, 1*, 46-55.
- Calfas, K.J., y Taylor, W.C. (1994). Effects of physical activity on psychological variables in adolescents. *Pediatric Exercise Science, 6*, 406–423.
- Camacho, M.J., Fernández, E., y Rodríguez, M.I. (2006). Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: incidencia

- de la modalidad deportiva. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 3, 1-19.
- Campbell, A., y Hausenblas, H. A. (2009). Effects of exercise interventions on body image: A meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 14, 780–793.
- Cantera, M.A. (1997). *Niveles de actividad física en la adolescencia. Estudio realizado en la población escolar de la provincia de Teruel* (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza.
- Cantera, M.A., y Devís, J. (2000). Physical activity levels of secondary school spanish adolescents. *European Journal of Physical Education*, 5(1), 28-44.
- Cardon, G., De Bourdeaudhuij, I., De Clercq, D., Phillippaerts, R., Verstraete, S., y Geldhof, E. (2004). The significance of physical fitness and physical activity for self-reported back and neck pain in elementary schoolchildren. *Pediatric Exercise Science*, 16, 1-11
- Carels, R.A., y Musher-Eizenman, D.R. (2010). Do people with an anti-fat bias have a pro-thin bias? *Body Image*, 7, 143-148. doi: 10.1016/j.bodyim.2009.11.005
- Caroli, M., Argentieri, L., Cardone, M., y Masi, A. (2004). Role of television in childhood obesity prevention. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*, 28 Suppl 3, S104-108.
- Carr, D., y Friedman, M.A. (2005). Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 244-259.
- Carraça. E.V., Markland, D., Silva, M.N., Coutinho, S.R., Viera, P.N., Minderico, C.S., Sardinha, L.B., y Teixeira, P.J. (2012). Physical activity predicts changes in body image during obesity treatment in women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 44(8), 1604-1612. doi: 10.1249/MSS.0b013e31824d922a

- Cash, T.F. (1997). *The Body image workbook. An 8-step program for learning to like your looks*. New York: New Harbinger Publications.
- Cash, T.F. (2001). The treatment of body image disturbances. En J.K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment* (pp. 83-107). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cash, T.F. (2002). The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria: Psychometric evidence and development of a short form. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 362-366.
- Cash, T.F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, 1, 1-5.
- Cash, T.F. (2011). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. En T.F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention* (pp. 39-47). New York: Guilford Press.
- Cash, T.F., y Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107–125.
- Cash, T.F., y Grasso, K. (2005). The norms and stability of new measures of the multidimensional body image construct. *Body Image*, 2(2),199-203.
- Cash, T.F., y Henry, P.E. (1995). Women's body images: The results of a national survey in the U.S.A. *Sex Roles*, 33, 19-28.
- Cash, T.F, Lewis, R.J., y Keeton, P. (1987, March). *Development and validation of the Body-Image Automatic Thoughts Questionnaire: A measure of body-related cognitions*. Comunicación presentada en el Meeting of the Southeastern Psychological Association, Adanta, GA.
- Cash, T.F., Melnyk, S.E., y Hrabosky, J.I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 305-316.

- Cash, T.E., Phillips, K.A., Santos, M.X., y Hrabosky, I.I. (2004). Measuring "negative body image": Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image, 1*, 363-372.
- Cash, T.F., y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance and change*. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F., y Pruzinsky, T. (2002). *Body Image. A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F., y Smolak, L. (2011). Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. En T.F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 3-11). New York: Guilford Press.
- Cash, T.F., y Szymanski, M.L. (1995). The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 64*, 466–477.
- Casimiro, A.J. (1999). *Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares desde final de Primaria (12 años) hasta final de Secundaria Obligatoria (16 años)* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.
- Casperson, C.J., Powell, K.E., y Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports, 100*, 126-131.
- Cattarin, J.A., y Thompson, J.K. (2000). Body image mood and televised images of attractiveness: the role of social comparison. *Journal of social and clinical psychology bulletin, 19*, 220-239.
- Chambliss, H. O., Finley, C. E., y Blair, S. N. (2004). Attitudes toward obese individuals among exercise science students. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 36*, 468-474.
- Chen, E.Y., y Brown, M. (2005). Obesity stigma in sexual relationships. *Obesity Research, 13*, 1393-1397.
- Chen, L.F., Fox, K.R., y Haase, A.M. (2010). Body Image and physical activity among overweight and obese girls in Taiwan. *Women's*

- Studies Intenational Forum*, 33(3), 234-243. doi: 10.1016/j.wsif.2010.01.003
- Chillón, P. (2005). *Efectos de un programa de intervención en Educación Física para la salud en adolescentes de 3º de ESO* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.
- Chillón, P., Tercedor, P., Delgado, M., y González-Gross, M. (2002). Actividad Físico-Deportiva en escolares adolescentes. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 1, 5-12.
- Cohane, G.H., y Pope, H.J. (2001). Body image in boys: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 373–9.
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., y Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320(7244), 1240-1243.
- Cole, T., Freeman, J. y Preece, M. (1995). Body mass index reference curves for the UK, 1990. *Archives of Disease in Childhood*, 73(1), 25-29.
- Colomo, E. (2011). El profesor ante la diversidad cultural. *Revista Digital Transversalidad Educativa*, 51, 15-35.
- Conner, M., Martin, E., Silverdale, N., y Grogan, S. (1996). Dieting in adolescence: An application of the theory of planned behavior. *British Journal of Health Psychology*, 1, 315–25.
- Contreras, O.R., Madrona, P., García, L.M., Fernández, J.G., y Pastor, J.C. (2010). Incidencia de un programa de Educación Física en la percepción de la propia imagen corporal. *Revista de Educación*, 357, 281-303. doi: 10-4438/1988-592X-RE-2010-357-061
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

- Cramer, P., y Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: How early does it begin? *Journal of Applied Developmental Psychology, 19*, 429–451.
- Crandall, C.S. (1991). Do heavy-weight students have more difficulty paying for college? *Personality and Social Psychology Bulletin, 17*, 606–611.
- Crandall, C.S. (1994). Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(5), 882–894.
- Crandall, C.S., y Biernat, M.R. (1990). The ideology of anti-fat attitudes. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 227–243.
- Crandall, C.S., D'Anello, S., Sakalli, N., Lazarus, E., Wieczorkowska Nejtardt, G., y Feather, N.T. (2001). An attribution-value model of prejudice: Anti-fat attitudes in six nations. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 30–37. doi: 10.1177/0146167201271003
- Crandall, C. S., y Martinez, R. (1996). Culture, ideology, and anti-fat attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 1165–1176.
- Crandall, C.S., y Schiffhauer, K.L. (1998). Anti-fat prejudice: Beliefs, values an American culture. *Obesity Research, 6*, 458–460.
- Crawford, S., y Eklund, R.C. (1994). Social physique anxiety, reasons for exercise, and attitudes toward exercise settings. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 16*, 70–80.
- Cruz, S., y Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada. 55*(3), 455–473.
- Cullari, S., Vosburgh, M., Shotwell, A., Inzodda, J., y Davenport, W. (2002). Body Image assessment: A review and evaluation of a new computer-aided measurement technique. *North American Journal of Psychology, 4*(2), 221–232.

- Cunningham, W.A., preacher, K.J., y Banaji, M.R. (2001). Implicit attitudes measures: Consistency, stability, and convergent validity. *Psychological Science, 12*, 163-170.
- Da Silva Filho, L.D., Rableo-leitao, A.C., Menezes-Cabral, R.L., y Knackfuss, M.I. (2008). Self-perception of body image, physical activity and risk factors. *Revista de Salud Pública, 10* (4), 550-560.
- Davis, C., y Cowles, M.P. (1991). Body image and exercise: A study of relationship and comparison between physically active men and women. *Sex Roles, 25*, 33-44-
- Davis-Coelho, K., Waltz, J., y Davis-Coelho, B. (2000). Awareness and prevention of bias against fat clients in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*, 682-684.
- Davison, K.K. y Birch, L.L. (2004). Predictors of fat stereotypes among 9-year-old girls and their parents. *Obesity Research, 12*, 86–94.
- Davison, K.K., Schmalz, D.L., Young, L.M., y Birch, L.L. (2008). Overweight girls internalize fat stereotypes report low psychosocial well-being. *Obesity, 16*, 30-38.
- De Gracia, M., Marcó, M., Fernández, M. J., y Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis, 20*(1), 15-26.
- De Gracia, M., Marcó, M., y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema, 19*(4), 646-653.
- De Hoyo, M., y Sañudo, B. (2007) Motivos y hábitos de práctica de actividad física en escolares de 12 a 16 años en una población rural de Sevilla. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 7*(26), 87-98.
- Delgado, M., y Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en Educación para la salud desde la Educación Física*. INDE: Barcelona.

- Delgado Noguera, M.A., (1991). *Los estilos de enseñanza en Educación Física*. Universidad de Granada.
- Devís, J., Peiró, C., Pérez, V., Ballester, E., Devís, F.J., Gomar, M.J., y Sánchez, R. (2000). *Actividad física deporte y salud*. Barcelona: Inde.
- Dimmock, J.A., Hallett, B.E., y Grove, R. (2009). Attitudes Toward Overweight Individuals Among Fitness Center Employees: An Examination of Contextual Effects. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 80(3), 641-647.
- Dittmar, H., Halliwell, E., e Ive, S. (2006). Does Barbie make girls want to be thin? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of 5- to 8-year-old girls. *Developmental Psychology*, 42, 283–292.
- Domoff, S.E., et al. (2012). The effects of reality television on weight bias: examination of *The Biggest Loser*. *Obesity*, 20, 993-998.
- Dovidio, J.F., Evans, N., y Tyler, R.B. (1986). Racial stereotypes: The contents of their cognitive representations. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 22-37.
- Dowson, J., y Henderson, L. (2001). The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. *Psychiatry Research*, 102, 263-271.
- Duckitt, J. (1992). Psychology and prejudice: A historical analysis and framework. *American Psychologist*, 47, 1182-1193.
- Duncan, M.J., Al-Nakeeb, Y., y Nevill, A.M. (2009). Effects of a 6-week circuit training intervention on body esteem and body mass index in British primary school children. *Body Image*, 6(3), 216-220. doi: 10.1016/j.bodyim.2009.04.003
- Duncan, M., Woodfield, L., Al-Nakeeb, Y., y Nevill, A. (2002). The Impact of Socio Economic Status on the Physical Activity Levels of British Secondary School Children. *European Journal of Physical Education* 7, 30–44.

- Durkin, S., y Paxton, S. (2002). Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal Psychosomatic Research*, 53(5), 995-1005.
- Durkin, S.J., Paxton, S.J., y Sorbello, M. (2007). An integrative model of the impact of exposure to idealized female images on adolescent girls' body satisfaction. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 1092–1117.
- Dwyer, J.J., Allison, K.R., Barrera, M., hansen, B., Goldenberg, E., y Boutilier, M.A. (2003). Teachers perspective on barriers to implementing physical activity curriculum guidelines for school children in Toronto. *Canadian Journal of Public Health*, 94, 448-452.
- Eisenberg, M.E., Neumark-Sztainer, D., y Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatric y Adolescent Medicine*, 157, 733-738.
- Ekehammar, B., Akrami, N., y Araya, T. (2003). Gender differences in implicit prejudice. *Personality and Individual Differences*, 34, 1509-1523.
- Epstein, L.H., Myers, M.D., Raynor, H.A., y Saelens, B.E. (1998). Treatment of pediatric obesity. *Pediatrics*, 101, 554–570.
- Epstein, L.H., Roemmich, J.N., Paluch, R.A., y Raynor, H.A. (2005). Influence of changes in sedentary behavior on energy and macronutrient intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 18, 361-366.
- Esteban, M. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Faith, M.S., Leone, M.A., Ayers, T.S., Moonseong, H., y Pietrobelli, A. (2002). Weight criticism during physical activity, coping skills, and reported physical activity in children. *Pediatrics*, 110, 23-31.

- Fallon, A.E. (1990). Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image. En T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: Development, deviance, and change* (pp. 80-109). New York: Guilford.
- Fallon, P., Katzman, M.A., y Wooley, S.C. (1994). *Feminist Perspectives on Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fan, Y.O., Li, Y.P., Liu, A.L., Hu, X., Ma, G., y Xu, G. (2010). Association between body mass index, weight control concerns and behaviors, and eating symptoms among non-clinical Chinese adolescents. *BMC Public Health, 10*(1), 314-325.
- Ferraro, F. R., Muehlenkamp, J.J., Painter, A., Wassom, K., Hager, T., y Hoverson, F. (2008). Aging, body image, and body shape. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 102-105.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 57*, 117-140.
- Fhurnham, A. (2002). Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology, 136*(6), 581-597.
- Fingeret, M.C., Gleaves, D.H. y Pearson C.A. (2004). On the methodology of body image assessment: the use of figural rating scales to evaluate body dissatisfaction and the ideal body standards of women. *Journal of Body Image, 1*, 207-212.
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. En T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance and change* (pp. 3–20). New York: Guilford Press.
- Flett, G.L., Newby, J., Hewitt, P.L., y Perdaud, C. (2011). Perfectionistic Automatic Thoughts, Trait Perfectionism, and Bulimic Automatic Thoughts in Young Women. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 29*(3), 192-206.

- Florence, J., Brunelle, J., y Carlier, G. (1998). *Enseigner l'éducation physique au secondaire, motiver, aider à apprendre, vivre une relation éducative*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Foster, G. D., Wadden, X A., Makris, A. P., Davidson, D., Sanderson, R. S., Allison, D. B., et al. (2003). Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity Research*, 11, 168-1177.
- Fox, K. R. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 228-240.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B.L., y Roberts, T. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173–206.
- Freedman, D.S., Wang, J., Maynard, L.M., Thornton, J.C, Mei, Z., Pierson, R.N., et al. (2005). Relation of BMI to fat and fat-free mass among children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 29, 1-8.
- Friedman, N. P., Miyake, A., Young, S. E., DeFries, J. C., Corley, R. P., & Hewitt, J. K. (2008). Individual differences in executive functions are almost entirely genetic in origin. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137, 201–225.
- Friedman, K.E., Reichmann, S.K., Costanzo, P.R., Zelli, A., Ashmore, J.A., y Musante, G.J. (2005). Weight stigmatization and ideological beliefs: Relation to psychological functioning in obese adults. *Obesity Research*, 13(5), 907-916.
- Frisén, A., y Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image: An International Journal of Research*, 7, 205–212.

- Gaertner, S.L., y McLaughlin, J.P. (1983). Racial stereotypes: Associations and ascriptions of positive and negative characteristics. *Social Psychology Quarterly*, 46, 23-30.
- Gago, J., Tornero, I., Carmona, J., y Sierra, A. (2012). Actitudes hacia la obesidad de los estudiantes de Magisterio de la Universidad de Huelva. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 22, 38-42.
- Gapinski, K.D., Schwartz, M.B., y Brownell, K.D. (2006). Can television change anti-fat attitudes and behaviour? *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 11, 1-28.
- García Ferrando, M. (1993). *Tiempo libre y actividades deportivas de la juventud en España*. Madrid: Ministerios de Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud.
- Gard, M. (2011). *The end of epidemic obesity*. New York: Routledge.
- Gard, M. y Wright, J. (2005). Managing uncertain: Obesity discourses and Physical Education in a risk society. *Studies in Philosophy and Education*, 20(6), 535-549.
- Gardner, R.M. (2011). Perceptual Measures of Body Image for Adolescents and Adults. En T.F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 146-153). New York: Guilford Press.
- Gardner, R.M., Jappe, L.M., y Gardner, L. (2009). Development and validation of a new figural drawing scale for body-image assessment: The BIAS-BD. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 113-122.
- Gardner, R.M., Stark, K., Jackson, N., y Friedman, B.N. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Perceptual Motor Skills*, 87, 981-93.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D., y Thompson, M. (1980). Cultural spectations of thinness in women. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.

- Garner, D.M., Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Gehrman, C.A., Hovell, M.F., Sallis, J.F., y Keating, K. (2006). The effects of a physical activity and nutrition intervention on body dissatisfaction, drive for thinness, and weight concerns in pre-adolescents. *Body Image*, 3(4), 345-351.
- Ginis, K.A.M., y Leary, M.R. (2006). Single, physically active, female: The effects of information about exercise participation and body weight on perceptions of young women. *Social Behavior and Personality*, 34, 979-990.
- Gleaves, D.H., Williamson, D.A., Eberenz, K.P., Sebastian, S.B., y Barker, S.E. (1995). Clarifying body-image disturbance: Analysis of a multidimensional model using structural modeling. *Journal of Personality Assessment*, 64(3), 478-493.
- Glenn, C.V., y Chow, P. (2002). Measurements of attitudes toward obese people among a Canadian sample of men and women. *Psychological Reports*, 91, 627-640.
- Goldfield GS, Mallory R, Parker T, et al. (2007). Effects of modifying physical activity and sedentary behavior on psychosocial adjustment in overweight/obese children. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(7), 783–793.
- Gómez, D., y Núñez, O.L. (2007). Insatisfacción corporal en adolescentes: Relaciones con la actividad física e Índice de Masa Corporal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 7(27), 253-265.
- Gonçalves, T.D., Barbosa, M.P., Rosa, L.C.L., Rodrigues, A.M. (2008). Comportamento anoréxico pecepção corporal em universitários. *Jornal Brasileiro se Psiquiatria*, 57(3), 166-170.

- Góngora, V.C., y Casullo, M.M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 17, 265-272.
- González-Montero, M., André, A.L., García-Petuya, E., López Ojeda, N., Mora, A.I., y Marrodán, M.D. (2010). Asociación entre actividad física y percepción de la imagen corporal en adolescentes madrileños. *Nutrición clínica dietética y hospitalaria*, 30(3),4-12.
- Goran, M.I., Reynolds, K.D., y Lindquist, C.H. (1999). Role of physical activity in the prevention of obesity in children. *International Journal of Obesity*, 23, 18–33.
- Gracia-Marco, L., Tomas, C., Vicente-Rodriguez, G., et al. (2010). Extra-curricular participation in sports and socio-demographic factors in Spanish adolescents. The AVENA study. *Journal of Sports Sciences*, 28(13), 1383-1389. doi: 10.1080/02640414.2010.510846
- Grammer, K. y Thornhill, R. (1994). Human (homo sapiens) facial attractiveness and sexual selection: The role of symmetry and averageness. *Journal of Comparative Psychology*, 108, 233-242.
- Greenleaf, C. (2005). Sel-Objetification Among Physically Active Women. *Sex Roles*, 52(1-2), 51,62.
- Greenleaf, C., Boyer, E.M., y Petrie, T.A. (2009). High School Participation and Subsequent Psychological Well-Being and Physical Activity: The Mediating Influences of Body Image, Physical Competence, and Instrumentally. *Sex Roles*, 61(9), 714-726. doi: 10.1007/s11199-009-9671-z
- Greenleaf, C., Chambliss, H., Rhea, D. J., Martin, S. B., y Morrow, J. R. (2006). Weight stereotypes and behavioral intentions toward fat and thin peers among White and Hispanic adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39, 546-552.

- Greenleaf, C., Martin, S.B., y Rhea, D. (2008). Fighting Fat: How Do Fat Stereotypes Influence Beliefs About Physical Education? *Obesity*, 16(S2), S53-S59.
- Greenleaf, C., Starks, M., Gomez, L., Chambliss, H., y Martin, S. (2004). Weight-related words associated with figure silhouettes. *Body Image*, 1, 373-384.
- Greenleaf, C, y Weiller, K. (2005). Perceptions of youth obesity among physical educators. *Social Psychology of Education*, 8, 407-423.
- Greenwald, A.G., y Banaji, M.R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- Greenwald, A.G., McGhee, D.E. y Schwartz, J.L.K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.
- Greenwald, A.G., Nosek, B.A., y Banaji, M.R. (2003). Understanding and using the Implicit Association Test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 197-216.
- Grilo, C.M., Wilfley, D.E., Brownell, K.D., y Rodin, J. (1994). Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive Behaviors*, 19, 443-450.
- Grogan, S. (2006). Body Image and Health. Contemporary Perspectives. *Journal of Health Psychology*, 11(4), 523-530.
- Grogan S. (2008). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (second edition). New York: Routledge.
- Grogan, S. y Richards, H. (2002). Body image; focus groups with boys and men. *Men and Masculinities*, 4, 219–133.
- Grover, V.P., Keel, P.K., Mitchell, J.P. (2003). Gender differences in implicit weight identity. *The International Journal of Eating Disorders*, 34, 125-135.

- Gualdi-Russo, E. A., A., Argnani, L., Celenza, F., Nicolucci, M., y Toselli, S. (2008). Weight status and body image perception in Italian children. *Journal of Human Nutrition and Diet*, 21, 39-45.
- Guzmán, E. (2003). *Módulo Didáctico. Pedagogía del Sistema Modular*. Lima: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Haase, A.M., Mountford, V., y Waller, G. (2011). Associations Between Checking and Disorders Eating Behaviours in Nonclinical Women. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 465-468. doi: 10.1002/eat.20837
- Habermas, T. (1996). In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: Historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 317-334.
- Hackie, M. y Bowles, Ch. (2007). Maternal Perception of Their Overweight Children. *Public Health Nursing*, 24(6), 538–546.
- Hadigan, C.M., y Walsh, B.T. (1991). Body shape concerns in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 323-331.
- Hague, A. L., y White, A. A. (2005). Web-based intervention for changing attitudes of obesity among current and features teachers. *Journal of Nutrition Education Behaviour*, 37, 58-66.
- Hardy, L.L., Bass, S.L., y Booth, M. L. (2007). Changes in sedentary behavior among adolescent girls: A 2.5-year prospective cohort study. *Journal of Adolescent Health*, 40, 158-165.
- Hargreaves, D., y Tiggemann, M. (2003). Female "thin ideal" media images and boys' attitudes towards girls. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 13-25.
- Hargreaves, D.A., y Tiggemann, M. (2006). "Body image is for girls": A qualitative study of boys' body image. *Journal of Health Psychology*, 11, 567–576.

- Harris, M.B., Walters, L.C., Waschull, S. (1991). Gender and ethnic differences in obesity-related behaviors and attitudes in a college sample. *Journal of Applied Social Psychology, 21*, 1545-1566.
- Harro, M., y Riddoch, C. (2000). Physical Activity. En N. Armstrong y W. Van Mechelen (Eds.), *Pediatric Exercise Science and Medicine* (pp. 77-84). Oxford: Oxford University Press.
- Hart, E.H., Leary, M.R., y Rejeski, W.J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 11*, 94-104.
- Harvey, E. L., y Hill, A. J. (2001). Health professionals' views of overweight people and smokers. *International Journal of Obesity, 25*, 1253-1261.
- Hausenblas, H.A., y Fallon, E.A. (2006). Relationship between exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology and Health, 21*, 33-47.
- Hawkins, N., Richards, P.S., Granley, H.M., y Stein, D.M. (2004). The impact of exposure to the thin-ideal media image on women. *Eating Disorders, 12*, 35-50.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley.
- Heinberg, L.J., y Thompson, J.K. (1992). Social comparison: Gender, target importance ratings, and relation to body image disturbance. *Journal of Social Behavior and Personality, 7*, 335-344.
- Heinberg, L.J., Thompson, J.K., y Stormer, S. (1995). Development and validation of The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 17*, 81-89.
- Helder, S.G. y Collier, D.A. (2011). The genetics of eating disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences, 6*, 157-175.
- Hernán, M., Ramos, M., y Fernández, A. (2002). Salud y juventud. *Gaceta Sanitaria, 16*, 298-307.

- Hernández, M. (2001). Consideraciones sociosanitarias de la obesidad infantil. En L. Serra y J. Aranceta (Eds.), *Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid* (pp. 3-9) Barcelona: Masson.
- Hernández, M., Castellet, J., Narvaiza, J., Rincón, J., Ruíz, I. y Sanchez, E. (1988). *Curvas y tablas de crecimiento. Instituto sobre Crecimiento y Desarrollo*. Madrid: Garsi.
- Hernández, N., Alves, D., Arroyo, M., y Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1148-1155. doi: 10.3305/nh.2012.27.4.5829
- Hernández-Alcántara, A., Aréchiga-Villamontes, J., y Prado, C. (2009). Alteración de la imagen corporal en gimnastas. *Archivos de Medicina del Deporte*, 26(130), 84-92.
- Hesketh, K., Wake, M., y Waters, E. (2004). Body mass index and parent reported self esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *International journal of obesity*, 28, 1233-123.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340.
- Hill, A.J., y Silver, E.K. (1995). Fat, friendless and unhealthy: 9-year old children's perception of body shape stereotypes. *International Journal of Obesity*, 19, 423-430.
- Hoyt, W.D., y Kogan, L.R. (2001). Satisfaction with body image and peer relationships for males and females in a college environment. *Sex Roles*, 45(314), 199-215.
- Hu, L.T., y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Huang, J.S., Norman, G.J., Zabisnki, M.F., Calfas, K., y Patrick, K. (2007). Body image and self-esteem among adolescents undergoing and intervention targeting dietary and physical activity behavioral. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 245-251.

- Irwin, C., Symons, C., y Kerr, D. (2003). The dilemma of obesity: What can physical educators do to help? *Journal of Physical Education, Recreations, and Dance*, 64(6), 33-39.
- Israel, A.C., e Ivanova, M.Y. (2002). Global and dimensional self-esteem in preadolescent and early adolescent children who are overweight: Age and gender differences. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 424-429.
- Ivarsson, T., Svalander, P., Litlere, O., y Nevonen, L. (2006). Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eating Behaviors*, 7(2), 161-175.
- Jaffe, L., y Manzer, R. (1992). Girls' perspectives: Physical activity and self-esteem. *Melpomene Journal*, 11, 14-23.
- Jakatdar, T.A., Cash, T.E., y Engle, E.K. (2006). Body image thought processes: The development and initial validation of the Assessment of Body-Image Cognitive Distortions. *Body Image*, 3, 325-333.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthenie*. Paris: Felix Alean.
- Janicke, D.M., Sallinen, B.J., Perri, M.G., Lutes, L.D., Huerta, M., Silverstein, J.H., y Brumback, B. (2008). Comparison of Parent-Only versus Family-Based Interventions for Overweight Children in Underserved Rural Setting: Outcomes from project STORY. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162, 119-1125.
- Jankauskiene, R., y Pajaujiene, S. (2012). Disordered eating attitudes and body shame among athletes, exercises and sedentary female college students. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 52(1), 92-101.
- Johnston, L. D., Delva, J., y O'Malley, P. (2007). Sports participation and physical education in American secondary schools: Current levels and racial/ethnic and socioeconomic disparities. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(4S), S195-S208.

- Jones, D.C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 40, 823–835.
- Jones, D.C., Vigfusdottir, T.H., y Lee, Y. (2004). Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys. *Journal of Adolescent Research*, 19, 323–339.
- Jorquera, M., Baños, R.M., Perpiñá, C. y Botella, C. (2005). La Escala Estima Corporal (BES): Validación de una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 173-192.
- Junta de Andalucía. Consejería de Educación (2007). *Decreto 231/2007, de 31 de julio, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria en Andalucía*. Consejería de Educación.
- Keating, X.D., Guan, J., Pinero, J.C., y Bridges, D.M. (2005). A meta-analysis of college students' physical activity behaviors. *Journal of American College Health*, 54(2), 116-125.
- Klaczynski, P. A., Goold, K. W., y Mudry, J. J. (2004). Culture, obesity stereotypes, self-esteem, and the "thin ideal": a social identity perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(4), 307-317.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of Structural Equation Modeling* (2ª ed.). Nueva York: The Guilford Press.
- Knauss, C., Paxton, S.J., y Alsaker, F.D. (2007). Relationships amongst body dissatisfaction, internalization of the media body ideal and perceives pressure from media in adolescent girls and boys. *Body Image*, 4(4), 353-360.
- Koblenzer, C. (2003). Psychosocial aspects of beauty: How and why to look good. *Clinical Dermatology*, 21(6), 473-5.
- Kohl, W., y Hobbs, E. (1998). Development of physical activity behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(3), 549-554.
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Cox, S.J., Cox, T., y Vahtera, J. (2005). Relationship Between Work Stress and Body Mass Index among

- 45.810 Female and Male Employees. *Psychosomatic Medicine*, 67, 577-583.
- Kruger, J., Lee, C.D., Ainsworth, B.E., y Macera, C.A. (2008). Body size satisfaction and physical activity levels among men and women. *Obesity*, 16, 1976-1979.
- Kulinna, P.H., Cothran, D., y Zhu, W. (2000, abril). *Teacher's experiences with and perceptions of Mosston's spectrum: How do they compare with students?* Paper presented at the conference annual American Educational Research Association, New Orleans, L.A.
- Lantz, C.D., Hardy, C.J. y Ainsworth, B.E. (1997). Social physique anxiety and perceived exercise behavior. *Journal of Sport Behavior*, 20(1), 83-93.
- Latner, J.D., y Stunkard, A.J. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity Research*, 11, 452-456.
- Latner, J.D., y Stunkard, A.J., y Wilson, T.G. (2005). Stigmatized students: Age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obesity Research*, 13, 1226-1231.
- Law, C., y Peixoto, M. (2002). Cultural standards of attractiveness: A thirty year look at changes in male images in magazines. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 79(3), 697-711.
- Lee, A. (2002). Promoting Quality School Physical Education: Exploring the Root of the Problem. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 73(2), 118-124.
- Legenbauer, T., Vocks, S., Betz, S., Puigcerver, M.J.B., Benecke, A., Troje, N.F., y Rüdell, H. (2011). Differences in the nature of body image disturbances between female obese individuals with versus without a comorbid binge eating disorder: An exploratory study including static and dynamic aspects of body image. *Behavioral Modification*, 35(2), 162-186. doi: 10.1177/0145445510393478

- Leit, R.A., Pope, H.G., y Gray, J.J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of *Playgirl* centerfolds. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 90-93.
- Leith, W. (12 de febrero de 2006). We used to settle for one like this; now we all want one like this. *The Observer*. Recuperado de <http://www.guardian.co.uk/lifesandstyle/2006/feb/12/features.woman5>.
- Lemm, K.M., Lane, K.A., Sattler, D.N., Khan, S.R. y Nosek, B.A. (2008). Assessing implicit cognitions with a paper-format Implicit Association Test. En M.A. Morrison y T.G. Morrison (Eds.), *Psychology of modern prejudice* (pp. 123-146). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Lever, J., Frederick, D.A., y Peplau, L.A. (2006). Does size matter? Men's and women's views on penis size across the lifespan. *Psychology of Men and Masculinity*, 7(3), 129-143. doi: 10.1037/1524-9220.7.3.129
- Levitt, D.H. (2001). *Drive for thinness and fear of fat: Differentiations among women at risk for developing eating disorders*. University of Virginia.
- Lewis, R.J., Cash, T.F., Jacobi, L., y Budd-Lewis, C. (1997). Prejudice toward fat people: The development and validation of the antifat attitudes test. *Obesity Research*, 5, 297-307.
- Lightsey, O.R. (1994). Positive automatic cognitions as moderators of the negative life event-dysphoria relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 18(4), 353-365.
- LLargués, E., Recasens, A., Franco, R., Nadal, A., Vila, M., Pérez, M.J., Recasens, I., Salvador, G., Serra, J., Roure, E., y Castell, C. (2012). Evaluación a medio plazo de una intervención educativa en hábitos alimentarios y de actividad física en escolares: Estudio Avall 2. *Endocrinología y Nutrición*, 59(5), 288-295. doi: 10.1016/j.endonu.2012.03.002

- López-Alvarenga, J.V., Vázquez-Velázquez, V.E., Bolado-García, J., González-Barranco, J., Castañeda-López, L., Robles, J., et al., (2007). Influencia de los padres sobre las preferencias alimentarias en niños de dos escuelas primarias con diferente estrato económico. Estudio Esfuerzo. *Gaceta Médica Mexicana*, 143(6), 463-469.
- López Miñarro, P. (2002). *Mitos y falsas creencias en la práctica deportiva*. Inde: Barcelona.
- López Miñarro, P., y García Ibarra, A. (2001). Análisis de la prevalencia de mitos o creencias erróneas en secundaria. *Actas del XIX Congreso Nacional de Educación Física*, pp. 165-180.
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: a method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 34, 347-365.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando P.J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods*, 38, 88-91.
- Loureiro, N., Matos, M., Calmeiro, L., y Diniz, J. (2009). Physical activity and sedentary behaviour. En W.H. Organization (Eds.), *A snapshot of the health of young people in Europe* (pp. 71-77). Copenhagen World Health Organization.
- Lunde, C., Frisén, A., y Hwang, C.P. (2007). Ten-year-old girls' and boys' body composition and peer victimization experiences: Prospective associations with body satisfaction. *Body Image*, 4, 11-28.
- Lysen, V.C. y Walker, R. (1997). Osteoporosis risk factors in eight grade students. *Journal of School Health*, 67, 317-321.
- MacFarlane, D., y Kwong, W.T. (2003). Children's Heart Rates and Enjoyment Levels during PE Class in Hong Kong Primary Schools'. *Pediatric Exercise Science*, 15, 179-190.

- McTiernan, A., Ulrich, C, y Potter, J. (1998). Physical activity and cancer etiology: associations and mechanisms. *Cancer causes and Control*, 9, 487-509.
- Magallares, A. (2009). *La salud psicológica de los obesos ante situaciones de discriminación por el peso* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil*, 30, 45-59.
- Maïano, C., Morin, A.F.S., Monthuy-Blanc, J. y Garbarino, J.M. (2009). The Body Image Avoidance Questionnaire: Assessment of its Construct Validity in a Community Sample of French Adolescents. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 125-135. doi: 10.1007/s12529-009-90035-7
- Major, B., Testa, M., y Bylsma, W.H. (1991). Responses to upward and downward social comparisons: The impact of esteem-relevance and perceived control. En J.M. Suls y T.A. Wills (Eds), *Social Comparison* (pp. 237-260). Erlbaum: Hillsdale.
- Mansfield, A., y McGinn, B. (1993). Pumping irony: The muscular and the feminine. En S. Scotty D. Morgan (Eds.), *Body matters* (pp.49-68). London: Falmer.
- Markey, C.N. y Markey, P.M. (2005). Relations between body image and dieting behaviors: An examination of gender differences. *Sex Roles*, 53(7) 519-530.
- Markham, A.P., Thompson, T., y Bowling, A.C. (2005). Determinants of body-image shame. *Personality and Individual Differences*, 38(7)1529-1541.
- Marlowe, F.W. y Wetsman, A. (2001). Preferred waist-to-hip ratio and ecology. *Personality and Individual Diferencias*, 30, 481-489.
- Martin, M. (2002). La tiranía de la apariencia en la sociedad de las representaciones [Versión electrónica]. *Revista latina de*

- comunicación social*, 50. Revisada 08/10/2009 de <http://www.ull.es/publicaciones/latina/2002/latina50mayo/5005mllaguno>.
- Martin Ginis, K. A., y Bassett, R.L. (2011). Exercise and Changes in Body Image. En T.F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 378-386). New York: Guilford Press.
- Martin Ginis, K. A., y Bassett, R.L., y Colin, C. (2012). Body image and exercise. En E. Acevedo (Ed.), *Oxford handbook of exercise psychology* (pp. 55-75). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Martin Ginis, K. A., Eng, J. J., Arbour, K. P., Hartman, J. W., y Phillips, S. M. (2005). Mind over muscle? Sex differences in the relationship between body image change and subjective and objective physical changes following a 12-week strength-training program. *Body Image: An International Journal of Research*, 2, 363–372.
- Martin Ginis, K. A., McEwan, D., Josse, A.R., y Phillips, S.M. (2012). Body image change in obese and overweight women enrolled in a weight-loss intervention: the importance of perceived versus actual physical changes. *Body Image*, 9(3), 311-317. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.04.002
- Martín-Matillas, M. (2007). *Nivel de Actividad Física y Sedentarismo y su relación con Conductas Alimentarias en Adolescentes Españoles* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.
- Martínez, (1996). *Análisis psicosocial del prejuicio*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Martínez, J.F., y Gabaldón, M.J. (2002). Aspectos nutricionales específicos de diferentes condiciones fisiológicas. *Medicine*, 8(86), 4623-4635.
- Martínez, D., y Veiga, O.L. (2007). Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa

corporal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 7(27), 253-265.

Martínez-López, E.J., Cachón, J., y Moral, J.E. (2009). Influences of the school and family context in the adolescent's physical activity. Special attention to the obese pupil. *Journal of Sport and Health Research*, 1(1), 26-45.

Mataix Verdú, J., Llopis, J., Martínez de Victoria, E., Montellano, M.A., López, M. y Aranda, P. (2000). *Valoración del estado nutricional de la comunidad autónoma de Andalucía*. Granada: Dirección General de Salud Pública y Participación de la Junta de Andalucía, Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Granada, Escuela Andaluza de Salud Publica.

Matsudo, V.; Matsudo, S.; Andrade, D.; Araújo, T.; Andrade, E.; Oliveira, L.; Braggion, G. (2002). Promotion of physical activity in a developing country: The " Agita São Paulo" Experience Public. *Health Nutrition*, 5, 253-261.

Mazzeo, S., y Bulik, C. (2008). Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 67-82.

McArthur, L., Holbert, D., y Peña, M. (2005). An exploration of the attitudinal and perceptual dimensions of body image among male and female adolescents from six latin american cities. *Adolescents*, 40(160), 801-817.

McCabe, M.P., y Ricciardelli, L.A. (2001). Body image and body change techniques among young adolescent boys. *European Eating Disorders Review*, 9, 335-47.

McCabe, M.P., y Ricciardelli, L.A. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *Journal of Social Psychology*, 193, 5-26.

- McCabe, M.P., y Ricciardelli, L.A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675–85.
- McKinley, N.M. (2011). Feminist Perspectives on Body Image. En T.F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 48-55). New York: Guilford Press.
- Meermann, R. (1997). Experimental investigation of disturbances in body image estimation in anorexia nervosa patients, and ballet and gymnastics pupils. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 91-100.
- Mendelson, B.K., Mendelson, M.J., y White, D.R. (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personality Assessment*, 76,90-106.
- Mendoza, R., Sagraera, M.R., y Batista, J.M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Menzel, J.E., Krawczyk, R., y Thompson, J.K. (2011). Attitudinal Assessment of Body Image for Adolescents and Adults. En T.F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 48-55). New York: Guilford Press.
- Merino, H., Pombo, M.G., y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13, 539-545.
- Miller, C.T., y Downey, K.T. (1999). A meta-analysis of heavy weight and self-esteem. *Personality and Social Psychology Review*, 3(1), 6884.
- Ministerio de Educación y Ciencia (2006). *Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Ministerio de Educación y Ciencia (2006). *Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

- Monaghan, L. (2005). Big handsome men, bears and others: Virtual constructions off at male embodiment. *Body and Society*, 11, 81–111.
- Montes, B. (2008). Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio, *Iniciación a la investigación*, 3, 1-16.
- Monteiro, C.A., Moura, E.C., Conde, W.L. y Popkin, B.M. (2004). Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(12), 940-946.
- Monteiro Gaspar, M.J., Amaral, T.F., Oliveira, B.M.P.N., y Borges, N. (2011). Protective effect of physical activity on dissatisfaction with body image in children. A cross-sectional study. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(5), 563-569. doi: 10.1016/j.psychsport.2011.05.004
- Morales, P. (2008). *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Moreno, L., Mesana, M., Fleta, J., Ruiz, J., Gonzalez-Gross, M., Sarria, A., Marcos, A., y Bueno, M. (2005). Overweight, obesity and body fat composition in Spanish adolescents. The AVENA Study. *Annals Nutrition Metabolic*, 49(2), 71-76.
- Moreno, M.C., Muñoz, M.V., Pérez, P.J., y Sánchez, I. (2005). *Los adolescentes españoles y su salud*. En resumen del estudio Health Behavior in School Aged Children (HBSC-2002) (Eds.). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Morin, A.J.S., y Mañano, C. (2011). Cross-validation of the short form of the physical self-inventory (PSI-S) using exploratory structural equation modeling (ESEM). *Psychology of Sport and Exercise*, 12(5), 540-554.

- Morgan, C. M., Tanofsky-Kraff, M., Wilfley, D. E., y Yanovski, J. A. (2002). Childhood obesity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11, 257.
- Morselli E (1886) Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Nollentino della Accademia di Genova*, 6,110-119.
- Morrison, T. G., y O'Connor, W. E. (1999). Psychometric properties of a scale measuring negative attitudes toward overweight individuals. *The Journal of Social Psychology*, 139(4), 436-445.
- Morrison, T.G., Roddy, S., y Ryan, T.A. (2009). Methods for measuring attitudes about obese individuals. En D.B. Allison y M.L. Baskin (Eds.), *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: Measures, theory, and research* (pp. 79-114). Thousand Oaks, C.A.: Sage.
- Mosston, M., y Ashworth, S. (2002). *Teaching Physical Education* (5th ed.). San Francisco C.A.: Benjamin Cummings.
- Mountford, V., Haase, A., y Waller, G. (2006). Body checking in the eating disorders: Associations between cognitions and behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 708–715.
- Murdey, I.D., Cameron, N., Biddle, S.J.H., Marshall, S.J., y Gorely, T. (2005). Short-term changes in sedentary behaviour during adolescence: Project STIL (Sedentary Teenagers and Inactive Lifestyles). *Annals of human biology*, 32(3), 283-296.
- Nagel, K, y Jones, K. (1992). Sociological factors in the development of eating disorders. *Adolescence*, 27, 107-113.
- Ness, A.R., Leary, S.D., Mattocks, C., Blair, S.N., Reilly, J.J., et al. (2007) Objectively Measured Physical Activity and Fat Mass in a Large Cohort of Children. *PLOS Medicine* 4(3): e97. doi:10.1371/journal.pmed.0040097
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S.J., Hannon, P.J., Haines, J., y Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in

- adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39, 244–51.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., y Faibisch, L. (1998). Perceived stigmatization among overweight African-American and Caucasian adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 23(5), 264-270.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Falkner, N.H., Beuhring, T., y Resnick, M.D. (1999). Sociodemographic and personal characteristics of adolescents engaged in weight loss and weight/muscle gain behaviors: Who is doing what? *Preventive Medicine*, 28, 40-50.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P.J., y Rex, J. (2003). New Moves: a school-based obesity prevention program for adolescent girls. *Preventive Medicine*, 37(1), 41-51.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., y Harris, T. (1999). Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents. *Journal of Nutrition Education*, 31, 3-9.
- Neves, Miranda, V.P., et al. (2012). Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 25-32.
- Nogueira, A., Gomes, M.C., Da Silva, D. y D'Élboux, J. (2009). Translation and validation of the Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) for the Portuguese language in Brazil. *Behavior Research Methods*, 41(1), 236-243. doi: 10.3758/BRM.41.1.236.
- Nosek, B. A., Greenwald, A. G., y Banaji, M. R. (2005). Understanding and using the Implicit Association Test: II. Method variables and construct validity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 166–180.
- Nunes, M.A., Olinto, M.T.A., Barros, F.C. y Camey, S. Influencia da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 21-27.

- O'Brien, K. S., Hunter, J. A., y Banks, M. (2007). Implicit anti-fat bias in physical educators: physical attributes, ideology and socialization. *International Journal of Obesity*, 31, 308-314.
- O'Brien, K. S., Hunter, J. A., Halberstadt, J., y Anderson, J. (2007). Body image and explicit and implicit anti-fat attitudes: The mediating role of physical appearance comparisons. *Body Image*, 4, 249-256.
- O'Brien, K. S., Latner, J. D., Halberstadt, J., Hunter, J. A., Anderson, J., y Caputi, P. (2008). Do Antifat Attitudes Predict Antifat Behaviors? *Obesity*, 16, 87-92.
- O'Connor, D.B., Hurling, R., Hendrick, H., Osborne, G., Hall, J., Walklet, E., Whaley, A., y Wood, H. (2011). Effects of Written Emotional Disclosure in Implicit Self-Esteem and Body Image. *British Journal of Health Psychology*, 16(3), 488-501. doi: 10.1348/135910710X523210
- O'Dea, J., y Abraham, S.F. (2001). Knowledge, beliefs, attitudes and behaviors related to weight control, eating disorders, and body image in Australian trainee home economics and physical education teachers. *Journal of Nutrition Education*, 33, 332-340.
- Offer, D., Ostrov, E., Howard, K.I., y Aktkinso, R. (1988). *The teenage World: Adolescent's Self-image in 10 countries*. New York: Plenum Medical.
- Ogden, C.L., Carrol, M.D., Curtin, L.R., McDowell, M.A., Tabak, C.R., y Flegal, K.M. (2006). Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1994-2004. *The Journal of the American Medical Association*, 295(13), 1549-1555.
- Ojerholm, A.J., y Rothblum, E.D. (1999). The Relationships of Body Image, Feminism and Sexual Orientation in College Women. *Feminism and Psychology*, 9(4), 431-448.
- OMS (1995). *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854*. Geneva: WHO.

- OMS (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894*. Geneva: WHO.
- OMS (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet*, 157-163.
- Ortega, M.A. (2010). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de Educación Secundaria de la provincia de Jaén* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.
- Ortega, F.B., Ruiz, J.R., Castillo, M.J., y Sjostrom, M. (2008). Physical fitness in childhood and adolescence: A powerful marker of health. *International Journal of Obesity*, 32(1), 1-11.
- Osman, A., Chiro, C.E., Guitierrez, P.M., Kopper, B.A., y Barrios, F.X. (2001). Factor structure and psychometric properties of the Brief Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 785-799.
- Packard, P., y Krogstrand, K. (2002). Half of rural girls aged 8 to 17 years report weight concerns and dietary changes, with both more prevalent with increased age. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), 672-677.
- Palmeira, A.L., Markland, D.A., Silva, M.N., Branco, T.L., Matins, S.C., Minderico, C.S., et al. (2009). Reciprocal effects among changes in weight, body image, and other psychological factors during behavioral obesity treatment: A mediation analysis. *International Journal Behavior Nutrition and Physical Activity*, 9, 6-9. doi: 10.1186/1479-5868-6-9
- Pastor, R., y Bonilla, A. (2000). Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas. [ElectronicVersion]. *Papeles del Psicólogo*. Revisado 06/02/2009 de <http://www.papelesdelpsicologo.es/imprimir.asp?id=818>.

- Pate, R.R., Blair, S., Drustine, L., Eddy, D.O., Hanson, P., Painter, P., Smith, K., y Wolfe, L. (1991). *Guidelines for exercise testing and prescription*. American College of Sports Medicine, Lea y Fegiber, Philadelphia.
- Pate, R.R., Freedson, P.S., Sallis, J.F., Taylor, W.C., Sirard, J., Trost, S. G., y Dowda, M. (2002). Compliance with Physical Activity Guidelines: Prevalence in a Population of Children and Youth. *Annals of Epidemiology*, 12(5), 303-308.
- Pate, R.R., Sallis, J.F., Ward, D.S., Stevens, J., Dowda, M., Welk, G.J., y Strikmiller, P.K. (2010). Age-related changes in types and contexts of physical activity in middle school girls. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(5), 433-439. doi:10.1016/j.amepre.2010.07.013
- Patrick, K., Norman, G. J., Calfas, K. J., Sallis, J. F., Zabinski, M.F., Rupp, J., et al. (2004). Diet, physical activity, and sedentary behaviors as risk factors for overweight in adolescence. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 158, 385-390.
- Pawlowski, B., Dunbar, R.M. y Lipowicz, A. (2000). Evolutionary fitness: Tall men have more reproductive success. *Nature*, 403, 156. doi: 10.1038/35003107.
- Paxto, S.J., y Phythian, K. (1999). Body Imge, Self-Esteem, and Health Status in Middle and Later Adulthood. *Australian Psychologist*, 34, 116-121. doi: 10.1080/00050069908257439
- Pelegri, A., y Petroski, E.L. (2009). Inatividades física e sua associação com estado nutricional, insatisfação com a imagem corporal e comportamentos sedentários em adolescentes de escolas públicas. *Revista Paulista de Psiquiatria*, 27(4), 366-373.
- Pepper, A., y Ruiz, S. (2007). Acculturation's influence on antifat attitudes, body image and eating behaviors. *Eating Disorders*, 15(5), 427-447.

- Pérez-López, M.S., Lewis, R.J., y Cash, T.F. (2001). The relationship of antifat attitudes to other prejudicial and gender-related attitudes. *Journal of Applied Social Psychology, 31*, 683-697.
- Pérez Samaniego, V. (1999). *El cambio de las actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud: una investigación con estudiantes de magisterio especialistas en Educación Física* (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia.
- Pérez Samaniego, V. (2001). Referentes e indicadores subjetivos: un intento de delimitar el valor educativo del acondicionamiento físico. *Tándem, 2*, 74-89.
- Pérez Samaniego, V., y Devis, J. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud. La perspectiva de proceso y de resultado. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 3*(10), 69-74.
- Perpiñá, C., Borra, C., Baños, R.M., Botella, C., Quero, S., y Jorquera, M. (2003). Psychometric properties of the Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BATQ) in a Spanish population. *37th Annual Convention of AABT*. Boston. International 2003 Association for advancement of behavior therapy.
- Peterson, J.L., Puhl, R.M., y Luedicke, J. (2012). An Experimental Assessment of physical Educators' Expectations and Attitudes: The importance of Student Weight and Gender. *Journal of School Health, 82*(9), 432-440. doi: 10.1111/j.1746-1561.2012.00719.x
- Petersen, A.C., Schulenberg, J.E., Abramowitz, R.H., Offer, D., y Jarcho, H.D. (1984). A Self-image Questionnaire for Young Adolescents (SIQYA): Reliability and validity studies. *Journal of Youth and Adolescence, 13*, 93-111.
- Petry, N.M., Barry, D., Pietrzak, R.H., y Wagner, J.A. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine, 70*, 288-297.

- Piko, F., y Keresztes, N. (2006). Physical activity, psychosocial health, and life goals among youth. *Journal of Community Health, 31*, 136-145.
- Piran, N. (1998). A participatory approach to the prevention of eating in a school. En W. Vandereycken y G. Noordenbos (Eds.), *The prevention of eating disorders* (pp. 173-186). London: Athlone.
- Plous, S. (2003). La psicología del prejuicio, el estereotipo y la discriminación: Un resumen. En S. Plous (Ed.), *Understanding Prejudice and Discrimination* (pp. 3-48). Nueva York: McGraw-Hill.
- Polinko, N. K., y Popovich, P. M. (2001). Evil thoughts but angelic actions: Responses to overweight job applicants. *Journal of Applied Social Psychology, 31*, 905-924.
- Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P., Olivardia, R., y Phillips, K.A. (1997). Muscle dysmorphia: An under recognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics, 38*, 548-557.
- Pope, H.G., Gruber, A.J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R., y Hudson, J.I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1297-1301.
- Pope, H.G., Olivardia, R., Gruber, A.J., y Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International journal of Eating Disorders, 26*, 65-72.
- Pope, H.G., Phillips, K.A., y Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press.
- Price, J.H., Desmond, S.M., y Stelzer, C.M. (1987). Elementary School Principals' Perceptions of Childhood Obesity. *Journal of School Health, 57*(9), 367-370.
- Pruzinsky, T. (1990). Somatopsychic approaches to psychotherapy and personal growth. En T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 296-315). New York: Guilford Press.

- Puhl, R., y Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research, 9*, 788–805.
- Puhl, R.M., y Brownell, K.D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Review, 4*, 213-227.
- Puhl, R. M. y Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity, 14*, 1802–1815.
- Quinlan, N.P., Hoy, M.B., y Costanzo, P.R. (2009). Sticks and Stones: The Effects of Teasing on Psychosocial Functioning in an Overweight Treatment-seeking Sample. *Social Development, 18*(4), 978-1001. doi: 10.1111/j.1467-9507.2008.00521.x
- Quinn, D. M., y Crocker, J. (1999). When ideology hurts: Effects of belief in the Protestant ethic and feeling overweight on the psychological wellbeing of women. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 402-414.
- Rabak-Wagener, J., Eickhoff-Shemek, J., y Kelly-Vance, L. (1998). The Effect of Media Analysis on Attitudes and Behaviors Regarding Body Image Among College Students. *Journal of American College Health, 47*(1), 29-36.
- Raich, R.M. (2001). *Imagen Corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M. (2004). Una perspectiva desde la Psicología de la Salud de la Imagen Corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana, 22*, 15-27.
- Raich, R.M., y Torras, J. (2002). Evaluación del trastorno de la imagen corporal en población general y en pacientes de centros de medicina cosmética españoles mediante el BDDE. *Psicología Conductual, 10*, 93-106.

- Raich, R.M., Torras, J., y Mora, M. (1997). Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología Conductual*, 5, 55-70.
- Ramos, P., de Eulate, L., Liberal, S. y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, 15(16), 65-74.
- Ramos, P., Rivera de los Santos, F., y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal , control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles, *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Rand, C. S. W., y Wright, B. A. (2000). Continuity and change in the evaluation of ideal and acceptable body sizes across a wide age span. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 90–100.
- Reas, D., White,, M., y Grilo, C. (2006). Body Checking Questionnaire: Psychometric properties and clinical correlates in obese men and women with binge eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 326-331.
- Reed, D.L., Thompson, J.K., Brannick, M.T., y Sacco, W.P. (1991). Development and validation of the Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale (PASTAS). *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 323-332.
- Reel, J.J., SooHoo, S., Summerhays, J.F. y Gill, D.L. (2008). Age before beauty: An exploration of body image in Africa-American and Caucasian adult women. *Journal of Gender Studies*, 17(4), 321-330.
- Ricciardelli, L.A., McCabe, M.P., y Ridge, D. (2006). The construction of the adolescent male body through sport. *Journal of Health Psychology*, 11, 577–87.
- Richardson, S.M., y Paxton, S.J. (2010). An Evaluation of a body image intervention based on risk factors for body dissatisfaction: A

- controlled study with adolescents girls. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 112-122. doi: 10.1002/eat.20682
- Riva, G., y Molinari, E. (1998). Replicated factor analysis of the Italian version of the Body Image Avoidance Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 1071-1074.
- Robertson, N., y Vohora, R. (2007). Fitness vs. Fatness: Implicit bias towards obesity among fitness professionals and regular exercisers. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 547-557. doi: 10.1016/j.psychsport.2007.06.002
- Robinson, T.N., Chang, J.Y., Haydel, K.F., y Killen, J.D. (2001). Overweight concerns and body dissatisfaction among third grade children: The impacts of ethnicity and socioeconomic status. *Journal of Pediatrics*, 138, 181–7.
- Roddy, S., Stewart, I., y Barnes-Holmes, D. (2011). Facial reactions reveal that slim is good but fat is not bad: implicit and explicit measures of body-size bias. *European Journal of Social Psychology*, 41(6), 688-694. doi: 10.1002/ejsp.839
- Rodgers , R.F., Paxton, S.J., y Chabrol, H. (2010). Depression as a moderator of Sociocultural influences on eating disorders symptoms in adolescent females and males. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(4), 234-242.
- Rodin, J., Silberstein, L., y Streigel, M. (1984). Women and weight: A normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation*, 32, 267-307.
- Rodríguez, M. (2005). Cultura, genes y epidemiología evolutiva en los trastornos del comportamiento alimentario. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 541-555.
- Roehling, M.V. (1999). Weight-based discrimination in employment: psychological and legal aspects. *Personnel Psychology*, 52, 969–1017.

- Roehling, M.V., Roehling, P.V, y Pichler, S. (2007). The relationship between body weight and perceived weight-related employment discrimination: The role of sex and race. *Journal of Vocational Behavior, 71*, 300-318.
- Rolland.Cachera, M.F., Deheeger, M., Bellisle, F., Sempe, M., Guiloud-Bataille, M., y Patois, E. (1984). Adiposity rebound in children: a simple indicator for predicting obesity. *American Journal of clinical Nutrition, 39*, 129-135.
- Rosen, J.C. (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 188-201). New York: Guilford Press.
- Rosen, J.C. (2006). *Eating Disorders: Pulling it all Together*. *PsycCRITIQUES*, Electronic-Collection.
- Rosen, I.C, Srebnik, D., Saltzberg, E., y Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment, 3*, 32-37.
- Rovira, R.F., Pons, I.F., Martínez, M. M., y Sánchez, R.R. (2002). Self-reported versus measured height, weight, and body mass index in Spanish Mediterranean teenagers: Effects of gender, age and weight on perceptual measures of body image. *Annual of Nutrition and Metabolism, 46*, 68-74.
- Roy, M. y Forest, F. (2007). Assessment of body image distortion in eating and weight disorders: the validation of a computer-based tool (Q-BID). *Eating Weight Disorders, 12*(1), 1-11.
- Rueda-Jaimes, G.E., Camacho, P.A., Milena, S., y Rangel, A.M. (20120). Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 41*(1), 101-110.
- Ruiz, G., Salinero, J. J., Webster, A. L., y Aznar, S. (2006). Measurement of physical activity levels of workers on a spanish university campus

- using accelerometry technology. *Journal of Human Movement Studies*, 51(5), 321-335.
- Rukavina, T. y Pokrajac-Bulian, A. (2006). Thin-ideal internalization, body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in Croatian adolescent girls. *Eating Weight Disorders*, 11(4), 31-37.
- Sabbah, H., Vereecken, C., Abdeen, Z., Coasts, E., y Maes, L. (2009). Associations of overweight and of weight dissatisfaction among Palestinian adolescents: Findings from the national study of Palestinian school children (HBSC-WBG 2004). *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22(1), 40-49. doi: 10.1111/j.1365-277X.2008.00901.x
- Saelens, B.E. (2003). Helping individuals reduce sedentary behavior. En R.E. Andersen (Ed.) *Obesity: Etiology, assessment, treatment, and prevention* (pp.217–238). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M.A., Barbany, M., Moreno, B., et al., (2007). Consenso SEEDO´2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 128(5), 184-196.
- Salazar, Z. (2007). Imagen corporal femenina y publicidad en revistas. *Revista de Ciencias Sociales*, 11(116), 71-85.
- Sallis, J.F. (1993). Epidemiology of physical activity and fitness in children and adolescents. *Critical Reviews in Food Science y Nutrition*, 33, 403-408.
- Sallis, J.F. (2000). Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32(9), 1598-1600.
- Sallis, J.F., Condon, S.A., Gogging, K.J. et al. (1993). The development of self-administered physical activity surveys for 4th grade students. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63(1), 25-31.
- Sallis, J.F., McKenzie, T.L., Alcaraz, J.E., Kolody, B., Faucette, N., y Hovell, M.F. (1997). The effects of a 2-year physical education

- program (SPARK) on physical activity and fitness in elementary school students. *American Journal of Public Health*, 87, 1328-1334.
- Sallis, J.F., Zakarian, J.M., Hovell, M.F., and Hofstetter, C.R. (1996). Ethnic, socioeconomic, and sex differences in physical activity among adolescents. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 125-134.
- Salleras, L. (1985). Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos.
- Sánchez, R. (2008). *Diseño y evaluación de un programa para la mejora de la imagen corporal de personas mayores* (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Sánchez, M. y Carmona, J. (2004). *Análisis de datos con SPSS 12*. Huelva: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva.
- Sánchez Bañuelos, F. (1996). *La actividad física orientada hacia la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sands, E., y Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 193-204.
- Santos, S. (2005). La Educación Física escolar ante el problema de la obesidad y el sobrepeso. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5(19), 179-199.
- Savage, J.S., DiNallo, J.M., y Symons, D. (2009). Adolescents body satisfaction: the role of perceived parental encouragement for physical activity. *International Journal of behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 1-8. doi:10.1186/1479-5868-6-90
- Schaller, N., Seiler, H., Himmerich, S., Karg, G., Gedrich, K., Wolfram, G., y Linseisen, J. (2005). Estimated physical activity in Bavaria, Germany, and its implications for obesity risk: results from the BVS-II Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 2-6.
- Schilder, P. (1935). *Image and appearance of the human body*. Londres: Kegan Paul.

- Schilder, P. (1999). *The Image an Appearance of Human Body: studies in the constructive energies of the psyche*. Londres: Routledge.
- Schmidt, G.J., Walkuski, J.J., y Stensel, D.J. (1998). The Singapore Youth Coronary Risk and Physical Activity Study. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30(1), 105-113.
- Schulte, P., Wagner, G., Ostry, A., Blanciforti, L., Cutlip, R., Krajnak, K., Luster, M., Munson, A., O'Callaghan, J., Parks, C., Simeonova, P., y Miller, D. (2007). Work, Obesity, and Occupational Safety and Health. *American Journal of Public Health*, 97(3), 428-436.
- Schwartz, M.B, Chambliss, H.O., Brownell, K.D., Blair, S.N., y Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, 11(9) 1033-1039.
- Schwartz, M. B., y Puhl, R. (2003). Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obesity*, 4, 57–71.
- Schwartz, M.B., Vartanian, L.R., Nosek, B.A., y Brownell, K.D. (2006). The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity*, 14, 440-447.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T. y Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Serra-Majem, L., y Aranceta, J. (2004). *Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid*. Vol 2. Barcelona: Masson.
- Serra-Majem, L., De Cambra, S., Saltó, E., Roura, E., Rodríguez, F., Valbona, C., y Salleras, L. (1994). Consejo y prescripción de ejercicio. *Medicina Clínica*, 102(1), 100-108.
- Serra-Majem, L., Ribas, L., García, R., Pérez Rodrigo, C., Peña, L. y Aranceta, J. (2002). hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas. En L. Serra-Majem y J. Aranceta (Eds.), *Alimentación infantil y juvenil. Estudio EnKid*, vol. 3 (pp. 13-28). Barcelona: Masson.

- Shen, B., Reinhart-Lee, T., McCaughtry, N., y Li, X. (2012). Urban African-American Girls 'Participation and Future Intentions Toward Physical Education. *Sex Roles*, 67(5-6), 323-333. doi: 10.1007/s11199-012-0179-6
- Shore, R., y Porter, J. (1990). Normative and reliability data for 11 to 18 year olds for the Eating Disorder Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 201-208.
- Sicilia-Camacho, A., y Brown, D. (2008). Revisiting the paradigm shift from the versus to the non-versus notion of Mosston's Spectrum of Teaching Styles in physical education pedagogy: a critical pedagogical perspective. *Physical Education and Sport Pedagogy*, 13(1), 85-108.
- Sicilia-Camacho, A., y Delgado Noguera, M.A. (2002). *Educación Física y Estilos de Enseñanza*. Barcelona: Inde.
- Sides-Moore. L., y Tochkov, K. (2011). The Thinner the better? Competitiveness, depression and body image among college student women. *College Student Journal*, 45(2), 439-448.
- Silverstein, B., Peterson, B., y Purdue, L. (1986). Some correlates of the thin standard of physical attractiveness of women. *International Journal of Eating Disorders*, 5(5), 895-905.
- Simpson, G.E., y Yinger, J.M. (1965). *Racial and cultural minorities: an analysis of prejudice and discrimination*. New York:
- Singer, R.S. (1992). Physical activity and psychological benefits: A position statement of the International Society of Sport Psychology (ISSP). *The Sports Psychologist*, 6, 199-203.
- Singh, D. (1993). Adaptive significance of female physical attractiveness: Role of waist-to-hip ratio. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 292-307.
- Slade, P.D., Dewey, M.E., Newton, T., Brodie, D., y Kiemle, G. (1990). Development and preliminary validation of the Body Satisfaction Scale (BSS). *Psychology and Health*, 4, 213-220.

- Slater, A. y Tiggemann, M. (2011). Gender differences in adolescent sport participation, teasing, self-objectification and body image concerns. *Journal of Adolescence*, 34(3), 455-463.
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: Where do we go from here? *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 15–28.
- Smolak, L., y Levine, M. (2001). Body image in children. En J.K. Thompson y L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (pp. 41–66). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sobal J, Nicolopoulos V, Lee J. (1995). Attitudes about overweight and dating among secondary students. *International Journal of Obesity*, 19, 376-381.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). (2000). Consenso SEEDO´2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 115, 587-589.
- Solbes, I. (2009). *El sobrepeso en la niñez y sus consecuencias sociales. Un estudio evolutivo sobre las actitudes explícitas e implícitas hacia la complexión física y su relación con la imagen corporal* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Soler, C., Núñez, M., Gutiérrez, R., Núñez, J., Medina, P., Sancho, M., Álvarez, J., y Núñez, A. (2003). Facial attractiveness in men provides clues to semen quality. *Evolution Human Behavior*, 24, 199-207.
- Sonstroem, R. J. (1997). The physical self-system: A mediator of exercise and self-esteem. En K.R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 3–26). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Stallings, V.A.(1997). El calcio y la salud ósea en niños: Una revisión. *American Journal of Therapeutics*, 4(7-8), 259-73.

- Stathi, A., Fox, K. y McKenna, J. (2002). Physical Activity and dimensions of subjective well-being in older adults. *Journal of aging and physical activity*, 10, 76-92.
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H y Martin, C.N. (2012). Efficacy Trial of a Selective Prevention Program Targeting Both Eating Disorders and Obesity Among Female College Students: 1- and 2- Year Follow-Up Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 164-170. doi: 10.1037/a0026484
- Stice, E., Trost, A., y Chase, A. (2003). Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 10-21.
- Stice, E., y Whitenton, K (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Development Psychology*, 38, 669-678.
- Storch, E.A., Milsom, V.A., DeBraganza, N., Lewin, A.B., Geffken, G.R., y Silverstein, J.H. (2007). Peer Victimization, Psychosocial Adjustment, and Physical Activity in Overweight and At-Risk-For-Overweight Youth. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 80-89.
- Strauss, R.S., y Pollack, H.A. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 746–752.
- Strauss, R.S., Rodzilsky, D., Burack, G., y Colin, M. (2001). Psychosocial correlates of physical activity in healthy children. *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine*, 155, 897-902.
- Strelan, P. y Hargreaves, D. (2005). *Effective health behavior in older adults: Societal impact on aging*. New York: Springer.
- Strickland A. (2004). *Body image and self-esteem: a study of relationships and comparisons between more and less physically active college women*. (Tesis doctoral). Florida State University: Tallahassee.

- Striegel-Moore, R., y Bulik, C. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist* 62(3), 181-198.
- Striegel-Moore, R.H., y Cachelin, F.M. (1999). Body image concerns and disordered eating in adolescent girls: Risk and protective factors. En N.G. Johnson y M.C. Roberts (Eds.), *Beyond appearance: A new look at adolescent girls* (pp. 85–108). Washington, DC: American Psychological Association.
- Strong, W. B., Malina, R. M., Blimkie, C. J., Daniels, S. R., Dishman, R. K., Gutin, B., et al. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, 146(6), 732–737
- Stunkard, A.J., Sorenson, T.I., y Schulsinger, F. (1983). Use of the Dutch Adoption Register for the study of obesity and thinness. En S. Kety, L.P. Rowland, R.L. Sidman y S.W. Matthysse (Eds.), *The genetics of neurological and psychiatric disorders* (pp. 115-120). New York: Raven.
- Suisman, J.L., y Klump, K.L. (2011). Genetic and Neuroscientific Perspectives on Body Image. En T.F. Cash, y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 29-38). New York: Guilford Press.
- Swami, V. (2011). Evolutionary Perspectives on Human Appearance and Body Image. En T.F. Cash, y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 20-28). New York: Guilford Press.
- Swami, V., Frederick, D.A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., et al. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 309–325.
- Swami, V., Furnham, A., Amin, R., Chaudhri, J., Joshi, K., Jundi, S., Miller, R., Mirza-Begum, J., Nisha-Begum, F., Sheth, P., y Tovee, M. J.

- (2008). Lonelier, lazier, and teased: the stigmatizing effect of body size. *The Journal of Social Psychology*, 148(5), 577-593
- Swami, V., Pietschnig, J., Stieger, S., Tovee, M.J. y Voracek, M. (2010). An investigation of weight bias against women and its associations with individual differences factors. *Body Image*, 7(3), 194-199.
- Swami, V., y Salem, N. (2011). The evolutionary psychology of human beauty. En V. Swami (Ed.), *Evolutionary psychology: A critical introduction* (pp. 131–182). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Swami, V., Salem, N., Furnham, A., y Tovée, M. (2008). The influence of feminist ascription on judgments of women's physical attractiveness. *Body Image*, 5(2), 224-229.
- Sykes, H., y McPhail, D. (2008). Unbearable Lessons: Contesting Fat Phobia in Physical Education. *Sociology of Sport Journal*, 25, 66-96.
- Tabachnick, B.G., y Fidell, L.S. (1996). *Using multivariate statistics* (3rd ed.). New York: Harper Collins College Publisher.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: Studies in psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tamayo, J. A., Pérez, J., y Copado, I. (2008). La educación física y el deporte como base de una sociedad saludable del futuro [Electronic Version]. *efdeportes.com*, 119. Retrieved 11/12/2008 from <http://www.efdeportes.com/efd119/la-educacion-fisica-y-el-deporte.htm>.
- Teachman, B. A., y Brownell, K. D. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: Is anyone immune? *International Journal of Obesity*, 25,1525-1531.
- Teachman, B.A., Gapinski, K.D., Brownell, K.D., Rawlins, M., y Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of Implicit Anti-Fat bias: the impact of providing casual information and evoking empathy. *Health Psychology*, 22(1), 68-78.

- Teachman, B. A. y Mallet, R.K. (2005). Measurement of bias. En K. D. Brownell, R. M. Puhl, M. B. Schwartz y L. Rudd (Eds): *Weight bias: Nature, consequences and remedies* (pp. 121-133). New York: Guilford Press.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Valimaki, I., Wanne, O., y Raitakari, O., (2005) Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 267-73.
- Tercedor, P. (1998). *Estudio sobre la relación entre la actividad física habitual y condición física-salud en una población escolar de 10 años de edad* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.
- Tercedor, P., González-Groos, M., Delgado, M., Chillón, P., Pérez, I., Ruiz, J.R., Montero, A., Moreno, L.A., de Rufino-Rivas, P. y Torralba, C. (2003). Motives and frequency of physical activity practice in Spanish adolescents. The avena study. *Annual Nutrition Metabolims*, 47, 499.
- Tercedor, P., y López, B. (1999). Validación de un cuestionario de actividad física habitual. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 58, 68-72.
- Tercedor, P., Martín-Matillas, M., Chillón, P., Pérez, I., Ortega, F.B., Wärnberg, J., Ruiz, J.R., Delgado, M., y grupo AVENA (2007). Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles. Estudio AVENA. *Nutrición Hospitalaria*, 22(1), 89-94.
- Thompson, J.K. (2004). *Handbook of eating disorders and obesity*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Thompson, J.K., y Altabe, M.N. (1991). Psychometric qualities of the Figure Rating Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 615-619.
- Thompson, J.K., y Cafri, G. (2007) *The muscular ideal*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Thompson, M.A., y Gray, J.J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment tool. *Journal of Personality Assessment*, 64, 258-269.
- Thompson, M.A. y Heinberg, L.J. (1999). The media's influence on body image disturbance and eating disorders: We've reviled them, now can we rehabilitate them? *Journal of Social Issues*, 55, 339-353.
- Thompson, J.K., Heinberg, L., Altabe, M., y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J.K., Heinberg, L., y Tantleff-Dunn, S. (1991). The Physical Appearance Comparison Scale (PACS). *The Behavior Therapist*, 14, 174.
- Thompson, J.K., y Smolak, L. (2001). *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention, and Treatment*. Washington DC: American Psychological Association.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult lifespan: Stability and change. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 29-41.
- Tiggemann, M. (2011). Sociocultural Perspectives on Human Appearance and Body Image. En T.F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 12-19). New York: Guilford Press.
- Tiggemann, M., y Lynch, J.E. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37, 243-253.
- Tiggemann, M., y Rothblum, E.D. (1988). Gender differences in social consequences of perceived overweight in the United States and Australia. *Sex Roles*, 18, 75-86.
- Timmerman, M.E., y Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16, 209-220.

- Tornero, I., Sierra, A., y Carmona, J. (2008). Imagen corporal e influencia de los medios de comunicación en el alumnado de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Huelva. *IV Congreso Internacional y XXV Nacional de Educación Física*. Universidad de Córdoba. Departamento de Educación Artística y Corporal.
- Toro, J., Galilea, B., Martínez-Mallen, E., Salamero, M., Capdevila, L., Mari, J., Mayolas, J., y Toro, E. (2005). Eating disorders in Spanish female athletes. *International Journal of Sports Medicine*, 26(8), 693- 700.
- Torre, E. (1998). *La actividad físico-deportiva extraescolar y su interacción con el área de Educación Física en el alumnado de enseñanzas medias* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.
- Tovée, M.J., y Cornelissen, P.L. (2001). Female and male perceptions of female physical attractiveness in front view and profile. *British Journal of Psychology*, 92, 391–402.
- Tovée, M.J., Swami, V., Furnham, A., y Mangalparsad, R. (2006). Changing perceptions of attractiveness as observers are exposed to a different culture. *Evolution and Human Behavior*, 27, 443–456.
- Tylka, T.L. (2011). Positive Psychology Perspectives on Body Image. En T.F. Cash, y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 146-153). New York: Guilford Press.
- Urquiza, E.G. y Dickinson, F. (2007). El índice cintura-cadera y el índice de masa corporal como elementos sensibles a variaciones ecológicas en las valoraciones de atracción del sexo femenino. *Estudios de Antropología Biológica*, 13, 1121-1139.
- Urzúa, M., Castro, R., Lilo, O., y Leal, P. (2009). Evaluación de los trastornos alimentarios: propiedades psicométricas del test EDI-2 en adolescentes escolarizados de 13 a 18 años. *Revista Chilena de Nutrición*, 4(36), 1063-1073.

- Valverde, P., Rivera de los Santos, F., y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Vander Wal, J. y Thelen, M. (2000). Predictors of body image dissatisfaction in elementary-age school girls. *Eating Behavior*, 1(5), 105-122.
- Vargas, P., y Orozco, R. (2005). La importancia de la Educación Física en el currículo escolar. [Electronic Version]. *Revista InterSedes*, V. Retrieved 23/02/2009 from http://www.intersedes.ucr.ac.cr/07-art_09.html.
- Varo, J.J.; Martínez-González, M.A.; De Irala-Estévez, J.; Kearney, J.; Gibney, M., y Martínez, J.A. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 32, 138-146.
- Vartanian, L.R., Herman, C.P., y Polivy, J. (2005). Implicit and explicit attitudes toward fatness and thinness: The role of the internalization of societal standards. *Body Image*, 2, 373-381.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G.L. y Oliva, A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 185-197.
- Verplanken, B., y Velsvik, R. (2008). Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body Image*, 5(2), 133-140.
- Vicente-Rodríguez, G., Rey-López, J.P., Martín-Matillas, M., Moreno, L.A., Wärnberg, J., Redondo, C., Tercedor, P., Delgado, M., Marcos, A., Castillo, M., Bueno, M., AVENA Study Group, 2008. Television watching, videogames, and excess of body fat in Spanish adolescents: the AVENA study. *Nutrition* 24, 654–662.

- Wadden, T., Brown, G., Foster, G., y Linowitz, J. (1991). Salience of weight related worries in adolescent males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 407–14.
- Walker, L.L., Gately, P.J., Bewick, B.M., y Hill, A.J. (2003). Children's weight loss camps: psychological benefit or jeopardy? *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27, 748–754.
- Wang, W.C., Worsley, A., y Cunningham, E.C. (2009). Social ideological influences on food consumption, physical activity and BMI. *Appetite*, 55(3), 288-296.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility*. New York: Guilford.
- Welsman, J.R., y Armstrong, N. (2000). Physical activity patterns in secondary schoolchildren. *European Journal of Physical Education*, 5, 147-157.
- Wertheim, E.H., Paxton, S.J., yBlaney, S. (2009). Body image in girls. En L. Smolak y J.K. Thompson (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth* (2nd ed., pp. 47–76). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wertheim, E., Paxton, S., Schutz, H. y Muir, S. (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal Psychosomatic Research*, 42(4), 345-55.
- Wherteim, E.H., y Paxton, S.J. (2011). Body Image Development in Adolescent Girls. En T.F. Cash, y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 76-84). New York: Guilford Press.
- Whitehead, S., Biddle, S. (2008). Adolescent girls' perceptions of physical activity: A focus group study. *European physical education review*, 14(2), 243-262. doi: 10.1177/1356336X08090708.
- Wills, T.A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245-271.

- Williams, E.F., Cash, T.F., y Santos, M.T. (2004). Positive and negative body image: Precursors, correlates, and consequences.
- Williams, P. A., y Cash, T. F. (2001). The effects of a circuit weight training program on the body images of college students. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 75–82.
- Williamson, D., Davis, C., Bennett, S., Goreczny, A., y Gleaves, D. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. *Behavioral Assessment*, 11, 433-446.
- Willinge, A., Touyz, S. y Charles, M. (2006). How Do Body-Dissatisfied and Body-Satisfied Males and Females Judge the Size of Thin Female Celebrities? *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 576-582.
- Wiseman, M.A., Gray, J.J., Mosimann, J.E., y Ahrens, A.H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85-89.
- Wood, K.C., Becker, J.A., y Thompson, J.K. (1996). Body image dissatisfaction in preadolescent children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 85-100
- Wood-Barcalow, N.L., Tylka, T.L., y Augustus-Horvath, C.L. (2010). “But I like my body”: Positive body image characteristics and a holistic model for young adult women. *Body Image: An International Journal of Research*, 7, 106–116.
- Yager, Z., y O’Dea, J. (2009). Body image, dieting and disordered eating and activity practices among teacher trainees: implications for school-based health education and obesity prevention programs. *Health Education Research*, 24(3), 472-482. doi: 10.1093/her/cyn044
- Yager, Z., y O’Dea, J. (2010). A controlled intervention to promote a health body image, reduce eating disorder risk and prevent excessive exercise among trainee health education and physical

education teachers. *Health Education Research*, 25(5), 841-852.
doi: 10.1093/her/cyq036

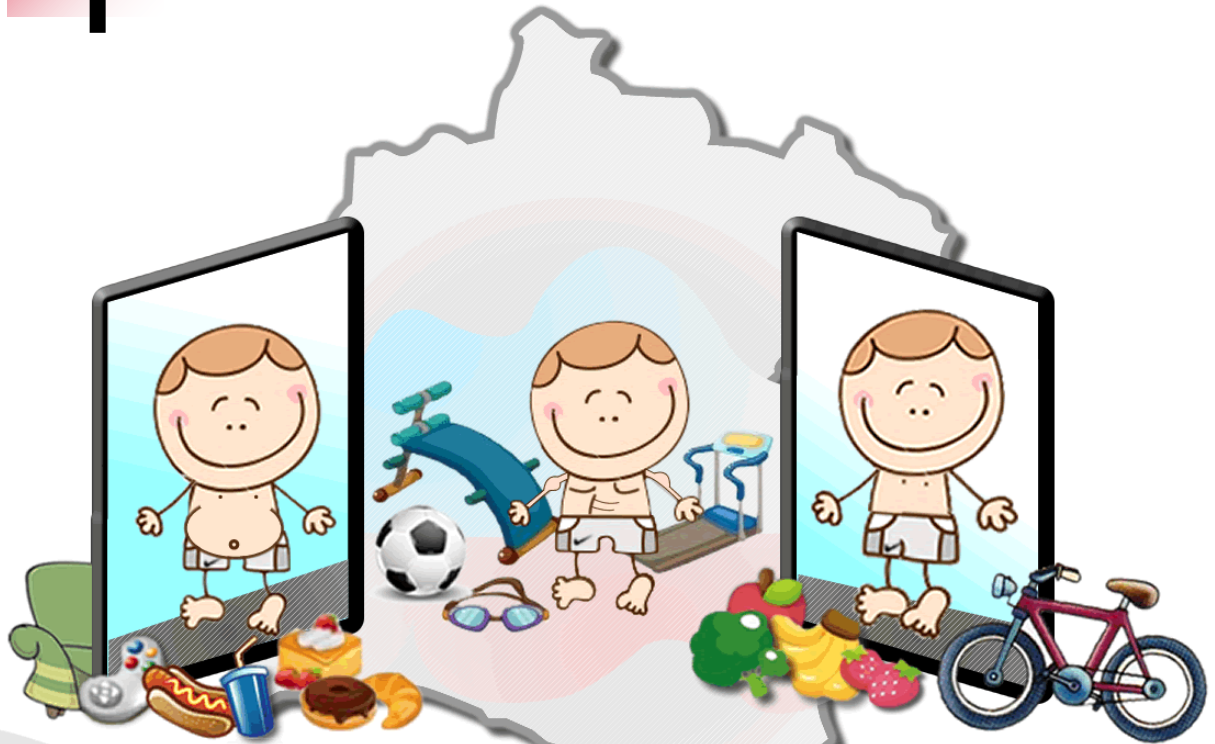
Yanover, T., y Thompson, J.K. (2009). Assessment of body image in children and adolescents. En L. Smolak y J.K. Thompson (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (pp. 177–192). Washington, DC: American Psychological Association.

Young, I.M. (1990). *Throwing like a girls and other essays in feminist philosophy and social theory*. Bloomington, I.N.: Indiana University Press.

Zagalaz, M. L., y Rodríguez, I. (2003). Distorsión de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria en edad escolar. Intervención del profesorado de Educación Física. *Espacio y tiempo.*, 37-38, 23-27.

Zhang, L.F. (2004). Thinking Styles: University Students' Preferred Teaching Styles and Their Conceptions of Effective Teachers. *The Journal of Psychology*, 138(3), 233-252.

Zhang, L.F. (2007). From career personality types to preferences for teachers' teaching styles: A new perspective on style match. *Personality an Individual Differences*, 43(7), 1863-1874.



ANEXOS



CUESTIONARIO ALUMNADO

Fecha: - -
 Edad:
 Género:
 Día Mes Año Años Varón Mujer

Curso: 1º ESO 2º ESO 3º ESO 4º ESO

Nombre Instituto _____

Peso: _____ **Talla:** _____

ENCUESTA DE ACTIVIDAD FÍSICA

CUESTIONARIO DE VERANO. Te vamos a preguntar sobre lo que hiciste **DURANTE EL VERANO**. Te pedimos que contestes con **SINCERIDAD**.

1. ¿Jugaste en algún EQUIPO o CLUB DE DEPORTE durante las vacaciones de verano?

Si No (sigue por la pregunta nº 4)

2. Por favor, marca con una cruz (x) la actividad física o deporte que practicaste en el EQUIPO o CLUB DE DEPORTE durante el verano.

Natación	
Fútbol	
Fútbol sala	
Baloncesto	
Rugby	
Balonmano	
Voleibol	
Atletismo	
Carrera a pie (jogging)	
Tenis	
Tenis de mesa	
Hockey	
Esquí	
Judo o artes marciales	
Pelota (frontón)	
Ciclismo	
Montañismo/senderismo	
Tiro y caza	

Aerobic/Gimnasia rítmica	
Expresión corporal, gym-jazz	
Danza	
Bolos, petanca	
Gimnasia de mantenimiento	
Piragüismo, remo	
Vela (navegación)	
Pesca	
Otra, ¿cuál?	

3. ¿Cuánto tiempo has estado jugando ESTE VERANO con el equipo o club de deporte?

Ninguno Menos de la mitad del verano

La mitad del verano Más de la mitad del verano

4. ¿Has estado en algún CAMPAMENTO o COLONIA este verano?

Si No

5. ¿Cuánto tiempo ha durado el CAMPAMENTO o COLONIA?

Nada Una semana o menos Más de una semana

6. ¿Cuántos días practicaste actividad física o deporte en el CAMPAMENTO o COLONIA?

Ninguno Entre 1 y 3 días
Entre 4 y 6 días 7 días o más

CUESTIONARIO DE FIN DE SEMANA. ¿QUÉ HICISTE DURANTE EL FIN DE SEMANA? Te pedimos que contestes con **SINCERIDAD**.

1. Por favor, marca con una cruz (x) al lado de cada una de las actividades que realizaste el **SÁBADO**, durante 15 minutos o más

Natación	
Fútbol	
Fútbol sala	
Baloncesto	
Rugby	
Balonmano	
Voleibol	
Atletismo	
Carrera a pie (jogging)	
Tenis	
Tenis de mesa	
Hockey	
Esquí	
Judo o artes marciales	
Pelota (frontón)	
Ciclismo	
Montañismo/senderismo	
Tiro y caza	

Aerobic/Gimnasia rítmica	
Expresión corporal, gym-jazz	
Danza	
Bolos, petanca	
Gimnasia de mantenimiento	
Piragüismo, remo	
Vela (navegación)	
Pesca	
Otra, ¿cuál?	

RECUERDA QUE TIENES QUE HABER HECHO LA ACTIVIDAD EL SÁBADO Y DURANTE 15 MINUTOS O MÁS

SI TE HAS EQUIVOCADO RODEA LA CRUZ QUE HAS MARCADO CON UN CÍRCULO

(x)

2. Por favor, marca con una cruz (x) al lado de cada una de las actividades que realizaste el **DOMINGO**, durante 15 minutos o más

Natación	
Fútbol	
Fútbol sala	
Baloncesto	
Rugby	
Balonmano	
Voleibol	
Atletismo	
Carrera a pie (jogging)	
Tenis	
Tenis de mesa	
Hockey	
Esquí	
Judo o artes marciales	
Pelota (frontón)	

Ciclismo	
Montañismo/senderismo	
Tiro y caza	
Aerobic/Gimnasia rítmica	
Expresión corporal, gym-jazz	
Danza	
Bolos, petanca	
Gimnasia de mantenimiento	
Piragüismo, remo	
Vela (navegación)	
Pesca	
Otra, ¿cuál?	

RECUERDA QUE TIENES QUE HABER HECHO LA ACTIVIDAD EL DOMINGO Y DURANTE 15 MINUTOS O MÁS

SI TE HAS EQUIVOCADO RODEA LA CRUZ QUE HAS MARCADO CON UN CÍRCULO

(x)

CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD DIARIA. Te pedimos que contestes con **SINCERIDAD**

3. Por favor, marca con una cruz (x) al lado de cada una de las actividades que realizaste el **AYER, FUERA DEL HORARIO DE CLASE** y durante 15 minutos o más

Natación	
Fútbol	
Fútbol sala	
Baloncesto	
Rugby	
Balonmano	
Voleibol	
Atletismo	
Carrera a pie (jogging)	
Tenis	
Tenis de mesa	
Hockey	
Esquí	
Judo o artes marciales	
Pelota (frontón)	
Ciclismo	
Montañismo/senderismo	
Tiro y caza	

Aerobic/Gimnasia rítmica	
Expresión corporal, gym-jazz	
Danza	
Bolos, petanca	
Gimnasia de mantenimiento	
Piragüismo, remo	
Vela (navegación)	
Pesca	
Otra, ¿cuál?	

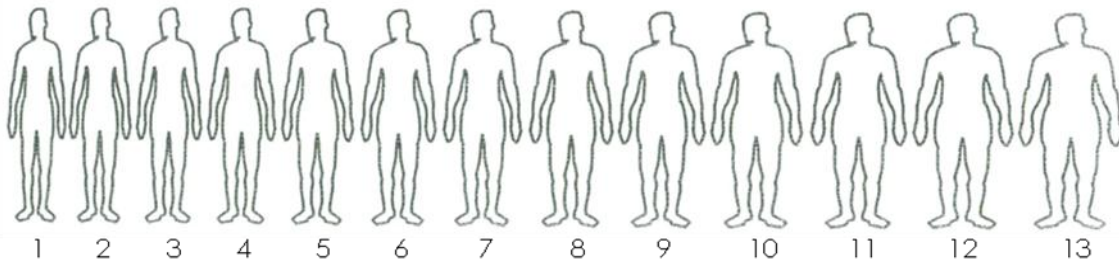
RECUERDA QUE TIENES QUE HABER HECHO LA ACTIVIDAD AYER, FUERA DEL HORARIO DE CLASE Y DURANTE 15 MINUTOS O MÁS

SI TE HAS EQUIVOCADO RODEA LA CRUZ QUE HAS MARCADO CON UN CÍRCULO

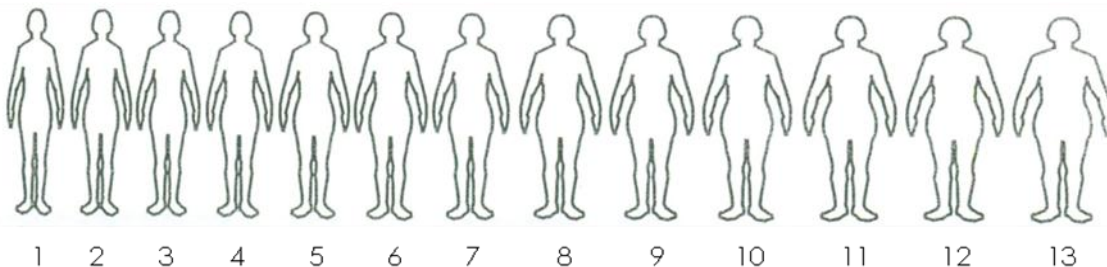


Fíjate en estas siluetas corporales y contesta a las siguientes preguntas:

HOMBRE



MUJER



1. ¿Con cuál de estas figuras corporales te sientes más identificado/a? Señala con un círculo el número correspondiente.
2. ¿Con cuál de estas figuras corporales te gustaría identificarte? Señala con una cruz el número correspondiente.

► Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y señala con una cruz la casilla que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Las opciones de respuesta oscilan desde “nunca” hasta “siempre”. Contesta a todas las preguntas.

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						
2. Estar con gente delgada, ¿te ha hecho fijarte en tu figura?						
3. Al fijarte en la figura de otras personas, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?						
4. Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas) ¿te ha hecho sentirte gordo/a?						
5. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
6. ¿Te has sentido gordo/a y redondeado/a?						
7. ¿Ta has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?						
8. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho ponerte a dieta?						
9. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?						
10. ¿Te ha preocupado que otra gente vea “michelines” alrededor de tu cintura o estómago?						
11. ¿Has pensado que no es justo que otra gente sea más delgada que tú?						
12. Verte reflejado/a en un espejo o escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?						
13. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?						
14. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?						

► La lista siguiente es una serie de pensamientos sobre la apariencia personal que a veces pasan por la cabeza en determinadas situaciones. Por favor, lee cada pensamiento e indica con qué frecuencia, si es el caso, tuviste el pensamiento en la última semana. Por favor, lee cada ítem atentamente y rellena el espacio correspondiente usando la siguiente escala como guía.

1 = Nunca; 2 = Ocasionalmente; 3 = Moderadamente; 4 = Con frecuencia; 5 = A menudo; 6 = Muy a menudo	
1 2 3 4 5 6	1. Siempre pienso en mi apariencia.
1 2 3 4 5 6	2. Me siento incapaz de cambiar mi apariencia.
1 2 3 4 5 6	3. Mi vida es un desastre debido a mi apariencia.
1 2 3 4 5 6	4. Mi apariencia me hace ser un don nadie.
1 2 3 4 5 6	5. Mi aspecto no es lo suficientemente bueno para estar aquí.
1 2 3 4 5 6	6. ¿Por qué nunca tengo buen aspecto?
1 2 3 4 5 6	7. Es injusto que tenga esta apariencia.
1 2 3 4 5 6	8. Con este aspecto nadie se va a enamorar de mí.
1 2 3 4 5 6	9. Me gustaría haber sido más guapo/a.
1 2 3 4 5 6	10. Puedo decir que otras personas piensan que no soy atractivo/a.
1 2 3 4 5 6	11. Debo perder peso.
1 2 3 4 5 6	12. Los demás piensan que parezco gordo/a.
1 2 3 4 5 6	13. Se ríen de mi aspecto.
1 2 3 4 5 6	14. Quizás podría parecerme a él/ella.
1 2 3 4 5 6	15. No soy atractivo/a.
1 2 3 4 5 6	16. El no querrá sentarse conmigo porque no soy guapo/a.
1 2 3 4 5 6	17. Desearía parecerme a cualquier otra persona.
1 2 3 4 5 6	18. Otras personas piensan que soy guapo/a.

1 = Nunca; 2 = Ocasionalmente; 3 = Moderadamente; 4 = Con frecuencia; 5 = A menudo; 6 = Muy a menudo	
1 2 3 4 5 6	19. Mi apariencia me ayuda a tener más confianza.
1 2 3 4 5 6	20. Estoy orgulloso/a de mi cuerpo.
1 2 3 4 5 6	21. Mi cuerpo tiene buenas proporciones.
1 2 3 4 5 6	22. Mi aspecto parece ayudarme socialmente.
1 2 3 4 5 6	23. Me gusta cómo es mi apariencia.
1 2 3 4 5 6	24. Con gente más atractiva yo pienso que soy atractivo/a.
1 2 3 4 5 6	25. Soy por lo menos tan atractivo/a como la mayoría de la gente.
1 2 3 4 5 6	26. No me importa que la gente me mire.
1 2 3 4 5 6	27. Estoy a gusto con mi apariencia.

► Rodea con un círculo el número que mejor describa las frecuencias con que realiza actualmente las siguientes conductas.

1 = Nunca; 2 = Raramente; 3 = Algunas veces; 4 = A veces; 5 = Frecuentemente; 6 = Siempre	
1 2 3 4 5 6	1. Llevo ropas muy holgadas.
1 2 3 4 5 6	2. Llevo ropas que no me gustan
1 2 3 4 5 6	3. Llevo ropas de color oscuro.
1 2 3 4 5 6	4. Llevo un tipo especial de ropas: "Mis ropas de gorda/o".
1 2 3 4 5 6	5. Restrinjo la cantidad de comida que tomo.
1 2 3 4 5 6	6. Sólo como frutas, verduras u otras comidas bajas en calorías.
1 2 3 4 5 6	7. Ayuno durante un día o más.
1 2 3 4 5 6	8. No voy a citas sociales si pienso que voy a ser examinada/o.
1 2 3 4 5 6	9. No voy a reuniones sociales si la gente con la que voy a estar hablará de peso.
1 2 3 4 5 6	10. No voy a reuniones sociales donde sé que habrá personas más delgadas que yo.
1 2 3 4 5 6	11. No voy a reuniones sociales si esto implica comer.
1 2 3 4 5 6	12. Me peso.
1 2 3 4 5 6	13. Estoy inactivo/a.
1 2 3 4 5 6	14. Me miro al espejo.
1 2 3 4 5 6	15. Evito relaciones íntimas.
1 2 3 4 5 6	16. Llevo ropas que disimulan mi peso.
1 2 3 4 5 6	17. Evito ir a comprar ropa.
1 2 3 4 5 6	18. No llevo ropas destapadas como trajes de baño, tops, y pantalones cortos.
1 2 3 4 5 6	19. Me arreglo y me maquillo.

► Nos gustaría conocer tus actitudes y comportamientos relacionados con el peso, la alimentación y la imagen corporal. Por favor, lee cada pregunta y señala con una cruz la casilla que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Las opciones de respuesta oscilan desde "nunca" hasta "siempre". Contesta a todas las preguntas.

	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
1. Creo que mi estómago es demasiado grande.						
2. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.						
3. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.						
4. Me siento satisfecho/a con mi figura.						
5. Me gusta la forma de mi trasero.						
6. Creo que mis caderas son demasiado anchas.						
7. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.						
8. Creo que mi trasero es demasiado grande.						
9. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.						
10. Suelo comer cuando estoy disgustado/a						
11. Suelo hartarme de comida						
12. He ido a comilonas en las que me sentí que no podía parar de comer						

	1. Muy en desacuerdo	2	3	4	5. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	7	8	9. Muy de acuerdo
5. Me resulta difícil tomar en serio a las personas obesas.									
6. Las personas obesas me hacen sentir un poco incómodo.									
7. Si fuera un empresario buscando empleados, posiblemente evitaría contratar a una persona obesa.									
8. Me siento fatal conmigo mismo cuando gano peso.									
9. Poner 10 kilos sería una de las peores cosas que me podían ocurrir.									
10. Me preocupa llegar a ser una persona obesa.									
11. Las personas que pesan demasiado podrían perder al menos algunos kilos haciendo un poco de ejercicio.									
12. Algunas personas están gordas porque no tienen fuerza de voluntad.									
13. Los principales responsables de que la gente obesa esté obesa son ellos mismo.									

► Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y señala con una cruz la casilla que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Las opciones de respuesta oscilan desde “nunca” hasta “siempre”. Contesta a todas las preguntas.

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2. ¿Has estado tan preocupado/a por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?						
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas (culo) son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo /a)?						
5. ¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme?						
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una comida) te ha hecho sentir gordo/a?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?						
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara, saltara?						
9. ¿Estar con chicos/as delgados/as te ha hecho fijar en tu figura?						
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?						
12. ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estás mirando la televisión, leyendo o manteniendo una conversación)?						

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
14. Estar desnudo/a, por ejemplo cuando te duchas, ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
15. ¿Has evitado llevar vestidos que marcasen tu figura?						
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
17. Comer caramelos, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?						
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
21. La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?						
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?						
24. ¿Te ha preocupado que la otra gente vea <i>Michelines</i> alrededor de tu cintura?						
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?						
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo en un autobús, en el cine...)?						
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja o celulitis?						
29. Verte reflejado/a en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa hay?						
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (por ejemplo, piscinas, duchas, vestidores...)?						
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?						
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?						
34. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						

► Nos gustaría conocer el modo de enseñanza utilizado en tus clases de Educación Física. Lee cada texto y contesta el cuestionario. Las opciones de respuesta oscilan desde 1 a 5. Para la primera pregunta las opciones oscilan desde 1 “nunca” hasta 5 “Siempre”. Para las restantes preguntas las opciones oscilan desde 1 “Fuertemente en desacuerdo” hasta 5 “Fuertemente de acuerdo”. Contesta a todas las preguntas.

1. El profesor organiza varias estaciones en la clase y los alumnos trabajan en diferentes partes de una actividad o diferentes actividades. Los alumnos pasan de una estación a otra y ejecutan las tareas a su ritmo. El profesor circula y ayuda a los alumnos cuando sea necesario.

	1. Nunca	2	3	4	5. Siempre
1. He usado este modo de enseñar la Educación Física					
	1. Fuertemente en desacuerdo	2	3	4	5. Fuertemente de acuerdo
2. Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes.					
3. Pienso que este modo de enseñanza ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos					
4. Pienso que este modo de enseñanza motivaría a los estudiantes para aprender					

2. El profesor escoge el objeto general de estudio, pero el alumno toma la inmensa mayoría de las decisiones en cuanto a las experiencias de aprendizaje. El alumno decide según las consignas y las directivas del profesor y desarrolla su programa de aprendizaje personalizado consultando al profesor.

	1. Nunca	2	3	4	5. Siempre
1. He usado este modo de enseñar la Educación Física					
	1. Fuertemente en desacuerdo	2	3	4	5. Fuertemente de acuerdo
2. Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes.					
3. Pienso que este modo de enseñanza ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos					
4. Pienso que este modo de enseñanza motivaría a los estudiantes para aprender					

3. El profesor desarrolla una actividad de aprendizaje que comprende diferentes niveles de dificultad. Los alumnos deciden a cual nivel de dificultad quieren trabajar. Los alumnos pueden decidir devolver la tarea más fácil o difícil cambiando de nivel para que convenga su nivel de competencia.

	1. Nunca	2	3	4	5. Siempre
1. He usado este modo de enseñar la Educación Física					
	1. Fuertemente en desacuerdo	2	3	4	5. Fuertemente de acuerdo
2. Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes.					
3. Pienso que este modo de enseñanza ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos					
4. Pienso que este modo de enseñanza motivaría a los estudiantes para aprender					

4. Los alumnos intentan enterarse de una nueva habilidad o un concepto utilizando un razonamiento lógico. El profesor pide una cuestión y los alumnos intentan razonar y encontrar diferentes soluciones. Utilizando un razonamiento crítico para encontrar soluciones a la cuestión, los alumnos descubren la respuesta sólo buena.

	1. Nunca	2	3	4	5. Siempre
1. He usado este modo de enseñar la Educación Física					
	1. Fuertemente en desacuerdo	2	3	4	5. Fuertemente de acuerdo
2. Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes.					
3. Pienso que este modo de enseñanza ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos					
4. Pienso que este modo de enseñanza motivaría a los estudiantes para aprender					

5. El profesor descompone una tarea en diferentes partes y demuestra el buen modo de ejecutar la actividad. Los alumnos intentan realizar la tarea en el momento en el que el profesor lo pide y exactamente de la misma manera que el profesor lo pide. El profesor da una información sobre cómo se realiza la tarea a los alumnos que intentan reproducir el modelo presentado por el profesor.

	1. Nunca	2	3	4	5. Siempre
1. He usado este modo de enseñar la Educación Física					
	1. Fuertemente en desacuerdo	2	3	4	5. Fuertemente de acuerdo
2. Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes.					
3. Pienso que este modo de enseñanza ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos					
4. Pienso que este modo de enseñanza motivaría a los estudiantes para aprender					

6. El profesor les pide a los alumnos descubrir la solución a una actividad. El profesor les pide una serie de cuestiones específicas a los alumnos. Más tarde, los alumnos buscan las respuestas hasta que descubran la respuesta que el profesor quería hacerles descubrir.

	1. Nunca	2	3	4	5. Siempre
1. He usado este modo de enseñar la Educación Física					
	1. Fuertemente en desacuerdo	2	3	4	5. Fuertemente de acuerdo
2. Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes.					
3. Pienso que este modo de enseñanza ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos					
4. Pienso que este modo de enseñanza motivaría a los estudiantes para aprender					

7. El alumno toma todas las decisiones en cuanto al aprendizaje de una nueva materia. El alumno puede decidir si el profesor debe ser incluido en el proceso o no. El profesor acepta las decisiones del alumno respecto a su aprendizaje.

	1. Nunca	2	3	4	5. Siempre
1. He usado este modo de enseñar la Educación Física					
	1. Fuertemente en desacuerdo	2	3	4	5. Fuertemente de acuerdo
2. Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes.					
3. Pienso que este modo de enseñanza ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos					
4. Pienso que este modo de enseñanza motivaría a los estudiantes para aprender					

8. Dos alumnos trabajan juntos en una actividad elaborada por el profesor. Un alumno practica mientras que el otro le da información sobre cómo realiza la actividad. Los alumnos podrían utilizar una lista de comprobación con el fin de darse las retroalimentaciones pertinentes.

	1. Nunca	2	3	4	5. Siempre
1. He usado este modo de enseñar la Educación Física					
	1. Fuertemente en desacuerdo	2	3	4	5. Fuertemente de acuerdo
2. Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes.					
3. Pienso que este modo de enseñanza ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos					
4. Pienso que este modo de enseñanza motivaría a los estudiantes para aprender					

9. El profesor les pide a los alumnos descubrir la solución a una actividad. Los alumnos intentan descubrir diferentes soluciones o resultados a la cuestión puesta por el profesor. Existen varios modos de responder a la cuestión correctamente.

	1. Nunca	2	3	4	5. Siempre
1. He usado este modo de enseñar la Educación Física					
	1. Fuertemente en desacuerdo	2	3	4	5. Fuertemente de acuerdo
2. Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes.					
3. Pienso que este modo de enseñanza ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos					
4. Pienso que este modo de enseñanza motivaría a los estudiantes para aprender					

10. Los alumnos trabajan individualmente en una actividad y verifican su trabajo. El profesor puede dar una lista de comprobación para permitir a los alumnos autocorregirse durante el aprendizaje de la tarea.

	1. Nunca	2	3	4	5. Siempre
1. He usado este modo de enseñar la Educación Física					
	1. Fuertemente en desacuerdo	2	3	4	5. Fuertemente de acuerdo
2. Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes.					
3. Pienso que este modo de enseñanza ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos					
4. Pienso que este modo de enseñanza motivaría a los estudiantes para aprender					

11. El alumno decide lo que aprenderá y cómo lo aprenderá. El profesor y el alumno desarrollan criterios de base pero es el alumno quien decide qué aprender y cómo enterarse de ello. El profesor puede dar información si el alumno lo necesita.

	1. Nunca	2	3	4	5. Siempre
1. He usado este modo de enseñar la Educación Física					
	1. Fuertemente en desacuerdo	2	3	4	5. Fuertemente de acuerdo
2. Pienso que este modo de enseñanza haría la clase más divertida para mis estudiantes.					
3. Pienso que este modo de enseñanza ayudaría a los estudiantes a aprender habilidades y conceptos					
4. Pienso que este modo de enseñanza motivaría a los estudiantes para aprender					

FIN DE LA PRUEBA

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

	1. Muy en desacuerdo	2	3	4	5. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	7	8	9. Muy de acuerdo
5. Me resulta difícil tomar en serio a las personas obesas.									
6. Las personas obesas me hacen sentir un poco incómodo.									
7. Si fuera un empresario buscando empleados, posiblemente evitaría contratar a una persona obesa.									
8. Me siento fatal conmigo mismo cuando gano peso.									
9. Poner 10 kilos sería una de las peores cosas que me podían ocurrir.									
10. Me preocupa llegar a ser una persona obesa.									
11. Las personas que pesan demasiado podrían perder al menos algunos kilos haciendo un poco de ejercicio.									
12. Algunas personas están gordas porque no tienen fuerza de voluntad.									
13. Los principales responsables de que la gente obesa esté obesa son ellos mismo.									

► Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el último mes. Por favor, lee cada pregunta y señala con una cruz la casilla que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Las opciones de respuesta oscilan desde “nunca” hasta “siempre”. Contesta a todas las preguntas.

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2. ¿Has estado tan preocupado/a por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?						
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas (culo) son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo /a)?						
5. ¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme?						
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una comida) te ha hecho sentir gordo/a?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?						
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara, saltara?						
9. ¿Estar con chicos/as delgados/as te ha hecho fijar en tu figura?						
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?						
12. ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estás mirando la televisión, leyendo o manteniendo una conversación)?						

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
14. Estar desnudo/a, por ejemplo cuando te duchas, ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
15. ¿Has evitado llevar vestidos que marcasen tu figura?						
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
17. Comer caramelos, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?						
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
21. La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?						
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?						
24. ¿Te ha preocupado que la otra gente vea <i>micelines</i> alrededor de tu cintura?						
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?						
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo en un autobús, en el cine...)?						
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja o celulitis?						
29. Verte reflejado/a en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa hay?						
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (por ejemplo, piscinas, duchas, vestidores...)?						
32. ¿has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?						
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?						
34. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						

FIN DE LA PRUEBA

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

