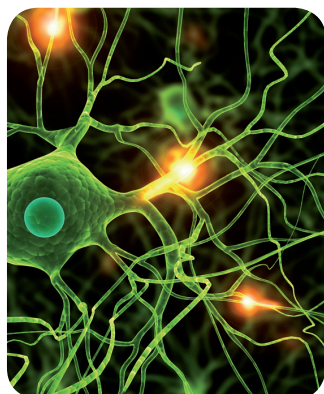




MÁSTERES de la UAM

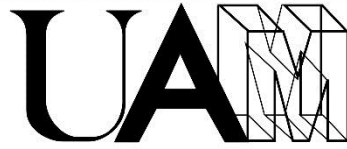
Facultad de Formación
de Profesorado
y Educación / 14-15

Innovación, Evaluación
y Calidad en Educación
Física



**El autoconcepto
físico del alumnado
de sexto curso de
primaria: estudio
en varios centros
educativos
de la CAM**

Adrián Ortiz Gómez



**UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE MADRID**

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA, DEPORTE Y
MOTRICIDAD HUMANA**

**MÁSTER EN INNOVACIÓN, EVALUACIÓN Y CALIDAD EN EDUCACIÓN
FÍSICA**

**EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO
DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN
VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.**

AUTOR: ORTIZ GÓMEZ, ADRIÁN

DIRECTOR: ARGUDO ITURRIAGA, FRANCISCO MANUEL

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

CURSO: 2014-15

RESUMEN

El estudio describe la importancia que la sociedad atribuye a “una apariencia perfecta” viendo la relación que tiene percibirse hábil físicamente con el autoconcepto físico. Mi propósito es determinar estas dimensiones del autoconcepto físico en el alumnado y describir su imagen corporal comparándola con la realidad, describiendo además su influencia respecto a la presión sociocultural.

Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo relacionado con el autoconcepto físico del alumnado de sexto curso de primaria de cuatro colegios de la CAM, con el fin de determinar y describir su grado de insatisfacción y distorsión corporal (Escala de Gardner) relacionándolo a la apariencia general (bioinpedancia), a la autopercepción de habilidad física (CAF) y a sus influencias socioculturales (CIMEC-26).

Los resultados para ambos géneros muestran una insatisfacción y distorsión corporal leve, altos índices de las dimensiones del CAF obteniendo mejores puntuaciones en chicos. Respecto al CIMEC-26, no aparecen influencias socioculturales teniendo peores puntuaciones las chicas. En relación a los datos biométricos aparece correlación directa y significativa entre el IMC ($r=.361$; $P<.001$) y la insatisfacción corporal y entre el % de grasa ($r=.395$; $P<.001$) y la misma.

Como conclusión, la muestra presenta ligeras insatisfacciones corporales teniendo peores puntuaciones las chicas. Aunque no aparecen influencias por la presión sociocultural, es necesario prevenir que empeore, ya que esta mínima insatisfacción a la larga podría causar enfermedad. Respecto al propio autoconcepto físico se debería prestar mayor atención al género femenino ya que presentan mayor sensibilidad a percibirse peor pudiéndose intervenir mediante metas físicas alcanzables a corto plazo.

Palabras clave: autoconcepto físico, IMC, peso, grasa, presión sociocultural, insatisfacción corporal.

ABSTRACT

The study describes how important is "a perfect appearance" for the society, analyzing the relationship between feeling physically skilled and the physical self-concept. My purpose is to determine these aspects of the self-concept in students and to describe their body image compared with reality, describing also its influence regarding to socio-cultural pressure.

This is a descriptive quantitative study associated with physical self-concept of sixth year of primary school students from CAM schools, in order to determine the degree of dissatisfaction among them and the distortion of their body image (Gardner's Scale) relating it to general appearance (bioimpedance), self-perception of physical activity (CAF) and its socio-cultural influences (CIMEC-26).

Results in both sexes show a minor dissatisfaction and distortion of their body image, high levels of CAF aspects, obtaining higher scores in boys. Relating to CIMEC-26, there is not any socio-cultural influence in lower scores in girls. Relating to biometric data there is a significant direct interrelation between BMI ($r=.395$; $P<.001$) and body dissatisfaction. There is also an interrelation between this dissatisfaction and fat percentage ($r=.395$; $P<.001$).

In conclusion, the sample presents few body dissatisfactions, with lower scores in girls. Although there are no influences by socio-cultural pressure, it is necessary to prevent its worsening, so that this minimal dissatisfaction could cause illness in the long rang. Relating to physical self-concept, female sex should be observed more closely, so that girls show a higher sensibility to perceive themselves worse than boys. This could be interfered through physical goals achievable in a short term.

Key terms: physical self-concept, BMI, weight, fat, socio-cultural pressure, body dissatisfaction.

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	5
Introducción	6
CAPÍTULO 2. OBJETO DE ESTUDIO.....	9
Objeto de estudio	10
CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL, ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	11
Marco teórico-conceptual.....	12
Autoconcepto	12
Autoconcepto físico	15
Autoconcepto físico e imagen corporal.....	16
Autoconcepto Físico y Presión Sociocultural.....	31
Autoconcepto Físico, Actividad Física, Ejercicio Físico y Deporte	34
Relación Índice de Masa Corporal (IMC) y Tejido Adiposo con el Autoconcepto Físico	37
Antecedentes y Estado de la Cuestión	41
CAPÍTULO 4. OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	44
Objetivos del proyecto	45
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA.....	46
Metodología de la investigación.....	47
Participantes y contexto	47
Variables y técnicas e instrumentos de la investigación	48
Tratamiento de los datos.....	56
Aspectos éticos.....	57
CAPÍTULO 6. FASES DE DESARROLLO DEL PROYECTO.....	58
Fases de desarrollo del proyecto.....	59
CAPÍTULO 7. RESULTADOS: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	63
Presentación y análisis de los resultados.....	64
Discusión	81
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES	83
Conclusiones.....	84
CAPÍTULO 9. BENEFICIOS DEL PROYECTO.....	87
Beneficios del proyecto	88
CAPÍTULO 10. BIBLIOGRAFÍA	91
Bibliografía:	92
CAPÍTULO 11. ANEXOS	99

Anexo 1. Tablas IMC para 11 y 12 años de edad (OMS, 2007) y Clasificación composición corporal (% masa grasa) (Filho, 1999) para chicos y chicas	100
Anexo 2. Cuestionarios Estudio Autoconcepto Físico	101
Anexo 3. Hoja de Registros	107
Anexo 4. Permiso Universidad Autónoma de Madrid.....	109
Anexo 5. Consentimiento Informado Padre/Madre/Tutor/Tutora	110
Anexo 6. Consentimiento Equipo Directivo	112
Anexo 7. Tabla comparativa de los trastornos.....	113
Anexo 8. Tabla de Correlaciones Parciales.....	115

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

Introducción

El autoconcepto físico es un tema muy amplio que puede abarcar una visión multidisciplinar, como es el ámbito psicológico (relación con la autoestima, autoeficacia y autoconfianza...), ámbito nutricional (trastornos de conducta alimentaria, regímenes, dietas...), ámbito deportivo (actividad física como factor influyente en el autoconcepto, deportes estéticos...), ámbito social (sociedad delgada, ideales de belleza, medios de comunicación, modelos estéticos...) y ámbito educativo (educación de la imagen corporal, esquema corporal, expresión corporal, autoconcepto académico...).

Este último ámbito, que es en el que nos encontramos, podría a su vez favorecer cada uno de los demás ámbitos a través de la Educación Física. Es por esto que, aparte de que es una línea de investigación muy motivante para mí, nos parece un tema muy extenso sobre el que estudiar e investigar en la actualidad, teniendo gran relevancia social por la cantidad de adolescentes y jóvenes que sufren trastornos asociados a la imagen (4% de las adolescentes de la población española según Baile, Raich y Garrido (2003) cuya causa, entre otras, es de la sociedad en que nos encontramos.

Es cierto que hay numerosos estudios sobre autoconcepto físico, pero que en apenas 25 años fue cuando se empezó a investigar (Goñi y Fernández, 2009), principalmente en edades de la etapa de la adolescencia (pubertad). El presente estudio partió, como punto de partida, de ver si en la sociedad actual en la que nos encontramos afecta a la manera de percibirse el alumnado respecto a la apariencia general, siendo la muestra de edades inferiores (11-12 años) a la mayoría de estudios que hay en la actualidad, además de incorporar y relacionar el nivel sociocultural de los padres y las madres y el del propio alumnado que poco se ha estudiado hasta ahora a mi parecer.

Goñi y Fernández (2008) presuponen que, durante la infancia, hasta los 12 años de edad, el autoconcepto es global e indiferenciado por lo que no cabría hablar del autoconcepto físico y sus dimensiones. Sin embargo, pienso que en la actualidad, se da tanta importancia a la apariencia física que si cabría la posibilidad de que ya empezara a haber distorsiones e insatisfacciones de la imagen corporal pudiendo encontrar valores bajos en lo que al autoconcepto físico corresponde.

Tras comprobar si existían relaciones a estas edades, también se pretendió asociar el autoconcepto físico a la percepción física (fuerza, habilidad deportiva y condición física) en que se encontraba dicho alumnado con el propósito de corresponder dicha percepción física con una mejora de dicho autoconcepto.

Esto genera un motivo personal de estudio ya que, el pensamiento es, que tanto en chicas como en chicos, no es necesario sufrir cambios corporales (etapa de la pubertad a los 15 años) para crear un autoconcepto físico insatisfactorio, ya que la sociedad actual en que vivimos nos corrompe y nos "obliga" a tener un cuerpo "bello" si queremos tener éxito en la vida (Asuero, Avargues, Martín y Borda, 2012). Esto podrá acarrear que el alumnado empiece a preocuparse e incluso a querer cambiar su apariencia física antes de la pre-adolescencia.

Se nos presentó una oportunidad social de estudio importante ya que se intentó observar si dicha insatisfacción y distorsión corporal aparecía a edades tan tempranas en la actualidad, pudiendo así en el futuro abrir otras investigaciones que enriquecieran este tema con el fin de conseguir que el alumnado, a cualquier edad, no mostrase una

preocupación extrema por la apariencia de su cuerpo. Además se describieron qué relaciones existen entre una buena y mala imagen corporal con una percepción físico-deportiva buena y mala con el fin de obtener resultados que pudieran ayudarnos a establecer actividades físico-deportivas sobre estas dimensiones en nuestro futuro docente.

Las dificultades que hemos de enfrentarnos hacían referencia a la falta de tiempo para abordar dicha investigación, puesto que la fecha de entrega del presente estudio era en apenas un par de meses. Esta falta de tiempo a su vez creó otras dificultades, como fue la de buscar más centros escolares al ser un único investigador, pudiendo aumentar la muestra del estudio.

La muestra del estudio aunque era relativamente amplia, los/las sujetos no estaban elegidos al azar por lo que la muestra no era representativa a la población general debido a la dificultad de llevarlo a cabo en tan poco tiempo. Además los cuestionarios utilizados, aunque presentan validez y fiabilidad, están orientados para edades a partir de 12 años, lo que puede suponer dificultad de comprensión al situarse en el límite de estas franjas de edad. La elección de dichos cuestionarios fue estudiada y tras descartar otros cuestionarios se concluyó que los más fáciles de comprender, y por lo tanto los que aplicamos, son el CIMEC-26, el CAF y la Escala de Gardner.

En cuanto a las limitaciones del estudio, por la falta de tiempo, hubiera dado calidad al estudio el poder comparar con otros cursos y edades diferentes de los mismos centros, pudiendo sacar resultados más significativos.

También, por la misma causa, nos hubiese gustado tomar otros datos y poder contrastar la imagen corporal percibida detallada con la apariencia corporal real detallada (cintura, cadera, muslos y estómago) a través de toma de perímetros de estos aumentando la calidad y precisión del estudio, además de poder establecer relaciones de ese autoconcepto físico con la actividad física que realizan en cuanto a duración, tipo de actividad, intensidad, frecuencia u otros cuestionarios relativos a esta (ejemplo: PAQ-A).

Por último, como manera de mejorar dicha investigación en el futuro, podría contrastarse los datos obtenidos con otros instrumentos como la entrevista o el grupo de discusión, pudiendo también validar un cuestionario para primaria sobre el autoconcepto físico, además de trabajar de manera multidisciplinar con otros investigadores (psicólogos, nutricionistas, médicos...) evitando que se escape cualquier detalle, aumentando el conocimiento del estudio.

En cuanto a la estructura del trabajo que viene a continuación, primeramente presentaremos el objeto de estudio, concretando con la mayor precisión posible el objeto central del proyecto.

Luego seguiremos con el marco teórico-conceptual, los antecedentes y el estado de la cuestión en relación al estudio.

Posteriormente describiremos con claridad y precisión los objetivos para pasar a la metodología de la investigación, donde se detallarán los participantes, el contexto, las variables del estudio, las técnicas e instrumentos utilizados de la investigación, cómo se van a tratar los datos y los aspectos éticos.

Finalmente se incluirán los apartados de las fases de desarrollo del proyecto mediante un cronograma, los beneficios del proyecto explicando para qué es útil este proyecto y la bibliografía y anexos que se han hecho uso durante todo el trabajo.

CAPÍTULO 2. OBJETO DE ESTUDIO

Objeto de estudio

El presente estudio pretendió hacer una aproximación psicológica y educativa sobre el autoconcepto.

Siguiendo el modelo multidimensional y jerárquico de Shalvelson, Hubner y Stanton (1976) que se demuestra en la Figura 1, el autoconcepto general, podría dividirse a su vez en autoconcepto académico (las materias escolares relacionadas con las lenguas, las ciencias, la historia y las matemáticas) y en autoconcepto no académico, el cual a su vez mantiene otras dimensiones siendo el autoconcepto social (entre iguales y otros significativos), el autoconcepto emocional (estados emocionales concretos) y el autoconcepto físico (habilidad física y el aspecto físico).

Es esta última dimensión en la que el estudio trató de acercarse. El autoconcepto físico fue el tema principal del trabajo en todo momento, donde se centró, siguiendo este modelo, en los aspectos de habilidad física, condición física y fuerza, y en el aspecto físico (atractivo físico e imagen corporal).

Hemos tratado de hacer un contraste descriptivo sobre cómo se percibe el alumnado de sexto de primaria de cuatro colegios de la Comunidad Autónoma de Madrid, en cuanto a la imagen corporal general y habilidad física con respecto a la realidad del momento en que se planteó y la influyente presión sociocultural ejercida en ellos y ellas.

Estas dos variables nos podrán dar una aproximación más precisa sobre su percepción de insatisfacción corporal y distorsión de su propia imagen corporal y su percepción físico-deportiva, pudiendo diferenciarlo según el género.

Esta percepción se contrastó con otras variables más objetivas como son el peso, el Índice de Masa Corporal (IMC) y el % de masa grasa para comprobar si lo que perciben ellas y ellos se corresponde con la realidad, además de compararlo con la variable nivel sociocultural de sus respectivos padres y madres.

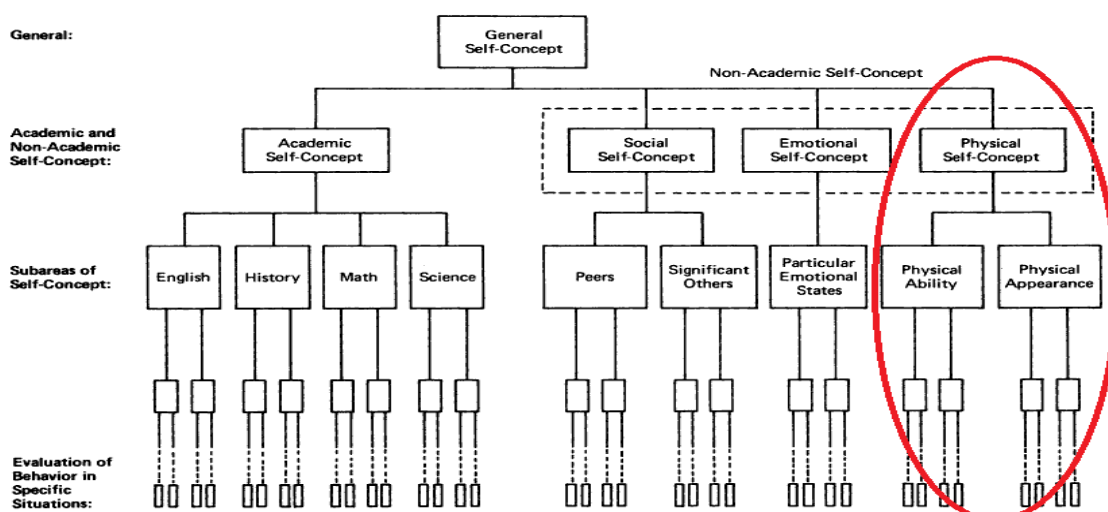


Figura 1. Modelo Autoconcepto General. Fuente: Shalvelson, Hubner y Stanton (1976, p. 413)

CAPÍTULO 3. MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL, ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

Marco teórico-conceptual, Antecedentes y Estado de la cuestión

A continuación pasaremos a situar mi objeto de estudio en un marco teórico-conceptual atendiendo igualmente a una breve reseña histórica, antecedentes y estado de la cuestión del mismo.

Marco teórico-conceptual

Los estudios sobre el autoconcepto físico concitan la atención de profesionales como médicos, profesores, educadores físicos, educadores sociales... debido a las perspectivas de intervención educativo/preventivo que se ofrece en relación a los problemas actuales de gran impacto social como los trastornos de conducta alimentaria, los hábitos de vida saludable, el bienestar psicológico, etc. (Goñi y Fernández, 2009).

La cultura occidental presenta en la actualidad una preocupación por el peso o el miedo a engordar, buscando, principalmente las mujeres, la delgadez a cualquier precio (Asuero et al., 2012).

Los modelos estéticos para el género femenino exaltan cuerpos extremadamente delgados con formas poco redondeadas, cuerpos andróginos y angulosos donde las características sexuales aparecen desdibujadas. Para el sexo masculino sin embargo, el estándar estético se aproxima al cuerpo atlético, con pectorales y abdominales muy desarrollados, espaldas anchas y cinturas estrechas. Aun así, en ambos modelos existe una sobrevaloración de la delgadez, a la que se asocian unas características sociales y de personalidad positiva, y una estigmatización de la gordura (Bully, Elosua y Jáuregui, 2012).

De ahí la importancia del estudio, ya que este prototipo de la sociedad (principalmente el de las mujeres) no es saludable pudiendo causar trastornos asociados a la imagen.

Para ubicar el centro de atención del proyecto representaremos a continuación una aproximación terminológica que nos ayude a comprender el objeto de estudio, relacionándolos con las diferentes edades, con el género y con el nivel sociocultural ya que son variables a tener en cuenta en mi estudio.

Autoconcepto

Las primeras aportaciones, en el ámbito de la psicología, datan de finales del siglo XIX, las cuales, en 1890, William James fue reconocido como el primer psicólogo que desarrolló la teoría del autoconcepto en su obra *The Principles of Psychology*, distinguiendo entre el yo-*self* como sujeto (el conocedor, el agente activo responsable de la construcción del mí-objeto) y el mí-*self* como objeto (*self* creado por el yo-sujeto que recoge conocimientos sobre nosotros mismos) (Goñi y Fernández, 2009).

El *self* podría actuar tanto como un agente con capacidad para pensar y percibir, como con un objeto sobre el que se reflexiona. Es por este motivo el cual uno puede pensar,

percibir y conocer muchas cosas además de incluirse uno mismo (Núñez y González, 1994)

En esta teoría las principales aportaciones al estudio del autoconcepto fueron la distinción entre el yo y el mí, la existencia de múltiples *selves* (material, social y espiritual), la organización jerárquica de los distintos *selves* (*self* espiritual ocuparía la parte alta de la jerarquía, posteriormente el *self* social, seguido del *self* material), la formación social del autoconcepto, la distinción entre el éxito percibido y las aspiraciones o pretensiones y la distinción entre la percepción y el valor conferido a la misma (Goñi y Fernández, 2009).

Los mismos autores comentan como la corriente del interaccionismo simbólico, siendo los máximos exponentes Cooley en 1902 y Mead en 1934, es una de las más importantes dentro de la psicología social durante los años veinte y treinta del pasado siglo, poniendo énfasis esta corriente en cómo las interacciones sociales con los otros configuran el autoconcepto.

Cooley afirmaba en su teoría del *Looking-glass self*, que el yo actual de una persona sería el reflejo de las percepciones que los demás tienen sobre ella, es decir, las autopercepciones serían las unidades mínimas del análisis del autoconcepto. La idea de Cooley la desarrollaría Mead señalando que estas autopercepciones eran construcciones desarrolladas en un contexto social determinado encontrándose influenciada por el comportamiento de los demás (Núñez y González, 1994).

Esta corriente hace un reclamo del estudio de la conducta humana desde un marco social ya que no cabe entender un análisis de lo individual sin tener en cuenta lo social (interacción hombre-sociedad) observando las percepciones de cómo los otros reaccionan ante la persona y cómo esta percepción refleja las reacciones de los demás (Goñi y Fernández, 2009).

En los años cuarenta aparecería una nueva corriente psicológica denominada psicología fenomenológica y humanista (Goñi y Fernández, 2009), destacando en 1949 la teoría de Snygg y Combs cuyo principio fundamental era que la gente se comportaba de acuerdo a como se ven y a la situación en que se encuentran implicados (percepciones del mundo real) añadiendo que el autoconcepto ejerce un papel central al determinar la conducta. Estas autopercepciones, añadirían Rogers en 1951, Lecky en 1945 y Allport en 1955, tendrían además un papel fundamental en la integración de la personalidad, actuando estas como fuente de unidad y crecimiento personal (Núñez y González, 1994).

En cuanto a la psicología social, ya en 1947, Coopersmith centra el análisis de las aspiraciones y los valores en cómo la experiencia familiar y otras pueden dar lugar a diferentes respuestas del sujeto (Goñi y Fernández, 2009), mientras que en la vertiente cognitivo-social sobresalen las aportaciones de Markus y colaboradores centrándose en el análisis de contenidos y funcionamiento del autoconcepto (unidades básicas de autoinformación, su agrupamiento y como adquieren la capacidad funcional además de las interacciones entre sí para formar un conjunto mínimo de autoesquemas con los que interpretar cognitiva y afectivamente la nueva información), en los procesos implicados en el desarrollo y defensa del autoconcepto y los mecanismos concretos que permiten

la identificación y selección de la información relevante para el autoconcepto actual (Núñez y González, 1994).

Observando y entendiendo el recorrido histórico, se concibe que el autoconcepto podría definirse de diferentes formas según el espacio temporal en el que nos encontremos.

Rogers (1951), definía el autoconcepto como una configuración organizada de percepciones de sí mismo, admisibles en la conciencia e integrada por elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades, los conceptos de la individualidad con relación a los otros y con relación al ambiente, las cualidades percibidas y asociadas con experiencias y objetos, y las metas e ideales percibidos con valencias positivas o negativas. Sin embargo Purkey (1970) entendía el autoconcepto como algo más complejo y dinámico en relación a creencias que el individuo consideraba verdaderas sobre su persona, teniendo cada juicio un valor correspondiente.

Combs, Blume, Newman y Wass en 1974 entendían el autoconcepto como algo que incluía todos los aspectos del campo perceptual referidos al *self-yo* y al *self-mí*, ejerciendo un papel fundamental en la determinación de la conducta (González y Tourón, 1992; Goñi y Fernández, 2009). Markus, Smith y Moreland (1985) lo definen como un conjunto de metaesquemas que organizan experiencias pasadas, usadas para reconocer e interpretar la autoinformación relevante procedente del contexto social inmediato, añadiendo Segal (1988) la valoración e integración de feedbacks de los otros significativos.

La definición de Shalvelson et al. (1976) sería la que cambiase el enfoque tradicional unidimensional anterior por un modelo multidimensional siendo más completo como veremos más adelante:

“La percepción que una persona tiene de sí misma, que se forma a partir de experiencias y relaciones con el medio, en donde juegan un importante papel tanto los refuerzos ambientales como los otros significativos.” (Shalvelson et al., 1976, p.411).

Según Fierro (1990), se podría describir autoconcepto como el autoconocimiento que engloba operaciones y esquemas cognitivos además de autopercepciones, juicios descriptivos y evaluativos y memoria autobiográfica, añadiendo González y Tourón (1992) dentro de estos esquemas cognitivos la existencia de la autoimagen como lo que creemos ser, pretendemos llegar a ser y lo que manifestamos a los demás.

De acuerdo con las definiciones anteriores, podemos decir que el autoconcepto, de una manera general podría definirse como las percepciones que tiene uno mismo, pudiendo cambiar a lo largo de la vida según las experiencias en relación a tu entorno (sociedad), creando un esquema cognitivo, afectivo y físico de acuerdo a tus autointerpretaciones.

Estas experiencias, como comenta Goñi y Fernández (2009), dependen en gran medida del éxito y fracaso de toda persona. El éxito genera un sentimiento de eficacia y de valía viéndose uno mismo de manera positiva (confianza para solucionar problemas y proponerse metas con altas expectativas de éxito). Sin embargo, el éxito de por sí solo

no genera un autoconcepto positivo ya que muchas personas que tienen un éxito social y profesional manifiestan gran insatisfacción personal con una baja autoestima. Es por esto que el autoconcepto, además de depender del éxito académico, profesional o social dependerá también de procesos autoevaluativos que acompañen a la conducta.

Es por esto que el logro de un equilibrio socioafectivo en nuestro alumnado a partir de una imagen ajustada y positiva de sí mismos será por lo tanto una de las finalidades tanto en Educación Primaria como en Educación Secundaria Obligatoria (Esnaola, Goñi y Madariaga, 2008) ya que la sociedad nos hace inevitable las comparaciones con los demás (soy mejor o peor que la gente de mi alrededor) debiendo atender a cómo se conforma ese ideal y a qué aspira la persona, para entender su autoconcepto (Goñi y Fernández, 2009).

Autoconcepto físico

Con respecto al desarrollo teórico del autoconcepto, a partir de la década de los setenta, se produjo un importante cambio hacia un modelo multidimensional del autoconcepto, siendo este el modelo de Shavelson et al. (1976), reemplazando la visión unidimensional tradicional (Esnaola et al., 2008). Este modelo definía este constructo mediante un modelo jerárquico y multidimensional donde las personas tenemos una autoevaluación global de uno mismo y al mismo tiempo tenemos diferentes autoevaluaciones específicas (Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011).

La aceptación generalizada de esta concepción conlleva a la revisión de lo anteriormente afirmado además de abrir nuevas vías de investigación. Esta nueva concepción dividiría el autoconcepto global en un conjunto de percepciones parciales del propio yo (multidimensionalidad), organizado jerárquicamente, los cuales serían el autoconcepto académico y el autoconcepto no académico (Esnaola et al., 2008).

El autoconcepto académico a su vez se dividiría en lo relacionado con las materias escolares (lengua, sociales, matemáticas...), mientras que el autoconcepto no académico incluiría a su vez el autoconcepto social (entre iguales y los otros significativos), el autoconcepto personal o emocional (estados emocionales concretos) y el autoconcepto físico (habilidad física y aspecto físico) (Goñi y Fernández, 2009), siendo este último el tema de estudio de mi proyecto.

Fue en los años noventa, Fox y Corbin (1989) los que, a partir del modelo de Shavelson et al. (1976), prestaron especial atención al autoconcepto físico diferenciando cuatro dimensiones dentro de este: Habilidad deportiva, Condición física, Atractivo Físico y Fuerza.

Diferenciando el autoconcepto físico del autoconcepto general, autores como Machargo (2002) definen autoconcepto físico como una representación mental, compleja y multidimensional que las personas tienen acerca de su realidad corporal incluyendo aspectos perceptivos y cognitivos como los rasgos físicos, el tamaño y la forma del cuerpo; aspectos afectivos y emocionales como el grado de satisfacción o insatisfacción corporal; aspectos evaluativos siendo las autovaloraciones; aspectos sociales como las experiencias de aceptación y rechazo; y otros aspectos relacionados con lo corporal

como la salud, el atractivo físico, la apariencia, el peso... La representación multidimensional, como comenta Esnaola (2008), no ofrece dudas, pero sí sus subdominios que lo componen. El dominio físico se representa por las dimensiones de “apariencia física” y “habilidad física” según Fox (1988), mientras que para Harter (1985) estas dimensiones serán “competencia atlética” y “apariencia física”. Otros autores como Franzoi y Shields (1984) añaden a estas dimensiones del autoconcepto físico el dominio de “conductas de control de peso” y Bracken (1992) distingue “competencia física”, “apariencia física”, “forma física” y “salud”.

Sin embargo, para este proyecto nos pareció más aceptable seguir el modelo cuatridimensional de autoconcepto físico de Fox y Corbin (1989) incluyendo las dimensiones de “habilidad deportiva”, “condición física”, “atractivo físico” y “fuerza” al ser una de las propuestas más convincentes según Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2006), González (2005) y Marsh (1997), valorando así las cuatro dimensiones a través del Cuestionario CAF (Cuestionario del Autoconcepto Físico).

Entre las presunciones teóricas de este modelo, figura que las autopercepciones presentan mayor estabilidad cuanto más globales o menos especificidad tienen y que el sentirnos (percibirnos) a gusto con nuestro propio cuerpo ayudará a generar sentimientos positivos. Es decir, el autoconcepto físico, acompañado de sentimientos de felicidad, orgullo, satisfacción y confianza, mediaría las relaciones entre las autopercepciones físicas específicas mencionadas anteriormente (habilidad deportiva, condición física, atractivo físico y fuerza) y el autoconcepto general (Infante y Goñi, 2009).

Según Fernández, Contreras, González y Abellán (2011), el autoconcepto físico, considerado como una dimensión del autoconcepto no académico, es valorado como una de las dimensiones más importantes a la hora de configurar el autoconcepto general y la autoestima del individuo, ya que, como comentan Pastor, Balaguer y Benavides (2002) y Harter (1985), el subdominio “apariencia física” relacionado con el autoconcepto físico, es de los más influyentes en la autoestima de los adolescentes, tanto en chicos como en chicas. Es por tanto que el autoconcepto físico resulta ser un buen indicador en relación a la salud mental del individuo y el ajuste con la vida (Goñi, 2008).

En base a esto, concluimos con una definición propia muy aproximada a lo que los autores nos comentan, la cual podría entenderse el autoconcepto físico como una dimensión del autoconcepto general mediante el cual creamos una representación mental sobre la realidad corporal dependiente de los sentimientos autopercebidos y las autopercepciones físicas específicas que creemos poseer.

Autoconcepto físico e imagen corporal

La atención a la imagen corporal ha ocupado un espacio preocupante desde tiempos ancestrales. Así lo demuestran las elongaciones o aplastamientos craneales realizados en culturas precolombinas, las atrofiaciones en los pies de mujeres de Extremo Oriente por consecuencia del vendaje a las que se les sometía desde la infancia o los “cuellos de

jirafa” y las elongaciones de orejas o labios de determinadas tribus de África para hacerlas supuestamente bellas (Esnaola y Rodríguez, 2009).

A pesar de que exista desde siempre, el interés por la apariencia e imagen corporal ha alcanzado proporciones sin precedentes en los últimos años relacionándose con el ideal de belleza.

Las primeras tallas artísticas como la Venus de Willendorf, con una antigüedad de 25.000 años, representa la obesidad femenina como un símbolo de salud y fertilidad, sin embargo a lo largo del tiempo, este canon de belleza ha variado enormemente hasta tal punto que, en la actualidad, se sobrevalora la delgadez en un entorno de gran presión mediática para mantener una situación de insuficiencia ponderal (González, André, García, López, Mora y Marrodán, 2010).

Los medios de comunicación, principalmente en las sociedades occidentales, se encargan de transmitir el mensaje de que la belleza es sinónimo de triunfo, por lo que esta belleza corporal condiciona y hasta determina la consecución de placer, éxito, amistades o sexo (Esnaola y Rodríguez, 2009). En los países desarrollados se recibe una constante lluvia de imágenes de los anuncios de televisión apareciendo mujeres jóvenes, atractivas y ágiles para anunciar productos tan diversos como bebidas refrescantes, inversiones financieras, coches, ordenadores, comidas rápidas... (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

En la moda, el valor que se daba y que se da ahora ha cambiado totalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, pudiéndose observar como las nuevas tendencias de la moda no están diseñadas para ocultar la figura sino para destacarla fabricando tallas excesivamente estrechas que tienden a resaltar la silueta sin responder a las dimensiones reales de la población a la que se destinan y sí respondiendo a la figura corporal de la o el modelo (González et al., 2010) siendo figuras más altas y delgadas, teniendo un peso corporal por lo menos un 20% menor que una mujer de edad y altura similares que vive en una sociedad consumista (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

“Al principio del siglo XXI los criterios citados por una agencia de modelos son << alta, delgada, en forma pero no musculosa, morena o bronceada, con fuertes hombros y grandes pechos bien formados, cintura pequeña, sin barriga, caderas pequeñas, nalgas altas y pequeñas, muslos delgados, piernas largas y total ausencia de celulitis y vello corporal>>”. (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005, p.12).

El tema laboral no se aleja de estas ideas ya que, como comentan Esnaola y Rodríguez (2009), quienes gozan de buena presencia cuentan con mayores posibilidades laborales, de relaciones humano-afectivas y de aceptación social, equivaliendo a gran prestigio, seguridad y superioridad.

Las primeras referencias sobre imagen corporal, como indican estos autores, las encontramos en los trabajos médicos sobre neurología de principios de siglo XX, pero, a día de hoy, sigue sin existir un pleno acuerdo sobre su definición, su evaluación o sobre cómo se manifiestan sus alteraciones o distorsiones.

Dentro de estos trabajos médicos sobre neurología, en 1905, Bonnier acuña el término de “aschemata” para definir así la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral, mientras que Pick en 1922 habla de la “autopagnosia” refiriéndose a problemas

con la propia orientación corporal donde indica que cada persona desarrolla una “imagen espacial corporal”, siendo una representación interna del propio cuerpo a partir de información sensorial (Esnaola y Rodríguez, 2009).

Una definición que hizo historia sobre la imagen corporal es “la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos.” (Schilder, 1935, p.46), estando implícita la idea de que la imagen corporal no es necesariamente consistente con la apariencia corporal real, resaltando la importancia de las actitudes y valoraciones que el propio individuo hace de su cuerpo (Perpiña y Baños, 1990).

Otra definición es la de Slade (1994), donde, tras pasar sesenta años sigue manteniendo la imagen corporal como una representación mental amplia de la figura corporal en cuanto a su forma y tamaño, pero añade que está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que pueden variar con el tiempo.

Baile (2003), reconoce en la definición tres componentes básicos de la imagen corporal, añadidos por Thompson (1990), que tienden a aceptarse en la actualidad (perceptual, subjetivo y conductual) quedando la definición de imagen corporal como un constructo psicológico complejo referido a como la autopercepción del cuerpo o apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, así como de emociones, pensamientos y conductas asociadas.

Estos tres componentes básicos quedarán muy presentes en la gran mayoría de estudios de imagen corporal de la actualidad entendiéndose cada uno de ellos según Cash y Pruzinsky (1990) y Thompson (1990) como:

- Aspectos perceptivos o perceptual: Es la precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo (del cuerpo en su totalidad o de cada una de las partes), pudiendo dar lugar a sobreestimaciones (percepción corporal mayor a la real) o subestimaciones (percepción corporal inferior a la real) creando alteraciones perceptivas.
- Aspectos cognitivos-afectivos o subjetivo: Es el grado de satisfacción corporal generado a través de actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su forma, su peso o alguna de sus partes, incorporando desde el punto de vista emocional experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, preocupación, rabia, ansiedad, impotencia, etc.
- Aspectos conductuales o conductual: Conductas derivadas de la percepción corporal y los sentimientos asociados al cuerpo que provocan evitación de situaciones donde se vea desnudo, comprar ropa que disimule ciertas partes del cuerpo, su exhibición, la evitación, la comprobación del mismo, los rituales, su camuflaje, los intentos por cambiar su figura física, etc.

En cuanto a Raich (2000), una de las investigadoras que más ha trabajado en España sobre la imagen corporal, añade que además de ser una representación mental global, también incluye la percepción de cada una de las partes del cuerpo, como del movimiento y límites de éste, afirmando, al igual que el autor anterior, que la imagen corporales un constructo complejo que contiene experiencias subjetivas de actitudes,

pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportarnos derivado de los procesos cognitivos y sentimientos experimentados.

De acuerdo a los autores mencionados crearemos nuestra propia definición de manera que recoja los aspectos más relevantes con el fin de guiarme en el propio estudio. En relación a estas definiciones podría definirse imagen corporal como la representación mental del cuerpo (tanto global como en cada una de sus partes) que hacemos sobre nosotros mismos de acuerdo a percepciones del esquema corporal (sensaciones del cuerpo), experiencias subjetivas (actitudes, pensamientos, sentimientos...) y experiencias vividas (comportamientos, conductas...).

Una vez entendidas las definiciones de autoconcepto físico e imagen corporal, se puede ver estos términos como dos perspectivas complementarias.

Los estudios que han investigado dicha relación, han encontrado en su mayoría relaciones significativas las cuales hacen ver que las personas que tienen una imagen corporal negativa también tienen un autoconcepto físico negativo.

La imagen corporal ha sido entendida más que como un objetivo específico de análisis, como perspectiva de las alteraciones de la imagen así como los trastornos de conducta alimentaria asociados, siendo un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, psiquiatría, medicina general y sociología, considerado crucial para explicar aspectos de la personalidad como la autoestima, el autoconcepto e integración social de los adolescentes (Esnaola y Rodríguez, 2009), mientras que el autoconcepto físico se enmarca más en la investigación socioeducativa o social-psicológico (Jackson, 1992).

Fox y Corbin (1989) sin embargo comenta cómo el término autoconcepto físico abarca una mayor amplitud que el de imagen corporal, englobando también a este. Además la imagen corporal abarca autopercepciones, pensamientos, sentimientos y acciones referentes al propio cuerpo como hemos visto, y en especial a su apariencia, por lo que, según Esnaola y Rodríguez (2009), la imagen corporal se solapa con la dimensión de atractivo físico (percepción de la apariencia física propia, seguridad y satisfacción con la imagen corporal) del autoconcepto físico.

Tabla I. Tabla comparativa de imagen corporal y autoconcepto físico (Esnaola y Rodríguez, 2009, pp.75-77)

	Imagen Corporal	Autoconcepto físico
Definición	“Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y 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 los sentimientos que experimentamos” (Raich, 2000, p.25)	El autoconcepto físico está compuesto como mínimo por cuatro componentes: la condición física, la competencia deportiva/habilidad física, la fuerza y el atractivo físico (Fox y Corbin, 1989; Goñi et al., 2006). Otros modelos como el de Marsh, Richards Johnson, Roche y Redmayne en 1994 incluyeron hasta nueve dimensiones siendo estas fuerza, obesidad, actividad física, resistencia, competencia (habilidad) deportiva, coordinación, salud, apariencia y flexibilidad.
Cuestionarios y Escalas de Evaluación del Estudio	Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner adaptada a la población española por Rodríguez, Beato, Rodríguez & Martínez (2003): Grado de satisfacción y grado de distorsión de la imagen corporal en su conjunto.	Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) (Goñi et al., 2006): habilidad física, condición física, atractivo físico, fuerza, autoconcepto físico general y autoconcepto general.
Ámbito de estudio	El estudio de la imagen corporal ha estado directamente vinculado al estudio de los trastornos de la conducta alimentaria.	El autoconcepto físico se estudia dentro de una tradición psicoeducativa y socioeducativa, tratándose de identificar sus relaciones con características cognitivas (valores, concepciones de vida, madurez personal...), afectivas (bienestar psicológico, autoestima, ansiedad...) y conductuales (hábitos de vida saludables y no saludables como son la práctica de actividad físico-deportiva, alimentación, o el tabaco-alcohol; también se ha relacionado con las habilidades sociales, bienestar psicológico...)
Temáticas asociadas	Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosas), influencias socioculturales (cultura, medios de comunicación, etnia, raza...), sexualidad, satisfacción con la pareja, intervenciones estéticas, salud mental (depresión, esquizofrenia, funcionamiento psicológico, autoestima, ideaciones suicidas), hábitos de vida (dietas, alimentación, actividad física, tabaco, drogas, esteroides), roles sexuales (identidad, homosexualidad, bisexualidad), embarazo, alexitimia, apego, afectividad negativa...	Trastornos de la conducta alimentaria, imagen corporal, modelo estético corporal, obesidad, hábitos de vida o conductas de salud (actividad física, tabaco, alcohol, esteroides...), salud mental (bienestar psicológico, autoestima, depresión, ansiedad...), asma, cambios de humor, relaciones sexuales, identidad...

Distorsión e insatisfacción de la imagen corporal

Un marco general, que ha servido de base para las siguientes investigaciones sobre la relación del autoconcepto físico y la distorsión de la imagen corporal, fue la teoría de la discrepancia (*self-discrepancy theory*) de Higgins en 1987. Esta teoría ofrece un modelo para analizar las inconsistencias internas entre el autoconcepto real o actual y el autoconcepto ideal, pudiendo estar relacionadas con la aparición o desarrollo de las alteraciones de la imagen corporal (Esnaola y Rodríguez, 2009).

Si bien, para poder entender la teoría descrita, se debe primero entender y diferenciar el concepto de distorsión e insatisfacción de la imagen corporal ya que constituyen una de las manifestaciones de los trastornos alimentarios (Perpiña y Baños, 1990; Redondo, Carrasco, Rivero, Salcines, Sobaler, Noriega, Amigo, Jaén, Santamaría, Antolín, Casuro, Mico y De Rufino, 2014).

Bruch (1962) fue la primera autora que propuso que la distorsión de la imagen corporal era una característica patognomónica de la anorexia nerviosa evidenciada por la sobre-estimación del tamaño corporal. Esta sobre-estimación de la imagen que un individuo se forma de sí mismo puede influir mucho en su personalidad, por lo que esta distorsión puede tener consecuencias más o menos importantes en estas alteraciones (Redondo et al., 2014).

La alteración de la imagen corporal puede concretarse según Cash y Brown (1987) en alteración cognitiva y afectiva (la cual tiene que ver con la insatisfacción corporal) y en alteración perceptiva (que conduce a la distorsión de la imagen corporal, siendo la inexactitud con que se estima el cuerpo, tamaño y su forma).

Estas alteraciones, como podemos observar, se relacionan con los tres componentes mencionados anteriormente (perceptual, subjetivo y conductual) de la imagen corporal de Cash y Pruzinsky (1990) y Thompson (1990), lo cual hace ver la gran relación que tiene el evaluar en mi estudio el grado de distorsión y la insatisfacción con el propio cuerpo, con la imagen corporal y autoconcepto físico.

La distorsión de la imagen corporal, puede ser debida a la insatisfacción corporal que el propio sujeto se crea, al ser un rasgo común en una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud, haciendo que muchas personas tiendan a preocuparse extremadamente por su imagen corporal, causándoles gran trastorno emocional además de interferir en su vida diaria (Raich, 2004).

La insatisfacción corporal es uno de los factores que predisponen a la aparición de trastornos de conducta alimentaria, siendo la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las partes del mismo la consecuencia de estas alteraciones (Hrabosky, Cash, Veale, Neziroglu, Soll y Garner, 2009), derivado de un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y autorrechazo, susceptibles de educación y orientación (Redondo et al, 2014).

Otros autores como Raich (2004), coinciden de alguna manera en que la insatisfacción corporal se entiende como una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. Sin embargo no hay que confundir apariencia física con imagen corporal, ya que, como comenta Salaberria,

Rodríguez y Cruz (2007) y López, Castro y Zagalaz (2012), personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal, al igual que personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse bien, siendo por tanto la apariencia física la primera fuente de información en la interacción social (realidad física) mientras que la imagen corporal sería la representación mental y la vivencia que tiene del propio cuerpo.

Volviendo a la teoría de la discrepancia, una vez aclarada las diferencias y a la vez observado las relaciones de distorsión e imagen corporal, podemos entender cómo el autoconcepto real o actual hace referencia a cómo se ve el propio individuo y cómo cree que lo ven las personas de su alrededor, mientras que el autoconcepto ideal incluye aquellos atributos ideales que le gustaría poseer al sujeto, o que cree que las personas de su alrededor les gustaría que tuviera y aquellos que cree o piensa que las demás personas tendrían la obligación de poseerlos. Por este modo, la autodiscrepancia podría ser el origen del malestar expresado de las personas que no alcanzan ese ideal de imagen corporal (Esnaola y Rodríguez, 2009) entendiéndolo que lo que perturba a la gente no son los acontecimientos (lo que les sucede), sino la interpretación que hacen de ellos (Raich, 2000).

Trastornos por alteraciones de la imagen corporal

Es a partir de estos errores cognitivos, distorsiones y creencias irracionales los que acontecen a la aparición de alteraciones de la imagen corporal, siendo la causa alguno de los componentes anteriormente mencionados de la imagen corporal (perceptivo, cognitivo o conceptual).

Las creencias y pensamientos que presentan las personas que sufren de trastornos de la imagen corporal se describen como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios, maneras todas ellas de interpretar los acontecimientos y de prever el futuro, provocando estas distorsiones cognitivas unas emociones negativas las cuales predisponen a actuar de manera incorrecta (Esnaola y Rodríguez, 2009), existiendo una preocupación por el cuerpo y una insatisfacción con el mismo que no se adecúan a la realidad, ocupando la mente con gran intensidad y frecuencia que genera malestar interfiriendo negativamente a la vida cotidiana de la persona (Salaberria et al., 2007).

Estas alteraciones en la imagen corporal dan lugar a cuadros clínicos tanto físicos como psicológicos, dependiendo su carácter patológico de su gravedad, así como de su incidencia en la actividad diaria de la vida. Además habría que diferenciar y especificar qué aspecto de la imagen corporal se considera alterado ya que, el término distorsión perceptual alude a la estimación del tamaño mientras que insatisfacción corporal aludiría a la alteración en las emociones y actitudes hacia el tamaño y forma del cuerpo (Baile, 2003).

La alteración perceptual de la imagen corporal puede dar lugar a un amplio espectro de desórdenes en la conducta alimentaria resultando dañinos para la salud del sujeto, encaminados la gran mayoría a perder peso y a conseguir una apariencia más delgada, siendo las más estudiadas la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, pudiendo darse

otros trastornos de comportamiento menos conocidos o menos específicos como es el caso de la vigorexia (Esnaola y Rodríguez, 2009).

Trastorno dismórfico corporal (TDC)

Las investigaciones antropológicas e históricas ponen de manifiesto la importancia estética y simbólica que el ser humano da a su cuerpo desde tiempos remotos, y al parecer, desde que el ser humano tiene conciencia de sí mismo, hay temores poco realistas o infundados sobre su propia fealdad o deformidad.

Este miedo a la propia forma o dismorfofobia (según el término que propuso Morselli en 1886), se expresan como una idea obsesiva y desoladora de deformidad corporal, creando paranoia rudimentaria o monotonía abortiva que afecta de forma primaria o secundaria a la integridad del individuo (Esnaola y Rodríguez, 2009).

Esta obsesión de vergüenza del propio cuerpo (Raich, 2000) es considerada como un Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2003) como una preocupación persistente y excesiva por algún defecto corporal imaginado o anomalía leve del aspecto físico que según Salaberria et al. (2007) produciría malestar e interferiría gravemente en la vida cotidiana del sujeto dificultando así sus relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas.

Esta preocupación podría referirse a las diferentes partes del cuerpo o a aspectos más globales, así como a defectos faciales, forma, tamaño, peso e incluso a la simetría de partes del cuerpo y los olores (Phillips, 1991), siendo la cintura, el estómago y el peso con referencia a la masa muscular la mayor preocupación de los hombres y las nalgas, caderas y muslos la mayor preocupación de las mujeres (Raich, 2000).

Este trastorno, según Esnaola y Rodríguez (2009), afecta tanto a hombres como a mujeres siendo más frecuente su aparición de lo que se considera aunque no existan muchos estudios epidemiológicos.

Vigorexia

Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips (1997) y López et al. (2012), definen vigorexia como un trastorno caracterizado por una excesiva preocupación por verse con poca masa muscular (delgados), cuando la realidad indica que se es musculoso (hipermusculado), renunciando a oportunidades sociales y ocupacionales a causa de la necesidad de ejercitarse, pasando horas en el gimnasio además de consumir hormonas y anabolizantes esteroideos para aumentar esa masa muscular, evitando situaciones donde el cuerpo pueda ser visto en público. Según Olivardia, Pope y Hudson (2000), evitarían espacios como piscinas, playas, saunas o lugares en que se muestre su cuerpo y si por alguna razón tuviesen que hacerlo de manera inevitable acabarían sintiéndose mal.

El concepto de vigorexia es relativamente reciente, el cual es conocido también como anorexia inversa, dismorfia muscular y complejo de Adonis. Este “nuevo” trastorno fue

descrito por el psiquiatra estadounidense Harrison Pope y sus colaboradores en 1993, adquiriendo creciente importancia desde ese momento (Esnaola y Rodríguez, 2009).

La vigorexia, como nos comenta Rodríguez (2007), no solo la incluimos dentro del Trastorno Dismórfico Corporal (sujeto percibe de forma incorrecta su propia imagen a causa de una alteración cognitiva), sino que se puede tratar como un Trastorno Obsesivo Compulsivo, con pensamientos muy constantes sobre la necesidad de ejercitarse y cuya compulsión es la propia de la actividad física; y como un Trastorno de la Conducta Alimentaria, ya que los sujetos vigoréxicos tienden a restringir alimentos además de usar fármacos para aumentar su volumen muscular (esteroides anabolizantes y demás) y realizar ejercicio de manera excesiva (al igual que la anorexia nerviosa).

Asimismo, aparte del retraimiento social, pueden mostrar a nivel psicológico alteraciones caracteriales, irritabilidad y perfil agresivo sin observar problemas de identidad sexual y, tras el consumo de sustancias anabolizantes producir una mayor euforia y menor fatiga permitiendo un entrenamiento más duradero y vigoroso que redundará a su vez en una hipertrofia muscular (Esnaola y Rodríguez, 2009).

Las personas vigoréxicas pasan muchas horas en el gimnasio (más de 30-60 minutos al día según Esnaola y Rodríguez (2009), además de mostrar alteraciones en sus hábitos alimenticios, consumiendo excesos de suplementos proteicos con componentes anabolizantes para lograr de una manera muy rápida ese aumento de masa muscular del cuerpo, pudiendo ocasionar éstas complicaciones médicas e incluso la muerte (López et al., 2012).

La prevalencia es mayor en varones (10 por ciento de los hombres que acuden regularmente al gimnasio) pero, aunque se da en menor proporción en mujeres, también se está incrementando, siendo la edad de aparición más frecuente entre 18 y 35 años en la clase media-baja generalmente (Esnaola y Rodríguez, 2009) con un porcentaje de prevalencia en la población general de España del 0,048% (Benito, Calvo e Iglesias, 2014).

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son alteraciones psicológicas graves las cuales comportan conductas inadecuadas e inapropiadas en los patrones de ingesta de alimentos (APA, 2003).

Los TCA, también llamados trastornos de la alimentación son un tipo de trastorno que pueden llegar a ser severos, de hecho, en la actualidad hay que admitir que es la única causa de mortalidad relevante en la que se reconoce una causa psiquiátrica (Pedreira, 1998).

En las últimas décadas, los TCA han generado importante atención social además de un notable corpus científico (Esnaola y Rodríguez, 2009). Investigaciones como la de Richards, Thompson y Coovert (1990), han confirmado que las alteraciones de la imagen corporal son parte de la causa en los TCA, sin embargo, otros estudios como el de Hsu y Sobkiewicz (1991) sostienen la hipótesis de que la aparición del problema de la imagen corporal no siempre conlleva a la aparición de un TCA diagnosticable.

Por consiguiente estos TCA están más o menos ligados a la alteración de la imagen, apareciendo insatisfacción y preocupación con la imagen corporal de un modo global (peso y tamaño del cuerpo) y de un modo específico (nalgas, cintura, muslos caderas) siendo estas las partes relacionadas con expectativas de maduración sexual y social (Thompson, 1996; Perpiña, Botella y Baños, 2000), sabiendo que esta insatisfacción de la imagen corporal se da al inicio del trastorno y es uno de los factores más importantes de recaída y mal pronóstico (Salaberria et al., 2007).

Es alarmante como, tras conocer esta relación, Buendía y Rodríguez (1996) afirmen que el setenta y cinco por ciento de las y los adolescentes no está a gusto con su cuerpo siendo preocupante en la posible aparición de estos trastornos.

Los principales pensamientos de los TCA están centrados en la delgadez, la realización de dietas (como intento de paliar la insatisfacción corporal y la discrepancia entre el ideal de cuerpo en mente y el cuerpo real), el uso de laxantes y purgantes, el exceso de ejercicio físico y la evitación de situaciones de puesta en público (Raich, Torras y Mora, 1997) siendo los más específicos la anorexia y bulimia nerviosa (Esnaola y Rodríguez, 2009).

Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa

Durante gran parte de la historia se consideró que la mujer era deseable en cuanto su cuerpo tenía una figura más rellenita, debido a la grasa acumulada en sus senos, caderas, muslos y abdomen.

La creencia cultural de que estar gorda tenía un significado de atractivo era debido a la inseguridad de las provisiones de alimentos en las sociedades preindustriales o recién industrializadas, a la incidencia irregular de la escasez de alimentos y por último a los efectos de las enfermedades endémicas que eliminaban a un gran número de campesinos.

El cuerpo femenino lleno de curvas tenía un significado social el cual era que, el marido o padre, eran prudentes, eficaces y acaudalados, indicando que la mujer estaba preparada para épocas de escasez.

Durante los últimos años, ha cambiado el concepto al haber una provisión abundante de comida con una buena distribución de esta en la mayoría de las naciones desarrolladas del mundo occidental, convirtiéndose ahora en una moda el estar delgado o delgada (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

La anorexia nerviosa se caracteriza por un rechazo a mantener el peso corporal entre los valores mínimos considerados como normalidad, mientras que la bulimia nerviosa son típicos los episodios recurrentes de voracidad seguidos de conductas inapropiadas

como el vómito autoprovocado, el uso de enemas, el abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio físico excesivo tratando de compensar ese episodio de ingesta descontrolada (APA, 2003).

En 1689, Richard Horton describió un cuadro clínico al cual denominó “consumpción nerviosa” coincidiendo con estos dos tipos de trastorno (Pedreira, 1998).

Ya en 1874, Sir William Gull describió con gran minuciosidad un cuadro clínico similar al de la anorexia nerviosa caracterizado porque se presentaba sobre todo en mujeres jóvenes y adolescentes (16-25 años), se cursaba con una extrema delgadez, una disminución o falta total de apetito (equivocándose en este síntoma debido a que no presentan falta de apetito, sino que, a menudo, tienen hambre pero suprimen ese hambre negándose a comer con normalidad) sin existencia de una causa física total demostrable, acompañándose de amenorrea, bradicardia, estreñimiento, astenia e hiperactividad psicomotriz y social (Pedreira, 1998; Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

Bruch (1962), puso de manifiesto los efectos que sobre la anorexia nerviosa ejerce la alteración de la imagen corporal siendo esta la desconexión entre la realidad de la forma-estado del cuerpo y la distorsión de la autopercepción del mismo, acompañando un paralizante sentimiento de ineficacia personal y la incapacidad de reconocer información interna proveniente del propio cuerpo.

Fue Gerald Russell en 1979, un psiquiatra londinense, quien identificó cómo un grupo de pacientes con anorexia nerviosa, tenían una variación inquietante del trastorno, el cual consistía en darse atracones periódicamente en cortos periodos de tiempo acompañados de conductas de purga. Con esto se hizo evidente como estos pacientes tenían un trastorno de conducta alimentaria diferente recibiendo el nombre de bulimia (“comer como un buey”) y más tarde el de bulimia nerviosa (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005; Rodríguez y Esnaola, 2009).

En cuanto al término anorexia nerviosa, según el DSM-IV-TR, se caracteriza por una pérdida consciente e intencionada de peso debida a la alteración perceptiva de la forma o del tamaño del cuerpo o sus partes, un miedo intenso a ganar peso y el rechazo a mantener el peso mínimo normal correspondiente a cada edad y a la talla de cada cual (o bien una no ganancia de peso en etapas de crecimiento) (APA, 2003), caracterizado por una dieta estricta (restrictiva), el miedo a aumentar de peso incluso por intervalos anormalmente bajos y por amenorrea (De Cos, Loria y Gómez, 2010) pudiendo incluso llegar a producir la muerte (Gutierrez y Pellón, 2002).

La anorexia nerviosa es un trastorno psicossomático de raíz social, complejo y multicausal que afecta aproximadamente a un 0'5 por ciento del total de mujeres y aproximadamente, en hombres, afecta a una décima parte de la de las mujeres, yendo en aumento los últimos años tanto en hombres como en mujeres (APA, 2003).

Autores como Abraham y Llewelyn-Jones, (2005) señalan que esta diferencia de prevalencia es aún más grande en mujeres que en hombres siendo de quince veces más en las mujeres que en los hombres.

Este trastorno está caracterizado, como se ha comentado, por una pérdida significativa del peso corporal, siendo superior al 15%, según la edad, el sexo y la altura, un intenso temor a padecer obesidad tomando la decisión voluntaria de adelgazar, de carácter

fundamentalmente femenino y producida mayoritariamente en la etapa adolescente, dándose principalmente en las sociedades occidentales industrializadas donde, en los últimos años, el abuso del ejercicio físico vendría a completar y complicar el cuadro clínico (Rodríguez, Zagalaz, y Martínez, 2005).

Para estas personas es tan importante su apariencia física que gran parte de su autoconcepto y/o autoestima dependería de ella, como resultado de la relación de disminuir el peso aumentando su autoestima al percibir que tienen gran autodisciplina y alto autocontrol, mientras que el resultado de ganar peso significaría que esta autoestima se resiente al considerar que han fracasado en su intento de controlar su peso y cuerpo (APA, 2003).

En cuanto al término bulimia nerviosa, el rasgo fundamental es la aparición de episodios de atracones con sensación de pérdida de control por parte del sujeto, pudiendo variar la cantidad de comida ingerida pero siempre muy superior a la que se come habitualmente durante el tiempo que dura cada ingesta (Rodríguez y Esnaola, 2009) utilizando medidas compensatorias como vómitos, purgaciones, abuso de fármacos (laxantes y diuréticos), enemas, ejercicio excesivo etc. para aliviar estas descompensaciones (De Cos et al., 2010).

Los autores Rubio de Lemus y Lubin (1993) definirían bulimia nerviosa como un trastorno psicológico en el que también existe preocupación por el peso pero se caracteriza por episodios incontrolados de comida compulsiva, tras los cuales la o el paciente sufre fuertes sentimientos de autorepulsión y se culpa autoinduciéndose el vómito. Además añade que a diferencia de las anoréxicas, suelen ser personas con un peso normal e incluso obesas, por ello este trastorno es más difícil de detectar que la anorexia en la que la extrema delgadez es más difícil de ocultar.

Los atracones suelen ser muy frecuentes, siendo necesario que tengan lugar durante varias veces por semana al menos tres meses para poder hacer su diagnóstico, surgiendo como consecuencia de no poder mantener una dieta, a pesar de haber hecho ese intento, surgiendo emociones negativas, situaciones estresantes, autovaloración negativa del cuerpo y/o silueta y percepción de sensación de hambre como aversiva (Rodríguez y Esnaola, 2009).

La prevalencia de la bulimia nerviosa según APA (2003) es de entre el 1 y el 3 por ciento en mujeres, siendo de diez veces menor entre los hombres, debiendo tomarse con cautela estos datos ya que como he comentado, la bulimia pasa desapercibida en muchas ocasiones al poder estar en rangos de peso normales.

Por consiguiente podríamos establecer nuestras definiciones acerca de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, definiendo anorexia nerviosa como un trastorno psicológico en el que la persona quiere bajar su peso (tanto con dietas estrictas como con alta frecuencias de ejercicio físico), aun estando ya con pesos extremadamente bajos, por distorsión de su propia imagen corporal errónea a la realidad (apariencia física) dado por el miedo a engordar y no verse de manera perfecta ante la sociedad, pudiendo este trastorno conducirla a la muerte. Bulimia nerviosa la definiríamos como un trastorno psicológico en el que la persona, al igual que la anorexia nerviosa, quiere bajar de peso, sin embargo se diferencia en que estas personas tienen presencia de atracones

recurrentes con la posterior conducta compensatoria por ese sentimiento de culpa al realizarse autovaloraciones negativas en cuanto a su imagen corporal.

La comparación de estos tres trastornos podemos encontrarlo de manera más detallada en la *Tabla II* situada en el Anexo 7.

Hasta hace nada no se había explorado el alcance de la relación de los TCA con el autoconcepto físico aunque se presuponía como el tener un autoconcepto físico bajo resultaría ser un buen indicador de posibles TCA (Rodríguez y Esnaola, 2009).

El estudio reciente de Goñi y Rodríguez (2007) expone la correlación que existe entre estos TCA (a través del cuestionario internacional EDI para la detección y diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa creado por Garner en 1998) y el autoconcepto físico (a través del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) de Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2006) en adolescentes sin diagnóstico clínico previo.

Las relaciones que se dieron en el estudio muestran como a mayor puntuación en autoconcepto físico, menor es la probabilidad de desarrollar TCA y viceversa. Se observó cómo tener alta las dimensiones del EDI sobre “obsesión por adelgazar” e “Insatisfacción Corporal” mostraban correlación negativa con las dimensiones del CAF excepto con “Fuerza” donde no existían diferencias significativas. Tampoco se observó relación clara entre el nivel del autoconcepto físico y la dimensión de “Bulimia” del EDI (Goñi y Rodríguez, 2007).

Se puede concluir a través de este estudio como el autoconcepto físico evaluado a través del CAF puede ser un buen predictor de TCA fuera del ámbito clínico, de ahí la importancia de su uso en este estudio.

Autoconcepto Físico, Edad y Género

En la actualidad no se cuenta con estudios sistemáticos sobre la evolución del autoconcepto físico en las distintas etapas del ciclo vital (Ruiz de Azúa, Goñi y Madariaga, 2009).

Goñi y Fernández (2008) presuponen que durante la infancia (hasta los doce años de edad) el autoconcepto se entiende de manera global, por lo que no cabría hablar con propiedad del autoconcepto físico y sus dimensiones en esta etapa.

Sin embargo estudios como el que propone Ruiz, Mata y Moreno (2008), tratan los problemas evolutivos que existen de coordinación motriz en relación al autoconcepto físico del sexto curso de primaria demostrando que los alumnos y alumnas con problemas de coordinación muestran puntuaciones inferiores en todas las dimensiones del cuestionario, siendo significativo el factor “condición física percibida” por lo que cabe concluir que sí podría haber consciencia de su falta de condición física (dimensión que evalúa el autoconcepto físico).

Richman (2002), reveló como jóvenes adolescentes que hubieran practicado algún tipo de actividad deportiva desarrollaron una capacidad física y sensaciones más favorables sobre la valoración de su imagen corporal y de su autoconcepto físico que aquellas que no lo habían hecho a esas edades tempranas. Este estudio no concluiría si se es consciente o no del autoconcepto físico a esas edades, pero sí ayudaría a otorgar la

importancia que tiene las habilidades motrices y la condición física a edades tempranas para desarrollar un buen autoconcepto físico en edades posteriores.

En cuanto a los estudios sobre los TCA, Pedreira (1998) afirma como desde la práctica clínica se puede decir que los TCA son un tipo de trastornos comunes a todas las edades, representando una de las formas más prevalentes de expresión de una disfunción emocional y/o relacional en toda la infancia, por lo que tendría cabida la posible consciencia de este autoconcepto físico o de alguno de sus factores relacionados en las edades tempranas, al estar en gran parte relacionados los TCA con el autoconcepto físico.

La mayoría de los estudios que tienen relación con el autoconcepto físico se han realizado en etapas de adolescencia o pre-adolescencia (siempre en edades superiores a los 12 años) (Asçi, 2003) por lo que es necesario investigar más con sujetos de edad temprana al ser estudios muy escasos (García y García, 2006).

El presente estudio trata de poder describir, si en la sociedad actual en que vivimos, marcada cada vez más por la necesidad de tener una apariencia física y condición física ideal, hace que, incluso en edades inferiores a las establecidas por otros estudios, aparezca un autoconcepto físico bajo ya que, como comentan Pichardo y Amezcua (2000), el desarrollo del autoconcepto se produce de manera paralela e interconexiona con el desarrollo de otras facetas sociales y/o físicas.

En cuanto al apartado teórico sobre autoconcepto físico en etapas superiores a la infancia, si encontramos numerosos trabajos y teorías que abalen su importancia de estudio.

A medida que transcurren los años, encontramos como a partir de la pre-adolescencia (12-13 años) va decreciendo las puntuaciones sobre autoconcepto físico. Marsh (1994) comprobó cómo los sujetos de 12 y 13 años presentaban puntuaciones significativamente superiores a jóvenes de 17 y 18 años, corroborando estos resultados en el estudio de Klomsten, Skaalvik y Espnes (2004) con muestras de edades menores (10-11 años) los cuales presentaban autopercepciones físicas muy superiores a las de la adolescencia.

Esto puede deberse a que al finalizar la niñez, los cambios hormonales provocan un aumento de la altura de chicos y chicas, teniendo lugar dicho estirón antes en las chicas que en los chicos. En las chicas, este estirón precede a la menstruación y coincide con su establecimiento, soliendo tener lugar a los 12 años y medio. Existe un intervalo temporal muy amplio en cuanto a la aparición y duración del estirón, pudiendo alcanzar las chicas este pico tanto a los 10 como a los 15 años. Este estirón está acompañado de cambios considerables en la apariencia corporal de ambos sexos, los cuales dependen de las hormonas sexuales producidas, aumentando la masa muscular en los chicos, y las caderas tienden a ensancharse en las chicas aumentando la grasa corporal (al contrario que los chicos) (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

En el estudio de Goñi, Rodríguez y Ruiz de Azúa (2004) se puede comprobar de manera muy detallada las diferencias entre las dimensiones del autoconcepto físico en estudiantes de 12 a 23 años. Se pudo observar como las puntuaciones en la dimensión de "habilidad física" y "condición física" descienden progresivamente del grupo de menos edad al de más edad, sin observarse diferencias estadísticamente significativas

en la dimensión de “atractivo físico” y “fuerza”. Sin embargo, en la dimensión del “autoconcepto general” encontraron un acusado descenso a partir de los 15 años (quizá por el estirón y los cambios corporales producidos a los 15 años comentados anteriormente) aunque posteriormente se recuperaría.

Es por lo tanto, en la etapa de la adolescencia, donde aparece esta gran insatisfacción corporal asociada a consecuencias negativas precursoras de desajustes psicológicos (angustia emocional, comportamientos de evitación o purgativos relacionados con los TCA e incluso ideación suicida) (Bully et al., 2012).

Durante el inicio de la adolescencia, diversos factores estimulan al o a la adolescente a comer más llegando al resultado de que para las mujeres el consumo energético llega al máximo en edades comprendida entre los 11 y los 14 años, momento en el que sus necesidades de energía son grandes (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

El hecho de comer más y sufrir transformaciones corporales hace que la adolescencia femenina sea una época especialmente crítica para el desarrollo de insatisfacción corporal y preocupación por el peso, figura y forma, debido a esos cambios físicos propios de esta etapa que chocan con la definición de cuerpo ideal (Camacho, Rodríguez y Moreno, 2002).

Cooper y Goodyer (1997) observaron cómo en un estudio llevado a cabo con chicas de entre 11 y 16 años de edad empezaba pronto esa insatisfacción por el propio cuerpo y cómo iba aumentando progresivamente según aumentaba la edad asociándose con la existencia de TCA a los 15 y 16 años, observándose diferencias entre sexos sobre esta insatisfacción corporal entre los 13 y los 15 años de edad manteniéndose a los 18 años según Roseblum y Lewis (1999).

En cuanto a las diferencias de puntuación respecto al género, Camacho et al. (2002) observó cómo, a lo largo de la adolescencia, las chicas aumentaban mientras los chicos disminuían su insatisfacción corporal.

Sin embargo, la preocupación por la imagen corporal no es nula en el caso de los hombres ya que, aunque el TDC presenta características clínicas muy similares en hombres y mujeres, se observan diferencias derivadas de los valores culturales y sociales. Los hombres en este caso realizan evaluaciones relacionadas con la fortaleza del cuerpo (pectoral, dorsal, bíceps y fuerza muscular), mientras que las mujeres manifiestan preocupaciones con el peso (satisfacción con la figura, senos, peso...) haciendo predominante la vigorexia en los hombres y la anorexia y bulimia nerviosa en mujeres (Esnaola y Rodríguez, 2009).

Sigue esta dirección hablar de grandes diferencias intergénero en el autoconcepto físico hasta la edad adulta (Ruiz de Azúa et al., 2009).

Mediante las seis escalas diferenciadas en el Cuestionario CAF de Goñi et al. (2006) siendo estas habilidad física, condición física, atractivo físico, fuerza, autoconcepto físico general y autoconcepto general, se observaron diferencias entre hombres y mujeres, presentando mejores puntuaciones en cuanto a la evaluación del autoconcepto físico en los hombres y peores puntuaciones en las mujeres, siendo significativamente inferior en las seis escalas el de las mujeres (Ruiz de Azúa, 2007). En sujetos de más

edad, también se presentaron diferencias a favor de los hombres respecto a las dimensiones de habilidad, condición física, atractivo y autoconcepto físico general evaluadas en el alumnado universitario de 20 años de edad (Hayes, Crocker y Kowalsky, 1999).

En el estudio de Ruiz de Azúa (2007) se llegó a la conclusión de que las puntuaciones del autoconcepto físico eran mayores en la edad adulta que en la propia adolescencia y juventud y, teniendo en cuenta la variable género, en las escalas de condición, atractivo y autoconcepto físico general, las puntuaciones de la mujer adulta eran más altas también que las obtenidas en edades inferiores mientras que en hombres, solo la dimensión de atractivo físico aumentaba la puntuación con la edad.

Con esto quedaría resuelto como el autoconcepto físico en el género femenino experimenta unas fluctuaciones mayores que el de género masculino a lo largo de las distintas etapas del ciclo de la vida, descendiendo en la adolescencia y tendiendo a recuperarse en la juventud y edad adulta, haciendo que disminuya las diferencias intergenero según aumenta la edad en ambos (a partir de los cincuenta años las puntuaciones obtenidas en ambos géneros son similares) (Ruiz de Azúa, 2007).

Autoconcepto Físico y Presión Sociocultural

En la cultura occidental actual existe una preocupación con el peso o el miedo a engordar, que lleva especialmente a las mujeres a buscar una delgadez a cualquier precio (Asuero et al., 2012). Desde hace tres décadas, la gente piensa que una mujer es atractiva, deseable y tiene éxito únicamente cuando está delgada (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

Por el contrario en las culturas orientales apenas se conocen los TCA, pero estos aparecen en cuanto se introducen las dietas occidentales. Más evidente es la constatación de que en los países del denominado “Tercer Mundo”, los TCA son desconocidos, mucho más allá del hambre física real y sus alteraciones (Pedreira, 1998).

Es por consiguiente que la imagen corporal dependerá de los ideales de belleza que imperan en cada cultura (Asuero et al., 2012), además de otros factores biológicos, evolutivos, psicológicos y sociales que incitan a alcanzar la imagen física idealizada, emociones negativas de carácter depresivo y ansioso, carencia de habilidades sociales asertivas y de resolución de problemas, malos hábitos de alimentación, descontrol de peso, pensamientos inadecuados sobre nutrición, peso y apariencia física (Rodríguez y Goñi, 2009).

Estos autores comentan como el ideal de belleza ha cambiado repetidamente a lo largo de la historia, quedando lejos por ejemplo la delgadez y palidez de la estética romántica o la idea de que la preocupación por la forma física se viera en determinados círculos intelectuales como propio de las personas con escasa inteligencia y cultura.

En la actualidad, los modelos socioculturales idealizan de manera muy extrema la figura femenina excesivamente delgada y, en muchas ocasiones, con ayudas de cirugías estéticas, generan un modelo difícil de conseguir por medios naturales y con una

alimentación sana y equilibrada (Asuero et al., 2012) sin corresponderse con el prototipo actual en cuanto a peso de la población general (Rodríguez y Goñi, 2009). Estos modelos, en el género femenino aparece con formas poco redondeadas, cuerpos andróginos y angulosos donde las características sexuales aparecen desdibujadas, mientras que en el género masculino, el estándar estético se aproxima más a cuerpos atléticos, con pectorales y abdominales desarrollados además de una espalda ancha y cintura estrecha (Bully et al., 2012).

La presión expuesta por la sociedad se concretaría en tres tipos de factores socioculturales según Cash y Pruzinsky (2004), siendo estos el contexto familiar, el círculo de amistades y los medios de comunicación.

Contexto familiar

Según Raich (2000), la familia enseña a sus hijos e hijas desde muy pequeños cómo deben arreglarse, cuáles son las cosas bellas y cuáles no, a quién de la familia se parece el niño o niña, qué consideración de éxito tiene el niño o niña en la familia, además de comentar la importancia de una apariencia corporal delgada amplificando la importancia sociocultural del atractivo, de reforzar comportamientos de dieta y estimular el rechazo a la obesidad.

Es por esto que diversas investigaciones sugieren como guarda relación la presión familiar con el hecho de sufrir insatisfacción corporal y TCA (Rodríguez y Goñi, 2009).

Los TCA son el trastorno psicopatológico de moda en determinadas etapas del desarrollo humano, padeciéndolos personas, entre otras, pertenecientes o muy vinculadas a la aristocracia y otras consideradas social y económicamente altas (Pedreira, 1998).

La anorexia nerviosa tiene relación con el contexto familiar por las altas exigencias parenterales, la superficialidad en las relaciones, la dificultad para resolver conflictos (Rodríguez y Goñi, 2009), el “aglutinamiento”, la sobreprotección, las alianzas coyunturales y los antecedentes de maltrato (sobre todo el abuso sexual) (Pedreira, 1998).

En el caso de la bulimia nerviosa, tiene relación con el contexto familiar en medida de que se centre la atención en la apariencia corporal y peso, comentando Rodríguez y Goñi (2009) que las familias de mujeres que padecen bulimia nerviosa se centran en mayor medida en estos aspectos que las familias de mujeres sin diagnóstico de TCA.

Estos trastornos originan una importante preocupación en el ambiente familiar, con especial atención en la figura materna, lo que aporta a este tipo de trastornos una significación relacional de primera magnitud (Pedreira, 1998).

La víctima se convierte en el centro de atención creando gran impacto en la familia pudiendo ser devastador. Puede ocasionar al agotamiento físico y mental de padres y madres al llevar a la víctima a las evaluaciones y a los tratamientos, pudiendo participar en el propio tratamiento e intentar comprender la enfermedad y el comportamiento de su hija (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

En el caso de la vigorexia, Rodríguez y Goñi (2009) comentan que no se aprecia tanta relación e influencia con el contexto familiar.

Círculo de amistades

Los pares, las amistades o las personas del entorno cercano proporcionan feedbacks (apreciación refleja, siendo la percepción que tiene cada persona sobre cómo nos perciben los demás) además de comparación social y efectos de modelado (Paxton, Schutz, Wertheim y Muir, 1999).

Cada evaluación de los otros condicionará las autopercepciones físicas, sin ser necesario saber la opinión que tienen, sino las que creemos que tienen para influir significativamente en la creencia sobre cómo nos vemos (Rodríguez y Goñi, 2009).

Un feedback negativo, como es el caso de una burla, es frecuentemente un predictor significativo que se relaciona con la insatisfacción corporal además de con los TCA, con la depresión y con una menor autoestima (Thompson y Heinberg, 1993).

En cuanto a la comparación social puede ser una influencia negativa al igual que positiva dependiendo de con quien me compare y la frecuencia con que se lleva a cabo. Si la comparación “ser más atractivo o atractiva que” o “estar más delgado o delgada que” se realiza con grandes frecuencias se ha comprobado que correlaciona con un mayor grado de insatisfacción corporal (Rodríguez y Goñi, 2009).

Por último, a efectos del modelado, los amigos y amigas ejercen un papel fundamental como proceso de aprendizaje observacional en el que la conducta de un individuo o grupo actúa como estímulo a imitar, pudiendo influir sobre la imagen corporal y la ingesta de alimentos (perder peso) principalmente en el género femenino (Paxton, Schutz, Wertheim y Muir, 1999).

Medios de comunicación

Los familiares, amigos o entorno cercano ejercen un nivel de presión social mucho menor que el que ejercen los medios de comunicación aun cuando los ideales estéticos no proceden únicamente de estos, jugando un papel primordial en su difusión (Rodríguez y Goñi, 2009).

Los TCA están representando uno de los temas que aparecen y reaparecen en los distintos medios de comunicación y en las publicaciones profesionales (Pedreira, 1998).

Las manifestaciones artísticas de la estética corporal son constantes en la moda, cine, programas televisivos, el mundo de la canción, anuncios de productos light, cosméticos, dietas, cirugías...cuya publicidad no es otra que tener un cuerpo espléndido para aumentar las ventas del mercado (Rodríguez y Goñi, 2009).

Han ido apareciendo de manera regular en las revistas femeninas artículos sobre regímenes “nuevos y apasionantes” los cuales son inadecuados desde el punto de vista nutritivo pudiendo ser peligrosos para la salud, además de aparecer programas de ejercicio, siendo su número cada vez más alto (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

Es en estas revistas y otros medios de comunicación social, donde ensalzan las figuras longilíneas y, un tanto asexuales, de determinadas modelos (top-models), secundados por la presión de los fabricantes de ropa (Pedreira, 1998).

Como se observa, los medios de comunicación subrayan lo deseable que es para una mujer ser joven y convertirse en una persona delgada (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005) ejerciendo una intensa presión social al transmitir estos mensajes (especialmente en ellas) de felicidad por tener ese cuerpo delgado, ya que este no se asocia sólo con belleza y atractivo sexual, sino que implica tener más poder y autocontrol sobre su cuerpo informando de una subjetividad perfecta y poderosa, siendo estas características de la personalidad altamente valoradas socialmente (Rodríguez y Goñi, 2009).

Estos mensajes influyen en las adolescentes, ya que se encuentran en un periodo en el que se las somete a un estrés emocional al tratar de independizarse de sus padres, competir con sus compañeras y hallar su propia identidad, siendo una época de constante preocupación por la imagen corporal (lograr la imagen corporal ideal garantizará el éxito y la felicidad) (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

No sólo los medios de comunicación es un factor precipitante de TCA, sino que también lo es de la vigorexia ya que aparece gran influencia en los mensajes que se reciben respecto a la estética y la supuesta belleza mediante, por ejemplo, el aumento de la musculatura en los héroes cinematográficos y en los juguetes, además de encontrar que las estrellas de cine masculinas son ahora mucho más musculadas que hace tres o cuatro décadas (Rodríguez y Goñi, 2009).

Respecto al autoconcepto físico, los mismos autores comentan cómo las correlaciones entre las respuestas dadas al Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) y las dadas al cuestionario CIMEC-26 (cuestionario para evaluar la presión sociocultural sobre la imagen corporal) confirmaron que tanto la publicidad como los mensajes verbales que se recibe, los modelos sociales y las situaciones sociales en las que se encuentra el sujeto se relacionaban con las dimensiones de habilidad física, atractivo físico y condición física autopercibida además de las dimensiones de autoconcepto físico general y autoconcepto general, siendo una correlación negativa (a mayor influjo sobre los modelos estéticos dominantes, menor autoconcepto físico y viceversa) observándose mayor influencia y presión de los modelos estéticos sobre un autoconcepto físico bajo en el género femenino.

Autoconcepto Físico, Actividad Física, Ejercicio Físico y Deporte

Como introducción a este apartado, empezaremos diferenciando los términos actividad física, ejercicio físico y deporte.

Caspersen, Powell y Christenson (1985) entendían la actividad física como un movimiento corporal de cualquier tipo producido por la contracción muscular que conduce a un incremento del gasto energético de la persona, diferenciándose tres tipos de actividades físicas según el contexto y la forma: actividad física cotidiana, ejercicio físico y deporte.

Los mismos autores definían ejercicio físico como una forma de actividad física de tiempo libre (no ocupacional), con unos objetivos externos y específicos los cuales podrían ser mejorar la salud, la ejecución física o ponerse en forma.

En cuanto al término deporte, el lenguaje ordinario otorga numerosos significados sin quedar claro aun lo que entendemos por deporte. Si bien podemos hacernos una idea de las diferencias que hay entre estos tres términos con la tabla siguiente que propone Infante y Zulaika (2009) (tabla III).

Tabla III. Elementos de la actividad física, ejercicio físico y deporte (Infante y Zulaika, 2009, p.127).

Actividad Física	Ejercicio Físico	Deporte
- Movimiento del cuerpo producido por los músculos esqueléticos.	- Movimiento del cuerpo producido por los músculos esqueléticos.	- Movimiento del cuerpo producido por los músculos esqueléticos.
- Da lugar a gasto de energía.	- Da lugar a gasto de energía.	- Da lugar a gasto de energía.
- Se correlaciona positivamente con la forma física.	- Se correlaciona positivamente con la forma física.	- Se correlaciona positivamente con la forma física.
	- Son movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos.	- Son movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos.
	- Uno de los objetivos es mejorar los componentes de la forma física.	- Uno de los objetivos es mejorar los componentes de la forma física.
		- El movimiento se concibe desde una perspectiva lúdica, competitiva e institucionalizada.

Diferentes estudios como comentan Candel, Olmedilla y Blas (2008), revelan como la práctica regular de actividad física produce grandes beneficios físicos (prevención de hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, osteoporosis, obesidad, cáncer de mama, cáncer de colon, cáncer de próstata o dolor crónico de espalda), beneficios sociales y beneficios psicológicos, aunque, por el contrario, hay numerosos estudios que también indican contraindicaciones y resultados negativos entre la práctica de ejercicio físico y los beneficios psicológicos.

El cuerpo “perfecto” como ya he señalado presenta diferencias según el género. Para los hombres se busca un cuerpo atlético y musculoso mientras que para las mujeres se busca un cuerpo extremadamente delgado (Camacho et al., 2002).

La práctica del ejercicio físico (junto con la dieta), además de ser métodos para controlar el peso corporal según Cuadrado, Carbajal y Moreiras (2000), se convertirá en un elemento clave para alcanzar el ideal estético (cuerpo libre de grasa, firme y tonificado) (Camacho et al., 2002) donde, especialmente la mujer, para tener éxito, deberá

transformar y controlar su cuerpo convirtiéndose en una consecuencia directa del esfuerzo personal siendo objeto de orgullo y admiración, pero, si por contra fracasase, este fracaso se le atribuiría al sujeto haciéndose sentir culpable y avergonzado (Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986).

No es de extrañar entonces que la práctica de ejercicio físico por cuestiones estéticas sea un fenómeno con una prevalencia grande en nuestra sociedad y, aunque se conoce de sobra los beneficios sobre la salud física y psicológica, una actividad intensa y excesiva, acompañado de una preocupación extrema por el peso, se relaciona con la aparición de TCA (Toro, 1995).

Las mujeres que sufren alguno de estos trastornos utilizan el ejercicio como manera de perder peso y no como manera de mantenerse en forma, volviéndose deportistas compulsivas (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

El “culto de la fisicalidad” (Toro, 1995) o la presión social hacia el ejercicio físico por cuestiones de estética estaba muy frecuente en el estudio de Camacho et al. (2002), presentando que las chicas hacían ejercicio con el objetivo de perder kilos siendo conscientes de que este podría ayudarle a “quemar calorías” (controlar el peso) siendo practicantes regulares.

Sin embargo, la práctica regular sin exceso no sería un factor negativo sino, como comentan Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (1999) niveles moderados de alteración en la imagen corporal puede ser beneficioso, ya que una relativa insatisfacción corporal puede motivar a adoptar conductas saludables como la práctica del ejercicio físico regular, ayudando como comenta Candel et al. (2008) a disminuir niveles de depresión y de ansiedad además de ayudar a mejorar el autoconcepto, siendo un factor de prevención de ciertas enfermedades mentales, siempre y cuando estos niveles de ejercicio físico no se sobrepasen. Según Toro (1995), si se sobrepasase, podría contribuir de forma contrariada al desarrollo de los TCA, y más en particular de anorexia nerviosa siendo más un riesgo que un beneficio.

Existen también diferencias claras entre no deportistas, deportistas habituales y deportistas de élite.

En el estudio de Camacho et al. (2002) el tipo de ejercicio físico que las chicas realizaban para controlar su peso corporal consistía en actividades diseñadas para modular el cuerpo, como es el caso del aerobio y gimnasia de mantenimiento además de otros deportes aeróbicos que ayudaban a “quemar calorías” como es el caso de la carrera y la natación, predominando así los deportes individuales sobre los colectivos.

Los deportistas habituales como he comentado, tienen un menor riesgo de sufrir TCA que los no deportistas, sintiendo estos últimos mayor insatisfacción con su cuerpo. Sin embargo, en el caso de los o las deportistas habituales coincide la aparición de síntomas de los TCA con las motivaciones hacia la pérdida de peso y mejora de la apariencia física, más que con la motivación hacia la propia salud y mantenimiento de la condición física (Contreras, Gil, García, Hidalgo, Padilla, Rodríguez y Estebán, 2006).

En cuanto a los deportistas de élite, el riesgo de padecer trastornos psicológicos en el deporte, según Salinas y Gómez (2009), ocurre sobre todo en disciplinas de exhibición y en las que es necesario un peso y figura especiales para el óptimo rendimiento, los que en la mayoría de las veces es difícil lograr. Entre estas disciplinas encontramos el fisio-culturismo, la gimnasia (artística y rítmica), el atletismo de pista y campo, el patinaje artístico, la natación, la natación sincronizada, el boxeo...

Según comentan Pérez, Rodríguez, Esteve, Larraburu, Font y Pons (1992), los deportes en los que el peso es un factor clave para el rendimiento se deben cuidar y controlar adecuadamente ya que es un factor que predispone a la anorexia y bulimia nerviosa.

Además este riesgo es mayor en mujeres deportistas, pudiendo causar la patología de la tríada por desnutrición (amenorrea, osteoporosis y TCA) haciendo especial hincapié en las esquiadoras y las corredoras de fondo.

Frente al 1% de la población femenina general que sufre anorexia o bulimia, el 62% de las mujeres deportistas profesionales experimentan algún tipo de TCA, ocupando el primer puesto las esquiadoras con un porcentaje del 33%, seguida por las corredoras de fondo con un 32% sobre el total (Alonso, 2006).

Según De Cos et al. (2010), en los deportistas, los TCA afectarían desde un 18 a un 42% en estos deportes considerados de riesgo (categorías de estéticas, los practicados en gimnasios o los del tipo de resistencia) aumentando el porcentaje, si estos deportistas participaran a nivel internacional de alto rendimiento (Dosil, Díaz, Viñolas y Díaz, 2012).

Relación Índice de Masa Corporal (IMC) y Tejido Adiposo con el Autoconcepto Físico

El peso es uno de los criterios que guían al diagnóstico de un TCA debiendo poseer un peso inferior al 85 por ciento del peso considerado normal (Rodríguez & Esnaola, 2009). Sin embargo este dato sin tener en cuenta la altura del individuo podría ser impreciso por lo que en mayor medida se hace uso de la variable Índice de Masa Corporal (IMC). Para calcular este IMC, también haría falta el peso donde la persona suele pesarse con ropa y sin zapatos (Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

El IMC fue diseñado en 1871 por un astrónomo y matemático belga llamado Dr. Quetelet, para definir la obesidad, pero, como comentan Abraham y Llewelyn-Jones (2005) es igual de válido para llegar a diagnosticar TCA, siempre teniendo en cuenta otras variables ya que, como comentan Rodríguez y Esnaola (2009), se podría diagnosticar de anorexia nerviosa a una persona muy delgada por constitución pero que no presenta ni padece ninguna alteración o trastorno.

Es un índice que permite estudiar el peso independientemente de la altura del sujeto siendo más precisa esta variable que el dato único del peso (Camacho et al., 2002).

El Índice de Quetelet, conocido como Índice de Masa Corporal se calcula con la fórmula de W/H^2 , es decir:

$$\frac{\text{Peso en kilogramos}}{\text{Altura en metros} \times \text{Altura en metros}}$$

(Abraham y Llewelyn-Jones, 2005).

El IMC o Índice de Quetelet se usa con el fin de obtener una medida de peso corporal que permita realizar comparaciones entre sí. Además dicho índice presenta buenas correlaciones con otras medidas como el tejido adiposo (el cual también se tomará en este estudio) siendo buen indicador del estado nutricional del individuo (Saldaña, 1994).

Cuadrado et al.(2000) obtuvo elevados niveles de insatisfacción con el peso corporal en una muestra de chicos y chicas españoles siendo de 27% y 56% respectivamente, a pesar de la alta prevalencia de peso situado en rangos de normalidad e incluso en infrapeso.

Diversos estudios apuntan que las adolescentes tienden a estar insatisfechas preocupándose excesivamente por su figura y peso, aun estando el IMC en normopeso e incluso estando en infrapeso (Asuero et al., 2012).

La aparente contradicción entre los ideales estéticos los cuales promueven una delgadez extrema y el aumento del IMC permiten hipotetizar un aumento del grado de insatisfacción corporal (Bully et al., 2012).

Jarffee y Lutter (1995) realizaron un estudio con adolescentes de entre 11 y 17 años de edad, obteniendo resultados de IMC por debajo de la normalidad en chicas demostrando que estas se encontraban satisfechas, produciéndose una peor imagen corporal a medida que crecía el valor del IMC hacia la normalidad. Otros autores como Roseblum y Lewis (1999) obtuvieron resultados similares.

El IMC puede ser una variable que precipite a la realización de dietas al estar relacionada con el peso (Asuero et al., 2012) pudiendo dar lugar a TCA como anorexia y bulimia nerviosa si no se realizan con cuidado incluso en niños y niñas que padecen sobrepeso u obesidad (altos niveles de IMC) en ese momento (Schur, Sanders y Steiner, 2000).

El peso corporal es una variable determinante del grado de satisfacción con el propio cuerpo (Roseblum y Lewis, 1999; Cuadrado et al., 2000).

Existe discrepancia entre el ideal estético femenino siendo este mucho más delgado que la figura femenina entendida como normal, que por naturaleza biológica tiende a acumular grasa (Camacho et al., 2002).

El ideal masculino es más saludable que el femenino ya que este se caracteriza por tener una buena musculatura, estando en consonancia con el desarrollo biológico normal del varón (Raich, 2000).

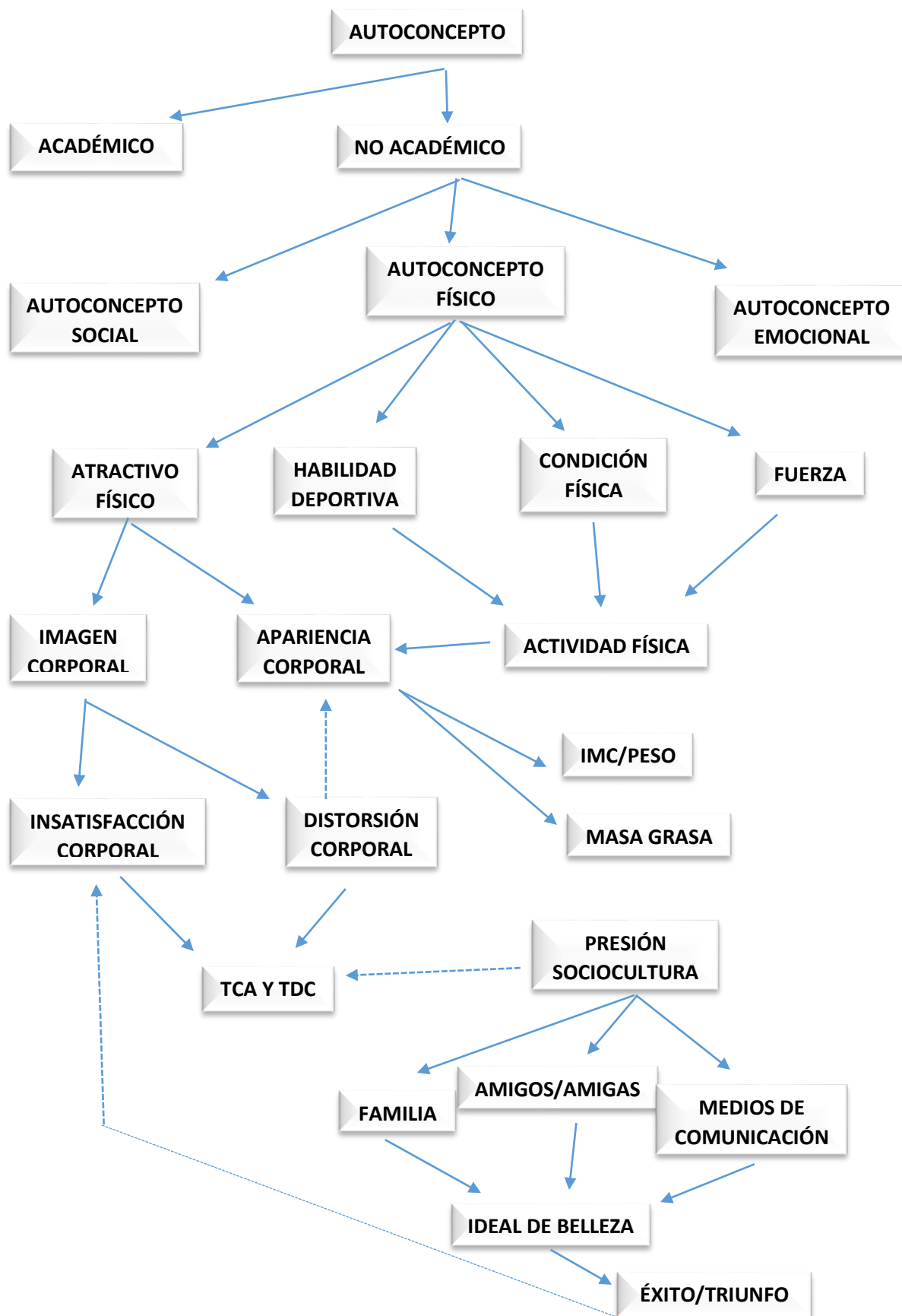
De acuerdo a estos ideales no es de extrañar que en nuestra sociedad, las personas obesas presenten mayor insatisfacción (deseo de perder peso y un cuerpo más delgado) que las mujeres delgadas o en rangos de normalidad, ya que el estar gordo implicaría múltiples connotaciones negativas (Richards et al., 1990; Camacho et al., 2002; Goñi y Rodríguez, 2004), entre las que se encuentra un cuerpo con valores alejados de los ideales en cuanto a porcentaje de materia grasa corporal (Esnaola y Rodríguez, 2009).

En este estudio, para valorar los IMC observados seguiremos la clasificación de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2007) adjunta en el anexo 1, mientras que para los porcentajes de grasa corporal de los sujetos seguiremos la clasificación adaptada por Filho (1999) para niños y adolescentes entre 7 y 17 años adjunta también en el anexo 1.

En cuanto al autoconcepto físico y el IMC, la relación observada en el estudio de Goñi y Rodríguez (2004) era que el autoconcepto físico mantenía una clara asociación inversamente proporcional con el IMC, puesto que al aumentar este índice de masa corporal disminuían las puntuaciones en autoconcepto físico. Los mismos autores observaron la relación entre las distintas dimensiones del autoconcepto físico viendo que al igual que el autoconcepto físico, las puntuaciones sobre la habilidad física, la condición física, el atractivo físico y el autoconcepto general aumentaban a medida que el IMC era menor. La dimensión de la fuerza sin embargo mantenía una correlación positiva donde a medida que las puntuaciones en fuerza aumentaban, el IMC era mayor.

La Figura 2 muestra un esquema general del marco teórico-conceptual con el fin de facilitar la comprensión de nuestro proyecto.

Figura II. Esquema General Marco Teórico-Conceptual del Estudio



Antecedentes y Estado de la Cuestión

Recordando que nuestro objeto de estudio trata de abordar el autoconcepto físico en una muestra de sexto de primaria en las dimensiones tanto de la imagen corporal como las relacionadas con la habilidad física, se tratará a continuación de hacer referencia a algunas de las investigaciones que han abordado y tienen relación con este objeto de estudio, precisando que por motivos de espacio no es posible incluir un gran número de ellas al haber una existencia muy amplia sobre este tema.

Respecto a la imagen corporal, ha habido numerosos estudios que han abordado este tema. Si bien, no todos han estado relacionados directamente con el propio autoconcepto físico, sino más bien desde el ámbito clínico en cuanto a trastornos de la imagen corporal (principalmente a los TCA) se refiere.

El estudio de Perpiña y Baños (1990), describió mediante una muestra compuesta por 83 adolescentes de género femenino de 17 años de media de edad (con desviación típica de 0.4) y sin antecedentes psicopatológicos, cómo estas adolescentes sobre-estimaron su peso y tamaño corporal (a excepción de 17 chicas que percibían menos kilos de peso) manifestando el deseo de perder algunos kilos mediante la técnica del calibrador móvil (estimación longitudinal de un objeto control además de sus partes corporales).

Como se ha podido comprobar en el marco teórico-conceptual de este estudio, existe una clara tendencia por parte de las adolescentes a percibirse con un mayor peso corporal del que realmente les corresponde. En este estudio de Perpiña y Baños (1990), las autoras pudieron concluir como había también una sobre-estimación de las partes específicas corporales como fue el caso de los senos como consecuencia de la maduración biológica en esta etapa y la sobre-estimación del abdomen debido al ideal de belleza sociocultural del que hemos tratado.

En el caso de la insatisfacción corporal, también se ha estudiado la relación que hay con la actividad física, el IMC y las diferentes partes corporales (además de la percepción corporal global), como es el caso del estudio de Camacho et al. (2002), donde se analizaron, a través del MBSRQ (*Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*) y cuestiones relativas a deseos de cambio de peso, estas relaciones con 690 sujetos (255 hombres y 435 mujeres) de entre 12 y 18 años de edad.

Los resultados mostraron como hay más tendencia evolutiva a la insatisfacción corporal (a más edad, aumentan las puntuaciones de insatisfacción corporal) y como a los 15 años es el pico de mayor insatisfacción corporal (60% de la muestra) al igual que demuestra el estudio de Ruiz de Azúa (2007) con relación al autoconcepto físico.

En el mismo estudio también se observó cómo aparecía mayor insatisfacción corporal en chicas tanto con el cuerpo en general como con cada una de las partes específicas, presentando claras diferencias con la insatisfacción corporal de los chicos (siendo de muy poca insatisfacción). Se detectó también como un 44,3% trataban de adelgazar, mostrándose que un 20% querían seguir bajando de peso aun estando con valores de IMC por debajo de la normalidad y un 58,2% querían bajar de peso estando en valores

normales de IMC siendo la privación de alimentos (42,6%) y el ejercicio físico (41,9% de las cuales el 38% practicaban dos o más horas) las prácticas más utilizadas para controlar el peso en las chicas.

Los IMC por encima de la normalidad mostraron las mayores insatisfacciones queriendo bajar de peso un 71.8% de la muestra. Con esto se observa también como a medida que el IMC aumentaba, la insatisfacción corporal también lo hacía.

En la misma dirección se encontraba el estudio de Martínez y Veiga (2007), quienes llevaron a cabo esta investigación dirigida a analizar las relaciones entre insatisfacción corporal y la actividad física y el IMC. La muestra, al igual que el estudio de Camacho et al. (2002), se situaba únicamente en la Comunidad Autónoma de Madrid, aunque esta se especificaba más la localidad madrileña situándose en Alcobendas. La muestra estaba formada por 110 participantes de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria y de primer curso de Bachillerato, cuyos instrumentos utilizados para la evaluación fueron el BSQ (*Body Shape Questionnaire*) valorando la insatisfacción corporal, el PAQ-C/A (*Physical Activity Questionnaire for Older Childrens & Adolescents*) y se procedió a calcular el IMC mediante la talla y peso del alumnado.

Los resultados reflejaron como la realización de actividad física se asocia a un menor grado de insatisfacción corporal (principalmente en el género femenino del grupo de más edad). En cuanto a la relación entre el IMC y el grado de insatisfacción corporal se encontraron asociaciones aunque moderadas, si bien en este caso el grupo de menor edad femenino mostraba mayor asociación que el de mayores.

Se tomó como conclusión como el mejorar los niveles de actividad física y buscar unas medidas corporales saludables eran elementos importantes en toda intervención que se precie para prevenir o tratar la insatisfacción corporal o los posibles TCA derivados. Para ello se propuso iniciar cualquier acción clínica o educativa (orientado al trabajo coeducativo) en los primeros años de la adolescencia ya que es la etapa en que aparece mayor insatisfacción.

Otros estudios, ya más relacionado con el propio tema de autoconcepto físico, fue el de Goñi y Rodríguez (2007) con una muestra de 172 hombres y 175 mujeres de edades comprendidas entre 12 y 19 años, donde correlacionaron de manera significativa los resultados de TCA con los resultados del autoconcepto físico, mostrando que a menores puntuaciones obtenidas sobre el autoconcepto físico (evaluado con el CAF) mayor puntuación obtenían respecto al cuestionario EDI (*Eating Disorders Inventory*) teniendo relación directa con los TCA.

El estudio de Fernández, Juan, Marcó y De Gracia (1999) que realizaron sirvió para relacionar el autoconcepto físico con el modelo estético y la imagen corporal en una muestra de 216 adolescentes de género masculino y 249 adolescentes de género femenino. Los resultados obtenidos concluían una mejor autopercepción en cuando a atractivo físico, mejores puntuaciones en autoestima y mejor forma física del grupo de los hombres frente al de las mujeres, que presentaban baja autoestima, baja puntuación de atractivo físico y una valoración peor en cuanto al físico global.

Además en el grupo de las mujeres se investigó las relaciones que existían entre el autoconcepto físico y las influencias sobre el modelo estético sociocultural e imagen corporal dando resultados de correlación positiva entre la mayor percepción de grasa

corporal, mayor insatisfacción de la imagen corporal y mayor presión sociocultural con unas puntuaciones bajas sobre el autoconcepto físico indicando una menor valoración de este.

Como hemos podido observar, el estado actual existente se basa en la gran cantidad de estudios relacionados con el autoconcepto físico e imagen corporal. Se ha estudiado en gran medida en muestras orientadas al género femenino y a la etapa de la adolescencia ya que es donde más cambios corporales aparecen. También existen numerosos estudios de edades superiores a doce años de edad tanto en chicas como en chicos, relacionando este autoconcepto físico con el IMC, actividad física, autoestima, insatisfacción corporal y con trastornos asociados a la imagen corporal.

Con este proyecto se pretendió aportar datos significativos en cuanto a una muestra de edades inferiores a la normalmente utilizada (pre-adolescencia y adolescencia), justificado por el pensamiento propio de como la sociedad actual ejerce una mayor presión en el alumnado por tener una mejor apariencia corporal y forma física, pudiendo crear un bajo autoconcepto físico asociado a posibles trastornos de imagen. Además este estudio pretendió abordar la línea de investigación un tanto desconocida asociada a la presión sociocultural que se ejerce sobre el alumnado, pudiendo detallar más claramente en qué medida y que tipo de presión es la que ejerce sobre los problemas de autoconcepto físico (describir cuál es el factor sociocultural más influyente a edades tan tempranas). También se pretendió abordar las relaciones que hay sobre la composición corporal (materia grasa) ya que en la actualidad no existen apenas estudios que relacionen el autoconcepto físico con la cantidad de grasa que se posee.

CAPÍTULO 4. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivos del proyecto

Este trabajo presentó como punto de partida conocer el grado de satisfacción o insatisfacción corporal del alumnado, debido a la inquietud actual que se manifiesta en nuestra sociedad por mantener un cuerpo “bello” (moda, revistas populares, medios de comunicación...) con unas medidas antropométricas y composición corporal contradictorias a lo realmente importante, nuestra salud y bienestar social, psicológico y físico.

- Conocer el grado de satisfacción con el propio cuerpo del alumnado.

En base a esto, los objetivos del estudio de acuerdo al tema planteado sobre autoconcepto físico, partiendo del objetivo general a los específicos, fueron los siguientes:

- Identificar datos biométricos del alumnado como peso, talla, IMC y % de masa grasa.
- Describir la percepción en cuanto a imagen corporal y habilidad física del alumnado.
- Determinar el grado de presión sociocultural del alumnado en lo relativo al autoconcepto físico.
- Analizar la relación existente entre el grado de satisfacción con el propio cuerpo y los datos biométricos
- Analizar la relación existente entre el grado de satisfacción con el propio cuerpo y las percepciones relacionadas con el autoconcepto físico (imagen corporal y habilidad física).
- Analizar la relación existente entre el grado de satisfacción con el propio cuerpo y las influencias socioculturales.

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio, se detallará a continuación la metodología de la investigación, describiendo así, aspectos tales como los participantes, el contexto, las variables del estudio, las técnicas e instrumentos que se utilizarán, el tratamiento de los datos obtenidos y los aspectos éticos.

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

Metodología de la investigación

Este estudio se llevó a cabo a través de la perspectiva cuantitativa, no pudiendo ser representativo a la población general del alumnado de sexto de primaria al no ser una muestra demasiado amplia y al no haberse asignado los alumnos y alumnas al azar, siendo un muestreo no probabilístico incidental. A pesar de esto, el estudio pudo darnos una aproximación de la situación actual, pudiendo en un futuro mejorar así dicho estudio.

Participantes y contexto

En cuanto a los y las participantes de nuestra muestra que usamos para este estudio, se compuso de una muestra total inicial de 166 sujetos (87 alumnas y 79 alumnos), todos pertenecientes al sexto curso de primaria, de los cuales 42 fueron tomados de un colegio público del distrito de Carabanchel en la Comunidad Autónoma de Madrid (22 alumnos y 20 alumnas), 49 fueron tomados de un colegio público del distrito de Chamberí en la Comunidad Autónoma de Madrid (23 alumnos y 26 alumnas), 50 fueron tomados de un colegio público del distrito de Moncloa-Aravaca en la Comunidad Autónoma de Madrid (23 alumnos y 27 alumnas) y otros 25 fueron tomados de otro colegio público del mismo distrito (11 alumnos y 14 alumnas).

El intervalo de edad, al ser únicamente la muestra de sexto curso de primaria, se situaba entre los 11 y 12 años de edad, rechazando del estudio la muestra de alumnado que superase este rango de edad, como posibles repetidores, los cuales fueron 6 alumnos y 5 alumnas, quedando así la muestra total definitiva en 155 participantes (82 alumnas y 73 alumnos).

Se escogieron estos cuatro colegios ya que pertenecían a distritos de esta Comunidad totalmente diferentes en cuanto a la posibilidad de tener un contexto sociocultural familiar (nivel de estudios) distinto como expone en sus informes estadísticos el Ayuntamiento de Madrid (2014) viéndose a continuación:

Este contexto sitúa un colegio público en el distrito de Carabanchel, distrito situado al sur de la aglomeración madrileña, a orillas del Manzanares, con una superficie de 1.409,30 hectáreas y con una población total de 242.780 habitantes albergando un 17,1% de personas extranjeras (predominantes de América Latina y el Caribe). Se trata de una población con un nivel sociocultural y económico considerado como medio-bajo.

Otro colegio público se sitúa en el distrito de Chamberí, distrito situado en el centro de la ciudad de Madrid, con una superficie de 469,22 hectáreas y con una población total de 138.586 habitantes albergando un 11,4% de personas extranjeras (predominantes de América Latina y el Caribe). Se trata de una población con un nivel sociocultural y económico considerado como medio-alto.

Los dos últimos colegios públicos se sitúan en el distrito de Moncloa-Aravaca, distrito situado en el noroeste de la ciudad de Madrid, con una superficie de 4.492,75 hectáreas y con una población total de 116.377 habitantes albergando un 10,7% de personas

extranjeras (predominantes de América Latina y el Caribe). Se trata de una población con un nivel sociocultural y económico considerado como alto.

Dentro de la muestra, no se requirió una proporción específica en relación al género y al nivel de estudios familiares, pero si se tuvo en cuenta estos a la hora de sacar los propios resultados del estudio.

Variables y técnicas e instrumentos de la investigación

En cuanto a las variables del estudio, de acuerdo con los objetivos planteados, la primera variable que se analizó fue el “grado de satisfacción corporal”, siendo esta la variable principal de mi estudio, la cual tuvo relación con las siguientes mencionadas.

El “**grado de satisfacción corporal**” es la comparación entre la imagen corporal propia con el ideal interiorizado pudiendo surgir fácilmente sentimientos de satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo, creando o no, una necesidad compulsiva de cambio físico (Ruiz de Azúa, Rodríguez y Goñi, 2005).

Otra variable en relación al autoconcepto físico será la percepción relacionada con la “**habilidad física**”, ya que en la práctica deportiva, se relaciona de forma muy positiva la alta percepción respecto a habilidad motriz y condición física con las puntuaciones en el autoconcepto físico siendo estas más altas (Ruiz de Azúa, 2005).

La “**presión sociocultural**” también se analizó con el fin de conocer estas influencias en el alumnado a la hora de crear su propio autoconcepto físico.

Por último, se tuvo en cuenta otras variables con relación a las tres anteriores, como son el **género** (masculino o femenino), el **nivel sociocultural** de las familias (alto, medio o bajo) y del entorno, relacionado con la influencia de estímulos socioculturales en el alumnado, y los **datos biométricos** del alumnado (IMC, peso, y % masa grasa) con el fin de mejorar el estudio. La edad no fue una variable significativa al escoger como muestra un único curso de primaria, aunque se tuvo en cuenta a la hora de descartar alumnos y alumnas repetidores/as (edades superiores a 12 años).

Los instrumentos (Anexo 2) utilizados para el análisis de las variables anteriormente mencionadas fueron:

- Grado de satisfacción corporal: Para esta variable se hizo uso de la Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner, Stark, Jackson y Friedman de 1999, adaptada a la población española por Rodríguez et al. (2003) donde se tuvo en cuenta también el grado de distorsión corporal, aunque la principal variable objeto de estudio que se tuvo en cuenta fue el índice de insatisfacción corporal.
- Habilidad física: Para esta variable hemos utilizado el cuestionario CAF (Cuestionario de Autoconcepto Físico) de Goñi et al. (2006), que a su vez dividía el cuestionario en seis subescalas siendo estas la habilidad deportiva, la

condición física, el atractivo físico, la fuerza, el autoconcepto físico general y el autoconcepto general.

- Presión sociocultural: Para esta variable hemos utilizado el cuestionario CIMEC-26 (Cuestionario de Influjos sobre el Modelo Estético Corporal) adaptado a la población española por Toro, Salamero y Martínez (1994), cuyas subcategorías se dividen en preocupación por la imagen corporal, influencia de los anuncios, influencia de los mensajes verbales, influencia de los modelos sociales, influencia de las situaciones sociales y el propio sumatorio del cuestionario.

La variable género quedó reflejada al inicio de estos cuestionarios para poder diferenciar y comparar posteriormente.

En cuanto al nivel sociocultural, se determinó mediante el cuadro adjunto a los permisos de participación de los hijos/as (Anexo 5), que rellenaron las madres y los padres donde se recogía la profesión, el nivel de estudios, si trabaja o no y en qué.

Por último, los datos biométricos sirvieron en el estudio para triangular la información obtenida en los cuestionarios, pudiendo contrastar los resultados con datos objetivos obtenidos a través de una bioimpedancia.

Con esto pudimos comparar el autoconcepto físico percibido por ellos, con la apariencia corporal real en cuanto a datos biométricos.

El instrumento utilizado para realizar esta bioimpedancia será el TANITA BC-418 Segmental Body Composition Analyzer y un tallímetro al ser necesaria la altura del alumnado para calcular estos datos biométricos.

A continuación procederemos a describir con detalle los tipos de instrumentos justificando la elección de estos, indicando el proceso de validación de todos ellos.

Cuestionario de Influjos sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC-26) adaptado a la población española por Toro, Salamero y Martínez (1994) (Anexo 2).

El CIMEC-26 es un cuestionario anónimo autoadministrado el cual analiza la influencia sociocultural en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, relacionándolos especialmente con los medios de comunicación de masas y el entorno social. Sirve para discriminar personas sin influencia aparente, de personas con una influencia más sensible a estos estímulos socioculturales (Toro et al., 1994)

Consta de 26 ítems puntuados de 0 a 2 (Sí; A veces; No). Permite obtener una puntuación global al sumar las puntuaciones directas por los ítems (puntuaciones entre 0 y 52), situándose la puntuación de corte en 16/17 con una sensibilidad mínima del 80% y una especificidad del 64,4% en cuanto a obtener resultados de la influencia de estos estímulos (Rodríguez y Goñi, 2009).

El cuestionario a su vez se divide en cinco subescalas (preocupación por la imagen corporal, compuesta por ocho ítems; influencia de los anuncios, compuesta por ocho ítems, influencia de los mensajes verbales, compuesta por tres ítems, influencia de los modelos sociales, compuesta por cuatro ítems; e influencia de las situaciones sociales compuesta de tres ítems).

Este cuestionario está dirigido a edades comprendidas entre 12 y 24 años siendo, como hemos mencionado antes, una de las grandes limitaciones y dificultades que me he encontrado en este estudio al no encontrar cuestionarios adecuados adaptados a la población de primaria, manteniéndose este cuestionario en el límite de edad de mi estudio. Sin embargo se escogió este cuestionario para el estudio por su validez y gran fiabilidad (α de Cronbach de 0.93) manteniendo buena consistencia interna además de capacidad discriminativa entre pacientes anoréxicas y grupo control (Toro et al., 1994).

En cuanto a la validez, cuenta con una validez convergente y concurrente con la subescala de insatisfacción corporal del EDI-2 (α de Cronbach de 0.83), apareciendo además alta correlación significativa entre las subescalas de ambos cuestionarios indicando importante asociación entre una alta obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y sentimientos de ineficacia con las altas puntuaciones de la influencia de la publicidad, los mensajes verbales, los modelos sociales y las situaciones sociales (Esnaola, 2005).

Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner adaptada a la población española por Rodríguez et al. (2003) (Anexo 2)

La Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de Gardner es una escala anónima autoadministrada, la cual evalúa el tamaño corporal, la figura, el peso y la satisfacción y distorsión de la imagen corporal del sujeto.

Esta escala está compuesta por 13 figuras humanas de 8 cm de altura que, de izquierda a derecha van aumentando su tamaño corporal careciendo de atributos corporales como cabello, rostro....

La figura central (figura humana número 7), representa la mediana de la distribución del peso de referencia de la población de estudio (que en nuestro caso será de un IMC=19,7 al hacer referencia a la población de 11 y 12 años (Hernández Álvarez, Moya Morales & Velázquez Buendía, 2007), y es a partir de esta donde se producen los cambios de volumen del resto de figuras (aumentando o disminuyendo el volumen hasta un 30% con respecto a la figura central) de forma progresiva (-30%; -25%; -20%; -15%; -10%; -5%; 0%; +5%; +10%; +15%; +20%; +25%; +30%). Todo esto proporcionará un continuo de siluetas, cuyos datos representan una delgadez extrema de la figura de la izquierda y una obesidad de la figura de la derecha.

En estas figuras, el alumnado debe marcar su figura (peso) que estima que es la actual y la figura (peso) que le parece ideal o deseada. Posteriormente, el evaluador, marcará la imagen que se corresponde con la realidad (a través de los datos obtenidos con el TANITA en mi caso).

La diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada nos daría un índice de satisfacción o insatisfacción con su propio cuerpo, mientras que la diferencia entre la imagen corporal percibida y la real nos daría un índice de distorsión de la imagen corporal (Rodríguez et al., 2003).

Los datos obtenidos de estas diferencias marcarán el grado de insatisfacción y distorsión que tiene el alumnado respecto a su imagen corporal categorizándose en "Satisfecho 0; Insatisfacción leve \pm 1,2,3,4; Insatisfacción moderada \pm 5,6,7,8; e Insatisfacción grave \pm 9,10,11,12" en el caso del Índice de Insatisfacción con el propio cuerpo; y "Sin distorsión 0; Distorsión leve \pm 1,2,3,4; Distorsión moderada \pm 5,6,7,8; y Distorsión grave \pm 9,10,11,12" en el caso del Índice de Distorsión con el propio cuerpo.

Esta escala está dirigida a una edad de inicio de 13 años siendo, al igual que el cuestionario anterior, una de las grandes limitaciones y dificultades que nos hemos encontrado en este estudio, al no encontrar escalas adecuadas a la población de primaria. Sin embargo se escogió esta escala por su facilidad de comprensión y por el pensamiento personal de que no tendría ninguna dificultad de poder aplicarse a edades inferiores, ya que lo que prima en esta escala son imágenes (figuras corporales) y no palabras o frases que pudieran ser complejas a la hora de comprenderse por el alumnado de primaria. Con respecto a otros cuestionarios como el MBSRQ (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire) adaptado a la población española,

tenía relación con la imagen corporal también, pero se descartó porque no era adecuada la aplicación a menores de 15 años.

En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna obtenida a través de Test-Retest fue de 0.84 en el grupo control y 0.80 en el grupo clínico, presentando muy alta correlación de resultados, comparable a la escala original. En cuanto a la validez, cuenta con una validez concurrente al aparecer alta correlación significativa positiva de la escala con el peso en el grupo control ($r= 0.627$; $p=0.001$), con el peso de bulimia ($r= 0.401$; $p= 0.001$) y con el peso de anorexia ($r=0.332$; $p= 0.01$). También presenta alta correlación significativa positiva de la escala con el IMC del grupo control ($r= 0.673$; $p= 0.000$), el IMC de bulimia ($r= 0.380$; $p= 0.01$) y el IMC de anorexia ($r= 0.322$; $p= 0.01$).

Para observar la validez de las puntuaciones de imagen percibida e imagen deseada en relación al IMC, se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA), teniendo el índice de masa corporal como covariante. Los resultados mostraron que el IMC es una covariante significativa tanto en la imagen percibida ($F_{(2,279)}= 88.82$; $p<0.000$; $r= 0.323$), así como en la imagen deseada ($F_{(2,279)}= 50.04$; $p<0.000$; $r= 0.230$) (Rodríguez Campayo et al., 2003).

Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) de Goñi, Ruiz de Azua y Rodríguez (2006) (Anexo 2)

Se ha generado gran consenso en lo referido a que la habilidad física y la apariencia física son dimensiones fundamentales de la estructura dimensional del autoconcepto físico (Goñi, Ruiz de Azua y Liberal, 2004).

El CAF es un cuestionario anónimo autoadministrado el cual evalúa a su vez cuatro dimensiones relacionadas con el autoconcepto (habilidad, condición, fuerza y atractivo). Este serviría para evaluar en qué medida se percibe el alumnado sobre estas dimensiones relacionándolo así con el autoconcepto físico.

Consta de 36 ítems puntuados de 1 a 5 pudiendo valorar cada subescala del cuestionario hasta un total de 30 puntos.

Las opciones de respuesta serán falso, casi siempre falso, a veces verdadero/ a veces falso, casi siempre verdadero y verdadero, pudiendo estar estos ítems puntuados de forma directa (de 1 a 5) o de forma indirecta (de 5 a 1) según al que corresponda (especificados en la hoja de registro del alumnado (Anexo 3).

Este cuestionario se podrá aplicar a partir de la edad de inicio de 12 años, quedando en el límite de edad de la muestra seleccionada.

Aun estando en este límite, se escogió este cuestionario para el estudio por su validez y gran fiabilidad (α de Cronbach de 0.93) (Goñi et al., 2006) con respecto a otros cuestionarios como el PSQ (Physical Self Questionnaire) adaptado a la población española por Moreno y Cervelló en 2005, el cual se optó por no aplicarlo por la formulación inadecuada de los ítems (muchos de ellos en negación) y el cuestionario

MIFA (Medida de la Intencionalidad para ser Físicamente Activo) de Moreno, Moreno y Cervelló (2007), el cual mantenía un escaso número de ítems a mi parecer (cinco en total), siendo pocos para poder hacer una valoración significativa y de calidad de mi estudio.

En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna general del cuestionario obtenida fue de un α de Cronbach= 0.93 presentando muy alta consistencia interna. En cuanto a las subescalas del cuestionario, la dimensión de “Habilidad física” obtuvo un α de Cronbach= 0.84, la “Condición física” obtuvo un α de Cronbach= 0.88, “Atractivo físico” obtuvo un α de Cronbach= 0.87, “Fuerza” obtuvo un α de Cronbach= 0.83, “Autoconcepto físico general” obtuvo un α de Cronbach= 0.86 y “Autoconcepto general” obtuvo un α de Cronbach= 0.84 presentando todas ellas gran fiabilidad.

En cuanto a la validez interna, el análisis factorial presenta alta correlación entre los factores del CAF, guardando una correlación, en la mayor parte de los casos superior a 0.40. También presenta concurrencia con otros cuestionarios similares como el AFA-5 y el CIMEC-26 usado en este estudio (Goñi et al., 2006).

Al presentar ciertas dificultades de aplicación de los cuestionarios en la muestra de primaria, por no estar dirigidos a grupos entre 11 y 12 años (sexto curso de primaria), sino a grupos con edades de inicio a partir de 12 años en adelante, se decidió pasar estos cuestionarios a una muestra piloto para su valoración, compuesta por 7 alumnos y 8 alumnas pertenecientes al mismo curso de nuestro estudio, pero a distintos colegios que los estudiados en mi proyecto.

Las conclusiones obtenidas tras valorar con precisión los ítems con esta muestra piloto fue que no se presentaban problemas a la hora de comprender cada ítem pudiendo responder, si fuere el caso, a cada uno de ellos.

TANITA BC-418 Segmental Body Composition Analyzer y Tallímetro

La elección de la técnica de la bioimpedancia se justifica por la gran objetividad que presenta sus resultados.

Mediante el uso de los ocho electrodos polares que presenta el TANITA BC-418, podemos hallar de forma muy precisa la composición corporal de los alumnos y alumnas permitiéndome además diferenciar entre edades y según el género.

La máquina TANITA tiene adheridos dos manillares para el sistema de electrodos además de la plataforma estándar de TANITA, la cual me permitirá obtener datos como la masa grasa, el Índice de Masa Corporal (IMC) y el peso entre otros muchos datos que no se tendrán en cuenta para este estudio.

Se decidió hacer uso del TANITA debido a que la comparación únicamente con el IMC nos podría otorgar datos falseados puesto que al calcular el IMC no se tiene en cuenta el % de masa grasa, pudiendo indicarnos la presencia de sobrepeso cuando lo que

predomina es la masa muscular o, por el contrario, presentar altos niveles de masa grasa estando en rangos normales de IMC por la baja presencia de tono muscular.

Es cierto que los cambios morfológicos no suceden hasta los 15 años (aumentando la masa grasa principalmente en el género femenino), pero con los altos índices de sobrepeso y obesidad que se han encontrado en la actualidad a edades tan tempranas (42 millones de niños y niñas con sobrepeso, de los cuales 35 millones de países desarrollados), nos ha parecido conveniente tener en cuenta estos factores (OMS, 2010).

Con estos datos pudimos comparar si la presencia o no de insatisfacción corporal se relaciona de manera muy aproximada a la realidad de las y los sujetos pudiendo objetivar los resultados de los cuestionarios para su contraste. El IMC, al igual que el peso, se relacionó con la Escala de Gardner mencionada anteriormente para sacar unos resultados, y se compararán con los resultados obtenidos en los otros dos cuestionarios. El % de masa grasa se relacionó con el IMC obtenido, pudiendo así precisar más en si esa insatisfacción corporal, dentro de un IMC acorde a la normalidad, pudo deberse a la presencia de altos niveles de grasa y bajo tono muscular.

El procedimiento/protocolo para la realización de la prueba estaría compuesta de varias fases:

- Se introducen los datos del alumno/a en la base de datos del TANITA (edad, género, altura*, peso de ropa**, composición *standard**** y objetivo-*goal*****).
- El/La alumno/a debe descalzarse para posteriormente subirse a la báscula del TANITA.
- Tras subirse y agarrar los manillares, deberá esperar 30 segundos aproximadamente para el análisis.
- Recibiré los datos de la bioimpedancia a través del rollo de papel situado en la parte superior del TANITA, grapándolos a la hoja de registro.
- El/La alumno/a podrá calzarse e irse con el resto de la clase.
- Se desinfectará la placa de la báscula del TANITA con algodón y alcohol 98°.
- Se analizará al siguiente sujeto.

*La altura se les tomará antes del TANITA con un tallímetro (pies juntos, descalzo y tronco recto con precisión de 1mm) anotando este dato en la hoja de registro. Posteriormente se dará uso en los datos del TANITA introduciéndolos en la escala de centímetros.

**El peso de la ropa será estándar a lo establecido por el TANITA, correspondiendo con 500 gr. Únicamente el alumnado deberá quitarse las deportivas y sólo si fuese necesario los calcetines (por ser demasiado gruesos).

***El TANITA muestra en su manual como, a sujetos menores a 16 años, no son considerados como composición atlética debiendo marcar siempre la composición *standard*.

****El objetivo no se hará uso en el estudio. Este apartado te muestra los valores que querrías tener en función del objetivo que te propusieses (por ejemplo perder masa grasa en un 9 %). Por consiguiente marcaremos siempre el mismo valor (1-6) ya que sino no nos permitiría continuar con el proceso.

En cuanto a la fiabilidad se utilizó un sujeto piloto donde, se le chequeó dos veces (al mismo sujeto), en periodos de 10 minutos entre chequeo y chequeo dando resultados idénticos. La validez, al presentar datos precisos, podemos decir que es una validez concurrente y predictiva además de presentar objetividad en cuanto a los datos obtenidos.

Para ello se siguieron las pautas del protocolo de actuación marcadas por el TANITA (efectuar previamente a la realización de ejercicio físico evitando así sudoración, sin haber orinado ni ingerido ningún líquido previo a la hora anterior a la prueba).

La secuenciación con la que se aplicaron dichos instrumentos para conseguir los datos relacionados con los objetivos de mi estudio, haciendo falta tres días distintos por clase, fueron:

- 1ª Sesión:
 - o Explicación del estudio y de los procedimientos al alumnado
 - o Rellenar datos personales (género, edad y colegio).
 - o Rellenar Escala de Gardner
 - o Rellenar Cuestionario CIMEC-26
- 2ª Sesión:
 - o Rellenar Cuestionario CAF
 - o Realizar prueba TANITA
- 3ª Sesión:
 - o *Si procediese, para realizar prueba TANITA en el alumnado que faltase

El orden de realización fue siempre el mismo para los cuatro colegios. Este orden se eligió así para evitar la sobrecarga de ítems a responder por el alumnado en un mismo día, evitando así respuestas aleatorias.

Los datos obtenidos de cada instrumento se anotaron en una Hoja de Registros/Plantilla haciendo más fácil el análisis de los resultados (Anexo 3).

Tratamiento de los datos

El estudio siguió el método cuantitativo en todo momento, presentando un estudio descriptivo transversal (en un único momento temporal) de poblaciones mediante encuestas con muestras no probabilísticas incidentales siendo por tanto muestras no representativas a la población general (Montero y León, 2007).

Los datos de este estudio se recopilaron en las Hojas de Registro (Anexo 3), donde anotamos las puntuaciones obtenidas de los cuestionarios además de anotar los datos biométricos del alumnado.

Con estos datos, al basarse en un modelo cuantitativo, decidimos tratarlos a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 22.

A partir de este programa se halló la media aritmética con la desviación típica de cada una de nuestras variables cuantitativas o de escala, ya que es el índice de mayor información. También hallamos la moda dentro de todas las variables (sexo, nivel sociocultural, grado de insatisfacción, grado de distorsión...) para ver cuál era el valor que más se repetía y la mediana para poder identificar valores extremos, dándonos todos ellos resultados descriptivos en cuanto al objeto del estudio. El rango se tuvo en cuenta para comparar los valores máximos y mínimos de cada variable cuantitativa.

Con estos datos obtuvimos además de las frecuencias, los porcentajes significativos para el estudio.

Todos estos datos se representaron mediante tablas de frecuencia/porcentajes y gráficas (histogramas) para su comprensión directa, ofreciendo una información global visual. También se observaron si las variables se distribuían de acuerdo a la normalidad o presentaban asimetría (tendencia central, variabilidad, sesgo, apuntamiento...) y si aparecían relaciones paramétricas (relaciones lineales y coeficiente de correlación de Pearson siempre y cuando no fuesen relaciones curvilíneas, su coeficiente de determinación...).

Aspectos éticos

Este proyecto respetó los criterios de actuación ética marcados por los protocolos de las Comisiones de Ética de la Investigación (propias de la Universidad Autónoma de Madrid) y los marcados por declaraciones internacionales como el Tratado de Helsinki.

Las consideraciones que se tuvieron en cuenta han sido las siguientes:

- Protección en todo momento de la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal del alumnado participante en la investigación.
- Investigación conforme a los principios científicos generalmente aceptados y apoyados en un profundo conocimiento de bibliografía científica y otras fuentes de información pertinentes.
- Proyecto descrito claramente en un protocolo de investigación sin conflicto de intereses e incentivos para los sujetos del estudio.
- La investigación ha recibido el permiso y la aprobación de la Universidad Autónoma de Madrid (Anexo 4) antes del comienzo del estudio, informando de manera previa el protocolo de la investigación.
- La responsabilidad de la protección del alumnado que tomen parte de la investigación recaerá siempre en el investigador y nunca en los participantes de la investigación, aunque hayan otorgado el consentimiento familiar.
- La selección de los sujetos del estudio asegurará que estos son escogidos por razones relacionadas con los interrogantes científicos y no por razones orientadas por motivos de discriminación.
- Se tomarán toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de las y los participantes de la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.
- Tanto el alumnado, como sus respectivas/os madres/padres/tutora/tutor, como el centro escolar y profesorado de Educación Física han recibido información adecuada acerca de los objetivos, métodos, beneficios y riesgos previsibles de la investigación. El alumnado fue informado del estudio y tendrá el derecho a ser informado en todo momento además de tener el derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en todo momento, sin exponerse a represalia. Para esto, tanto a padres, madres y directores/as se les presentó un consentimiento informado el cual tuvieron que firmar como muestra de conformidad situados en el Anexo 5 y en el Anexo 6.
- Los beneficios potenciales exceden a los riesgos en todo momento.
- Una vez comprendida la información, se tomó por escrito el consentimiento informado de los padres, madres o tutores/as legal (Anexo 5) sobre la participación de sus hijos/as al ser menores de edad. También se tomó el consentimiento del equipo directivo de cada centro escolar (Anexo 6).
- Los datos obtenidos únicamente se les dará uso para el presente estudio siendo totalmente confidenciales. Los centros escolares, el equipo directivo y el profesorado quedarán en el más estricto anonimato del estudio.
- Los autores, directores y editores del presente estudio tendrán obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de la investigación.
- La investigación podrá darse por finalizada en cualquier momento si se tiene motivos para sospechar que, de continuar con la investigación, podría causar algún tipo de lesión o malestar innecesario al alumnado.

CAPÍTULO 6. FASES DE DESARROLLO DEL PROYECTO

Fases de desarrollo del proyecto

A continuación se expondrá el cronograma general y detallado que se siguió de las fases de la investigación.

ACTIVIDADES A REALIZAR EN CADA UNA DE LAS FASES DE LA INVESTIGACIÓN		MESES 2015					
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Búsqueda de problema para su estudio-Antecedentes y Estado de la Cuestión. Establecimiento de objetivos.		■					
Establecimiento de la muestra representativa de la población de alumnos y alumnas. Estudio de distribuciones geográficas, número total de población y nivel sociocultural (nivel de estudios).			■				
Marco teórico-conceptual. Búsqueda y elección de instrumentos. Pre-selección del alumnado objeto de estudio, teniendo en cuenta las variables género, edad y nivel sociocultural.			■	■			
Diseño del estudio (elaboración de metodología y permisos). Recogida permiso de la Universidad y recogida TANITA y Tallímetro.			■	■			
Puesta en acción. Explicación estudio a centros escolares, al profesorado y al alumnado. Entrega de permisos.			■	■			
Recogida de los permisos.			■	■			
Recogida de Datos:	Cuestionario CIMEC-26 y Escala de Gardner (Sesión 1)		■	■			
Cuestionarios y prueba	Cuestionario CAF + TANITA y Tallímetro (Sesión 2)		■	■			
TANITA + Tallímetro	TANITA y Tallímetro (Sesión 3)		■	■	■		
Análisis de Datos en IBM SPSS				■	■	■	
Establecimiento de resultados, discusión y conclusiones.					■	■	
Entrega Trabajo Fin de Máster							■

EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

	ENERO 2015																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	
Búsqueda de problema para su estudio- Antecedentes y Estado de la Cuestión. Establecimiento de objetivos.																															

	FEBRERO 2015																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
Establecimiento de la muestra representativa de la población de alumnos y alumnas. Estudio de distribuciones geográficas, número total de población y nivel sociocultural (nivel de estudios).																															
Marco teórico-conceptual. Búsqueda y elección de instrumentos. Pre-selección del alumnado objeto de estudio, teniendo en cuenta las variables género, edad y nivel sociocultural.																															

**EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO
EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.**

	MARZO 2015																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	
Marco teórico-conceptual. Búsqueda y elección de instrumentos. Pre-selección del alumnado objeto de estudio, teniendo en cuenta las variables género, edad y nivel sociocultural.		■	■																												
Diseño del estudio (elaboración de metodología y permisos). Recogida permiso de la Universidad y recogida TANITA y Tallímetro.			■	■	■	■																									
Puesta en acción. Explicación estudio a centros escolares, al profesorado y al alumnado. Entrega de permisos.								■																							
Recogida de los permisos.										■	■	■	■			■	■	■	■												
Cuestionario CIMEC-26 y Escala de Gardner (Sesión 1)																					■		■								
Cuestionario CAF + TANITA y Tallímetro (Sesión 2)																								■	■						
TANITA y Tallímetro (Sesión 3)																									■						

	ABRIL 2015																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	
TANITA y Tallímetro (Sesión 3)							■																								
Análisis de Datos en IBM SPSS									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

		MAYO 2015																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	
Análisis de Datos en IBM SPSS																																
Establecimiento de resultados, discusión y conclusiones.																																

		JUNIO 2015																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	
Entrega Trabajo Fin de Máster																																

CAPÍTULO 7. RESULTADOS: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Presentación y análisis de los resultados

A continuación expondremos los resultados del proyecto de investigación con sus respectivos análisis que permitan interpretar y comprender dichos resultados.

En relación al alumnado, la muestra ascendió a un total de 155 sujetos correspondientes al curso de sexto de primaria. De esos 155 estudiantes, el 47,1% (n=73) pertenecen al género masculino y el 52,9% (n=82) pertenecen al género femenino por lo que comprende una muestra bastante equitativa en cuanto a género.

La edad comprendida de mi estudio fue entre 11 y 12 años, observando que el 51% (n=79) se encontraba en la edad de 11 años y el 49% (n=76) se encontraba en la edad de 12 años por lo que también había equidad respecto al porcentaje de edades.

En cuanto a los porcentajes del nivel de estudios del padre y de la madre se observó como los estudios preuniversitarios se situaban en un 38,7% (n=60) en los padres de los participantes y un 36,8% (n=57) en las madres de los participantes. Los estudios universitarios encontramos un 56,8% (n=88) en los padres y un 62,6% (97) en las madres. Por último cabe mencionar que un 4,5% (n=7) de los padres y un 0,6% (n=1) no hicieron constancia del nivel de estudios. Estos porcentajes indican como la mayoría de padres y madres estarían situados en estudios universitarios.

Respecto al trabajo, un 85,8% (n=133) de los padres sí trabajaba en ese momento y un 81,3% (n=126) de las madres también lo hacían. Un 9,7% (n=15) de los padres no trabajaba y un 18,1% (n=28) de las madres tampoco lo hacían, mientras que un 4,5% (n=7) de los padres y un 0,6% (n=1) no hicieron constancia de si establecían una situación laboral en ese momento. Estos porcentajes indican como la mayoría de padres y madres trabajaban en ese momento del estudio.

En la tabla IV se recoge la distribución en porcentajes según el género de los y las estudiantes de sexto curso de primaria en función del nivel de estudios de los familiares, si trabajan o no dichos familiares y la edad.

Tabla IV. Distribución según el género de los participantes en función del nivel de estudios de los familiares, trabajo de los familiares y la edad

	Todos	Chicos	Chicas
<i>n</i>	155	73	82
Características físicas			
% Edad (11 años)	51	52.1	50
% Edad (12 años)	49	47.9	50
Nivel sociocultural			
% Nivel de estudios que no consta (padre)	4.5	2.7	6.1
Nivel de estudios pre-universitarios del padre (%)	38.7	41.1	36.6
Nivel de estudios universitarios del padre (%)	56.8	56.2	57.3
% Nivel de estudios que no consta (madre)	0.6	1.4	0
Nivel de estudios pre-universitarios de la madre (%)	36.8	28.8	43.9
Nivel de estudios universitarios de la madre (%)	62.6	69.9	56.1
% Trabajo que no consta (padre)	4.5	2.7	6.1
% Trabajo que no consta (madre)	0.6	1.4	0
Sí Trabaja Padre (%)	85.8	87.7	84.1
Si Trabaja Madre (%)	81.3	80.8	81.7
No Trabaja Padre (%)	9.7	9.6	9.8
No Trabaja Madre (%)	18.1	17.8	18.3

Para el análisis del IMC de los estudiantes de la muestra, se tomó como referencia la categorización realizada por la OMS (2007), expuesta en el anexo I de dicho proyecto para edades comprendidas entre 11 y 12 años. Esta categorización clasifica al alumnado en desnutrición (severa, moderada y leve), normopeso, sobrepeso y obesidad (tipo I y II) según unos valores numéricos expuestos. Esta clasificación ha servido para analizar, además del IMC real, el IMC percibido y el IMC ideal sacados a través de la escala de Gardner (anexo II).

En la tabla V podemos observar las distintas distribuciones acerca de esta categorización en los distintos IMC (real, percibido e ideal) según la edad y el sexo.

Tabla V. Distribuciones en tanto por ciento de los distintos IMC (real, percibido e ideal) según la edad y el sexo.

	IMC REAL				IMC PERCIBIDO				IMC IDEAL			
	Desn.	Normo	Sobre.	Obs.	Desn.	Normo	Sobre.	Obs.	Desn.	Normo	Sobre.	Obs.
Chico 11 años	34,2%	34,2%	15,8%	15,8%	36,8%	21,1%	34,3%	7,9 %	55,3%	23,6%	21,1%	0%
Chica 11 años	36,6%	36,6%	19,5%	7,3%	29,3%	46,3%	24,4%	0%	41,5%	53,6%	4,9%	0%
Chico 12 años	42,9%	20%	20%	17,1%	11,4%	51,5%	28,5%	8,6 %	25,7%	54,3%	20%	0%
Chica 12 años	24,4%	34,1%	26,9%	14,6%	31,7%	51,2%	17,1%	0%	56,1%	41,5%	2,4%	0%

Al comparar estos resultados se observó cómo tanto en chicos como en chicas el mayor porcentaje de IMC Real se sitúa en normopeso y desnutrición (excepto en chicas de 12 años que se sitúa en normopeso y sobrepeso). Sin embargo, respecto al IMC percibido se encontró mayores variaciones situándose los mayores porcentajes en desnutrición y sobrepeso en chicos de 11 años, en desnutrición y normopeso en chicas de 11 y 12 años y en normopeso y sobrepeso en chicos de 12 años. Los valores de IMC Ideal cabe destacar los altos valores situados en el rango de desnutrición tanto en chicas como en chicos (excepto en chicos de 12 años que se sitúa la gran parte en normopeso).

En cuanto a las medias de estos IMC, no presentan diferencias significativas al contrastarlas por sexo, estableciéndose todas las medias en el rango de normopeso tanto para el IMC Real, el IMC Percibido y el IMC Ideal como expongo más detalladamente en la tabla VI.

En cuanto a la materia magra no se establecen diferencias significativas al contrastar la media por sexos pero, sin embargo, si aparecen diferencias significativas al contrastar las medias aritméticas por sexo en relación al peso ($P= 0,049$), a la talla ($P=0,003$) y al porcentaje de materia grasa ($P= <0,001$) detallados también en la tabla VI.

Entre estas diferencias significativas se observó mayor peso corporal en el género femenino que en el masculino y mayor talla en el género femenino que en el masculino. Sin embargo aunque sean significativamente mayores en el género femenino que en el masculino, recordamos que estas variables por sí solas no nos indican nada relevante, debido a que son utilizadas para la obtención de la variable "IMC Real" que como he mencionado anteriormente no se ha encontrado diferencia significativa en las medias en cuanto al contraste de sexo.

Otra diferencia significativa encontrada contrastando por sexo fue el mayor porcentaje de materia grasa en el género femenino que en el masculino, estando este porcentaje de grasa en una media moderadamente alta para el género masculino y una media moderadamente alta también para el género femenino siguiendo la clasificación de Filho (1999) detallada en el anexo I.

Si bien, el mayor porcentaje de sujetos de género masculino, siguiendo esta clasificación, se encontraba en el rango de porcentaje de grasa "Adecuado" (56,2%) al igual que el de género femenino (56,1%).

Tabla VI. Medias de composición corporal según el género

	Todos	Chicos	Chicas	<i>P</i> _{sexo}
<i>n</i>	155	73	82	
Composición corporal				
Peso (kg)	44.99±10.65	43.20±11.16	46.57±9.97	0.049
Talla (m)	1.52±0.07	1.50±0.08	1.54±0.06	0.003
Índice de masa corporal (kg/m²)	19.33±3.59	18.99±3.63	19.63±3.55	0.268
Índice de masa corporal percibido (kg/m²)	19.04±2.29	19.11±2.54	18.98±2.06	0.725
Índice de masa corporal ideal (kg/m²)	18.01±1.86	18.08±1.85	17.94±1.89	0.643
Materia Magra (kg)	33.91±5.78	33.49±6.38	34.27±5.20	0.404
Porcentaje de grasa (%)	23.47±6.48	21.23±6.80	25.47±5.48	<0.001

En negrita <0.050: Aparecen diferencias significativas entre las medias según la variable Sexo

Tras comparar las medias se procedió a observar los estadísticos descriptivos de estas variables relacionadas con la composición corporal, detalladas en la tabla VII.

Tabla VII. Estadísticos descriptivos de las variables relacionadas con la composición corporal.

	Peso	Talla	IMC Real	IMC Percibido	IMC Ideal	% Materia Grasa	Materia Magra
Hombre n=73							
Mediana	41,70	1,50	17,90	18,70	17,70	19,30	32,50
Moda	46,6	1,5	16,0	17,70	16,7	13,8	30,7
Rango	61,5	0,44	17,5	14,0	8,0	26,6	37,0
Mínimo	24,7	1,33	13,4	14,7	14,7	11,6	21,2
Máximo	86,2	1,77	30,9	28,7	22,7	38,2	58,2
Mujer n=82							
Mediana	44,70	1,54	19,00	18,70	17,70	23,85	33,50
Moda	33,9	1,51	15,7	17,7	17,7	23,7	29,9
Rango	42,2	0,24	15,6	9,0	12,0	22,9	23,4
Mínimo	31,7	1,41	14,0	14,7	14,7	17,1	25,0
Máximo	73,9	1,65	29,6	23,7	26,7	40,0	48,4

Tras observar los estadísticos descriptivos y analizar su distribución mediante la prueba de normalidad de Kilmogorov-Smirnov se concluyó que las variables analizadas no seguían una distribución normal de acuerdo a los datos de la muestra, excepto la variable "Talla" la cual obtuvo una significación del 0,200 describiendo así una distribución de acuerdo a la normalidad.

A continuación, se realizó el análisis del coeficiente de determinación, observándose que la variable de "porcentaje de materia grasa" estaría explicada en un 8,9% por el nivel de estudios del padre y de la madre del sujeto ($R^2=.089$; $P=.001$), en un 3,9% por el hecho de que trabajase o no el padre y la madre del sujeto ($R^2=.039$; $P=.049$) y en un 10,8% por el sexo del sujeto ($R^2=.108$; $P<.001$).

La variable "materia magra" estaría explicada en un 4,3% por el nivel de estudio del padre y la madre del sujeto ($R^2=.043$; $P=.035$) y en un 7,6% por la edad del sujeto ($R^2=.076$; $P=.001$).

La variable "IMC Real" estaría explicada en un 12,7% por el nivel de estudio del padre y la madre del sujeto ($R^2=.127$; $P<.001$) y en un 4,4% por la edad ($R^2=.044$; $P=.009$).

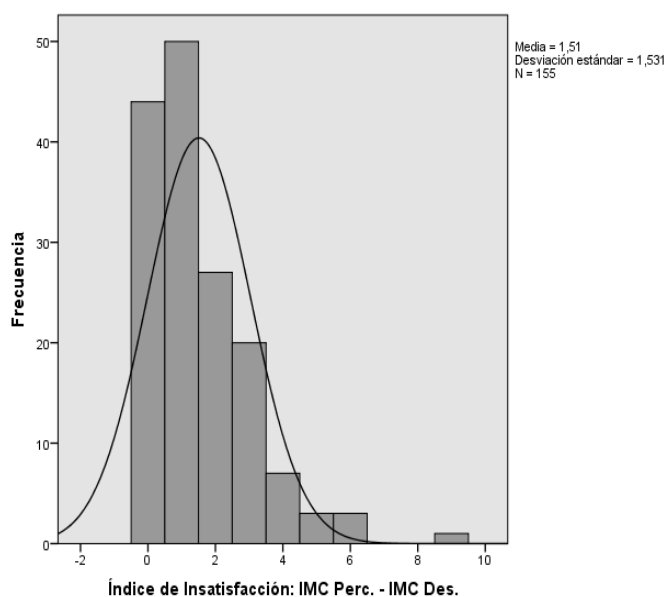
La variable “IMC Percibido” estaría explicada en un 9,1% por el nivel de estudio del padre y la madre del sujeto ($R^2=.091$; $P=.001$) y en un 3,7% por la edad ($R^2=.037$; $P=.017$).

Por último la variable “IMC Ideal” únicamente estaría explicada en un 5,4% por la edad ($R^2=.054$; $P=.004$).

En relación a la escala de Gardner administrada al alumnado de sexto de primaria, se obtuvieron como resultado de los índices de insatisfacción y distorsión corporal, mostrados en la Figura 3, donde el índice 0 indicaba satisfacción absoluta con el propio cuerpo y sin distorsión alguna sobre su imagen corporal; los índices comprendidos entre 1 y 4 indican una insatisfacción y distorsión corporal leve; los índices comprendidos entre 5 y 8 indican una insatisfacción y distorsión moderada; y los índices comprendidos entre 9 y 12 indican una insatisfacción y distorsión grave.

Se observó como la frecuencia de respuesta se situaba en mayores proporciones en satisfecho y sin distorsión y en insatisfacción y distorsión leve.

Índice de Insatisfacción Corporal



Índice de Distorsión Corporal

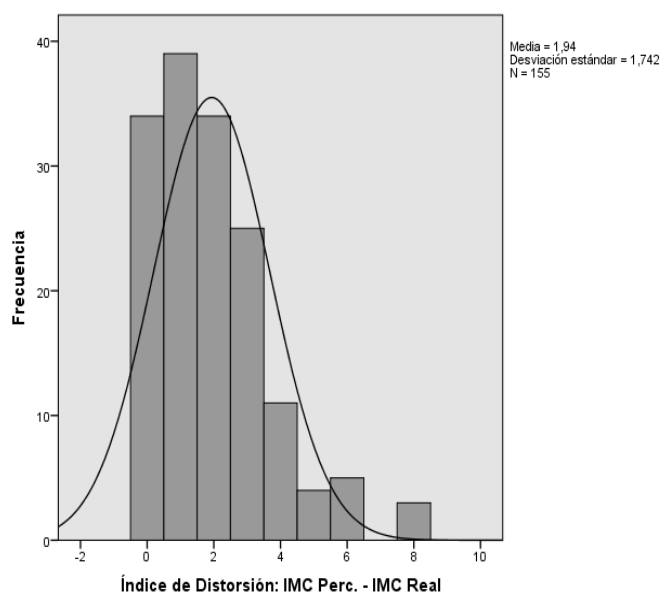


Figura III. Frecuencia de los índices de insatisfacción y distorsión corporal de la Escala de Gardner.

En cuanto a la media obtenida en estos índices, los resultados obtenidos presentaron una insatisfacción y distorsión corporal leve, sin presentar diferencias significativas entre sexos observándose en la tabla VIII, comprendiendo un 63% de los alumnos en la categorización de “Insatisfacción corporal leve” y un 65,7% de los alumnos en la categorización de “Distorsión corporal leve”, mientras que en las alumnas se presentaba en un 70,7% en la categorización de “Insatisfacción corporal leve” y en un 74,4% de “Distorsión corporal leve”.

El resto de categorías presentaba menor porcentaje en cuanto a su frecuencia, siendo en el género masculino de un 32,9% en la categoría “Satisfacción corporal” y de un 23,3% en la categoría “Sin distorsión corporal”; de un 2,7% en la categoría “Insatisfacción corporal moderada” y de un 11% en la categoría “Distorsión corporal moderada”; y por último de un 1,4% en la categoría “Insatisfacción corporal grave” y de un 0% en la categoría “Distorsión corporal grave”.

En relación al género femenino, el resto de categorías también presentaban menor porcentaje en cuanto a su frecuencia siendo de un 24,4% en la categoría “Satisfacción corporal” y de un 20,7% en la categoría “Sin distorsión corporal”; de un 4,9% en la categoría “Insatisfacción corporal moderada” y de un 4,9% en la categoría “Distorsión corporal moderada”; y por último de un 0% en la categoría “Insatisfacción corporal grave” y de un 0% en la categoría “Distorsión corporal grave”.

Tabla VIII. Media aritmética y desviación típica de la Escala de Gardner

	Todos	Chicos	Chicas	<i>P</i> _{sexo}
<i>n</i>	155	73	82	
GARDNER				
Índice de Insatisfacción Corporal (0-12)	1.51±1.53	1.56±1.68	1.46±1.39	0.691
Índice de Distorsión Corporal (0-12)	1.94±1.74	2.01±1.90	1.87±1.59	0.600

En negrita <0.050: Aparecen diferencias significativas entre las medias según la variable Sexo

Tras comparar las medias se procedió a observar los estadísticos descriptivos de estos índices relacionados con la Escala de Gardner, detallados en la tabla IX.

Tabla IX. Estadísticos descriptivos de los índices relacionados con la Escala de Gardner.

	Índice de Insatisfacción Corporal	Índice de Distorsión Corporal
Hombre n=73		
Mediana	1	2
Moda	0	0
Rango	9	8
Mínimo	0	0
Máximo	9	8
Mujer n=82		
Mediana	1	2
Moda	1	1
Rango	6	8
Mínimo	0	0
Máximo	6	8

A continuación, se realizó el análisis del coeficiente de determinación, observándose que el “Índice de Insatisfacción corporal” estaría explicado en un 8,7% por el nivel de estudios del padre y de la madre del sujeto ($R^2=.087$; $P=.001$), en un 16% por el porcentaje de materia grasa ($R^2=.160$; $P<.001$), en un 3,6% por la materia magra ($R^2=.036$; $P=.018$), en un 16% por el IMC real ($R^2=.160$; $P<.001$), en un 20,1% por el IMC percibido ($R^2=.201$; $P<.001$) y en un 9,3% por el peso ($R^2=.093$; $P<.001$).

El “Índice de Distorsión Corporal” estaría explicado en un 7,6% por la materia grasa ($R^2=.076$; $P=.001$), en un 5,8% por la materia magra ($R^2=.058$; $P=.003$), en un 15,6% por el IMC real ($R^2=.156$; $P<.001$), en un 5,1% por el IMC percibido ($R^2=.051$; $P=.005$), en un 9,4% por el peso ($R^2=.094$; $P<.001$) y en un 6% por la edad ($R^2=.060$; $P=.002$).

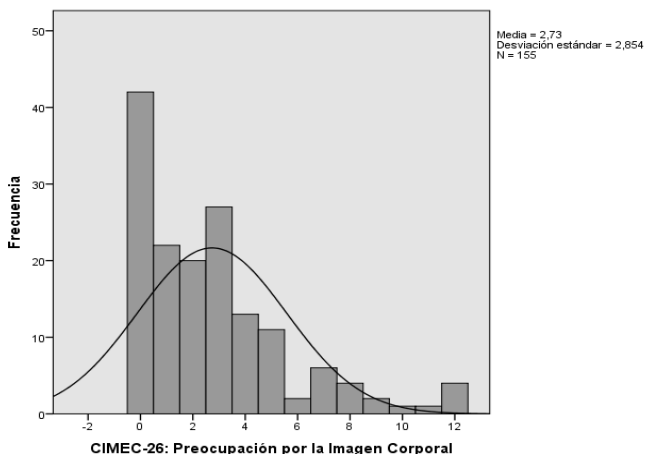
En relación al cuestionario CIMEC-26 administrado al alumnado de sexto de primaria, se obtuvieron los resultados de cada subcategoría mostrados en la Figura 4, dándonos un índice entre 0 y 16 para la “Preocupación por la imagen corporal”; entre 0 y 16 para la “Influencia de los anuncios”; entre 0 y 6 para la “Influencia de los mensajes verbales”; entre 0 y 8 para la “Influencia de los modelos sociales”; entre 0 y 6 para la “influencia de las situaciones sociales”; y entre 0 y 52 para el sumatorio del propio cuestionario CIMEC-26, el cual indica que por encima de la puntuación 16, el individuo es más sensible a la influencia de estos estímulos.

EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

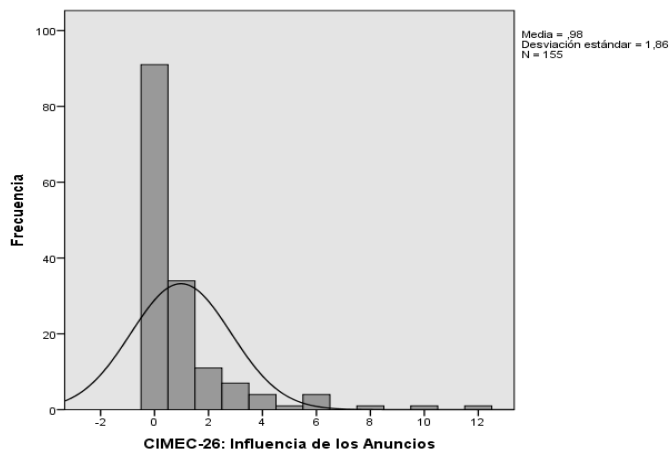
Los índices cercanos a 0 de cada subcategoría y por debajo de 16 en el sumatorio del CIMEC-26 indican menor sensibilidad a la influencia de estos estímulos siendo lo adecuado.

Se pudo observar claramente en las gráficas de cada subcategoría como las mayores frecuencias de respuesta se sitúan en torno a 0 mostrando poca o nula influencia sociocultural al igual que el sumatorio CIMEC-26 situándose por debajo de 16 en la gran mayoría.

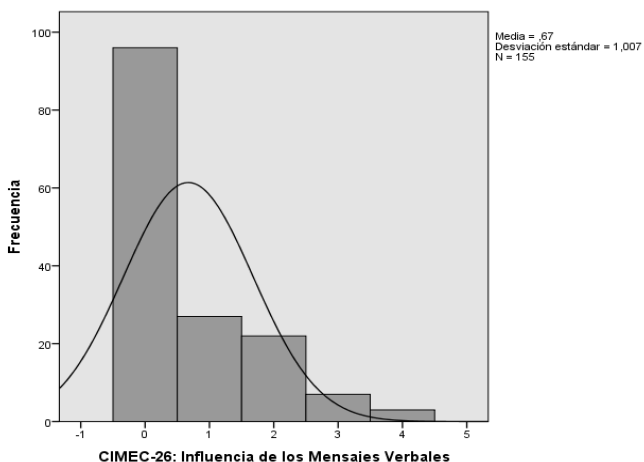
Preocupación por la imagen corporal



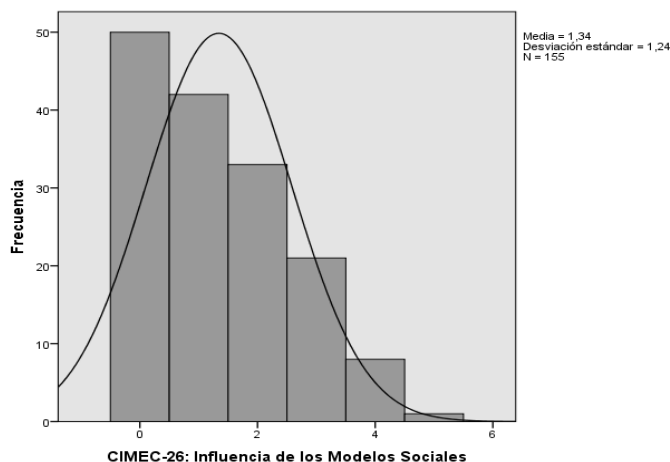
Influencia de los anuncios



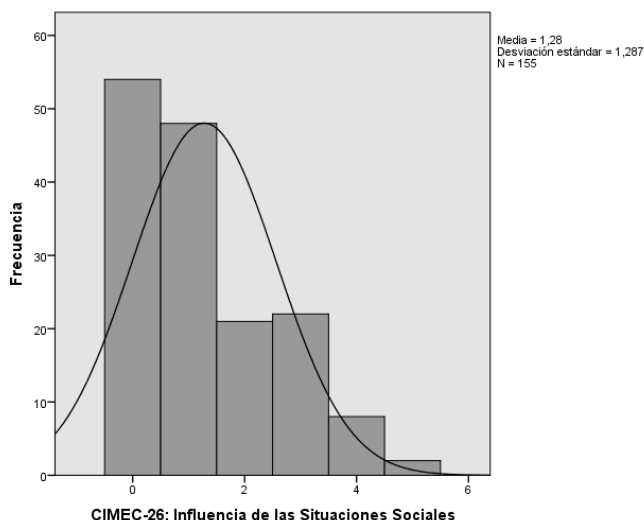
Influencia de los mensajes verbales



Influencia de los modelos sociales



Influencia de las situaciones sociales



Sumatorio CIMEC-26

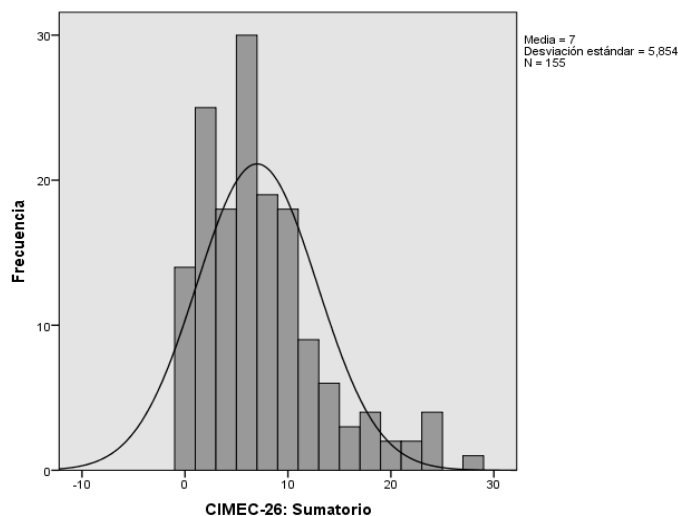


Figura IV. Frecuencia de las subcategorías del cuestionario CIMEC-26.

En cuanto a la media obtenida en estas subcategorías, los resultados obtenidos presentaron una baja sensibilidad por la influencia de estos estímulos, teniendo de media en el sumatorio del CIMEC-26 un índice por debajo de 16 tanto en chicos como en chicas, presentando diferencias significativas entre las medias por sexo en la subcategoría “Preocupación por la imagen corporal”, siendo esta preocupación mayor en las chicas que en los chicos, y diferencias significativas entre las medias por sexo del sumatorio del CIMEC-26, presentando mayor sensibilidad a la influencia de estos estímulos en las chicas que en los chicos, observándose en la tabla X.

En cuanto a los porcentajes referidos a los índices alcanzados por el alumnado de género masculino, un 34,2% de estos no mostraba ninguna preocupación por la imagen corporal, un 63% no mostraba influencia por los anuncios, un 65,8% no mostraba influencia por los mensajes verbales, un 39,7% no mostraba influencia por los modelos sociales y un 45,2% no mostraba influencia por las situaciones sociales, obteniendo todos ellos la mínima puntuación (0). Además, en el sumatorio del CIMEC-26, el alumnado de género masculino en un 97,3% no supero el índice de corte (16) para presentar sensibilidad a la influencia de estos estímulos.

Respecto a los porcentajes referidos a los índices alcanzados por el alumnado de género femenino, los porcentajes de obtención del índice 0 disminuyeron en todas las subcategorías ocupando un 20,7% las alumnas que no mostraban ninguna preocupación por la imagen corporal, un 54,9% las alumnas que no mostraban ninguna influencia por los anuncios, un 58,5% las alumnas que no mostraban influencia por los mensajes verbales, un 25,6% las alumnas que no mostraban influencia por los modelos sociales y un 25,6% las alumnas que no mostraban influencia por las situaciones sociales. Además, en el sumatorio del CIMEC-26, el alumnado de género femenino en un 86,6% no supero el índice de corte (16) para presentar sensibilidad a la influencia de estos estímulos.

Tabla X. Media aritmética y desviación típica del cuestionario CIMEC-26

	Todos	Chicos	Chicas	<i>P</i> _{sexo}
<i>n</i>	155	73	82	
CIMEC-26				
Preocupación por la imagen corporal (0-16)	2.73±2.85	2.12±2.35	3.27±3.15	0.012
Influencia de los anuncios (0-16)	0.98±1.86	0.89±1.84	1.06±1.88	0.571
Influencia de los mensajes verbales (0-6)	0.67±1.01	0.58±0.93	0.76±1.07	0.266
Influencia de los modelos sociales (0-8)	1.34±1.24	1.19±1.29	1.48±1.19	0.156
Influencia de las situaciones sociales (0-6)	1.28±1.29	1.12±1.35	1.41±1.22	0.160
∑CIMEC-26 (0-52)	7.00±5.85	5.90±5.36	7.98±6.13	0.027

En negrita <0.050: Aparecen diferencias significativas entre las medias según la variable Sexo

Tras comparar las medias se procedió a observar los estadísticos descriptivos de los índices obtenidos relacionados con el cuestionario CIMEC-26, detallado en la tabla XI.

Tabla XI. Estadísticos descriptivos de los índices relacionados con el CIMEC-26.

CIMEC - 26	Preocupación por la Imagen Corporal	Influencia de los Anuncios	Influencia de los Mensajes Verbales	Influencia de los Modelos Sociales	Influencia de las Situaciones Sociales	∑CIMEC - 26
Hombre n=73						
Mediana	2	0	0	1	1	5
Moda	0	0	0	0	0	0
Rango	9	12	4	5	5	28
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	9	12	4	5	5	28
Mujer n=82						
Mediana	3	0	0	1	1	6
Moda	0	0	0	1	1	6
Rango	12	10	4	4	5	24
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Máximo	12	10	4	4	5	24

A continuación, siguiendo el mismo procedimiento, se realizó el análisis del coeficiente de determinación, observándose que la subcategoría “Preocupación por la imagen corporal” estaría explicada en un 7,2% por el nivel de estudios del padre y de la madre del sujeto ($R^2=.072$; $P=.003$), en un 17,5% por el porcentaje de materia grasa ($R^2=.175$; $P<.001$), en un 6,8% por la materia magra ($R^2=.068$; $P=.001$), en un 15,3% por el IMC real ($R^2=.153$; $P<.001$), en un 8,9% por el IMC percibido ($R^2=.089$; $P<.001$), en un 12,7% por el peso ($R^2=.127$; $P<.001$) y en un 4% por el sexo del alumnado ($R^2=.040$; $P=.012$).

La subcategoría “Influencia de los anuncios” estaría explicada en un 7,9% por el porcentaje de materia grasa ($R^2=.079$; $P<.001$), en un 4,2% por la materia magra ($R^2=.042$; $P=.010$), en un 6,7% por el IMC real ($R^2=.067$; $P=.001$), en un 6,4% por el IMC percibido ($R^2=.064$; $P=.002$), en un 7,9% por el peso ($R^2=.079$; $P<.001$) y en un 2,9% por la edad del alumnado ($R^2=.029$; $P=.034$).

Sin embargo, el resto de subcategorías no encontró ninguna relación significativa con las otras variables, no pudiendo explicar las subcategorías mediante las variables analizadas en mi estudio.

El sumatorio del propio cuestionario CIMEC-26 sí encontró relaciones, explicando que dichos resultados totales obtenidos estarían explicados en un 10,6% por el porcentaje de materia grasa ($R^2=.106$; $P<.001$), en un 3,1% por la materia magra ($R^2=.031$; $P=.030$), en un 7,8% por el IMC real ($R^2=.078$; $P<.001$), en un 5,6% por el IMC percibido ($R^2=.056$; $P=.003$), en un 7,1% por el peso ($R^2=.071$; $P=.001$), en un 2,6% por la edad

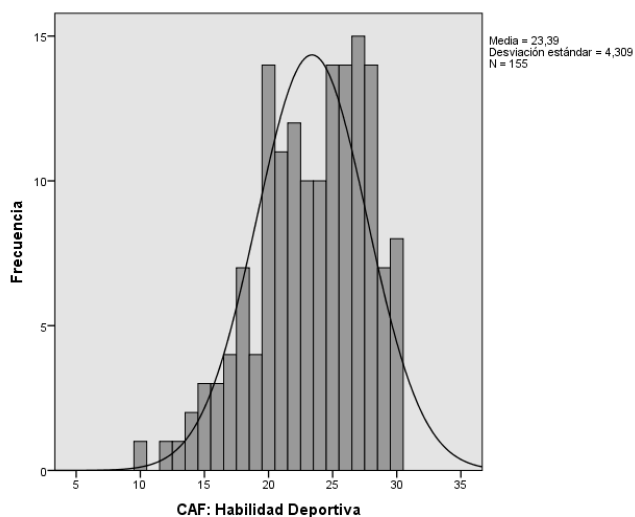
EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

del alumnado ($R^2=.026$; $P=.045$) y en un 3,1% por el sexo del alumnado ($R^2=.031$; $P=.027$).

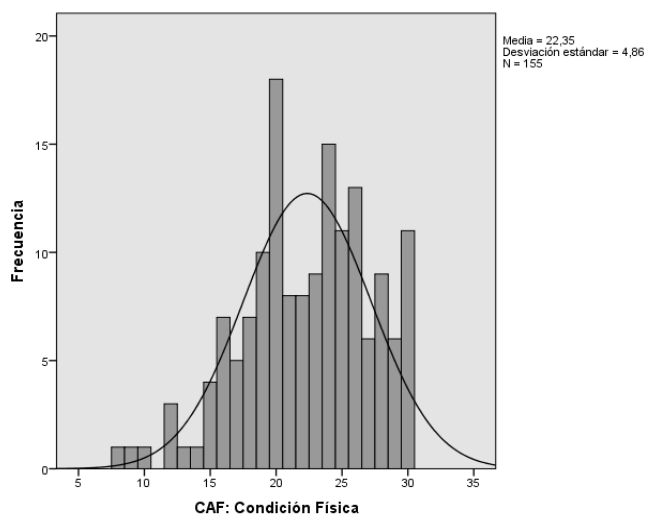
Por último, en relación al cuestionario CAF administrado al alumnado de sexto de primaria, se obtuvieron los resultados de cada subcategoría mostrados en la Figura 5, dándonos un índice entre 0 y 30 para cada una de ellas indicándome su propia percepción acerca de su habilidad deportiva, condición física, atractivo físico, fuerza, autoconcepto físico y autoconcepto general.

Los índices cercanos a 30 de cada subcategoría indican una buena percepción de estas subcategorías.

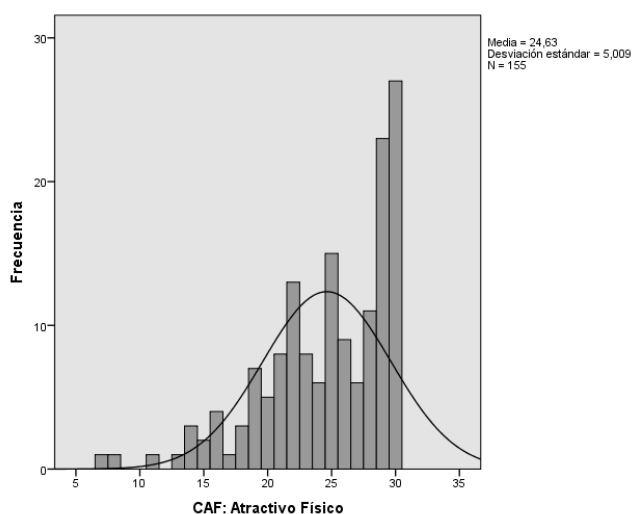
Habilidad Deportiva



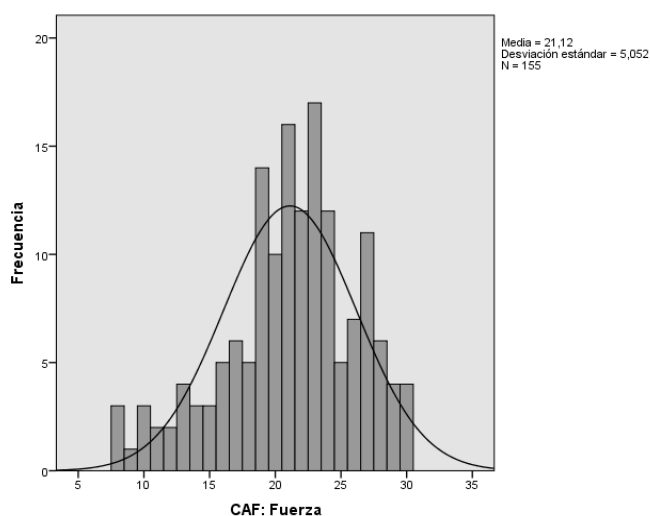
Condición Física



Atractivo Físico



Fuerza



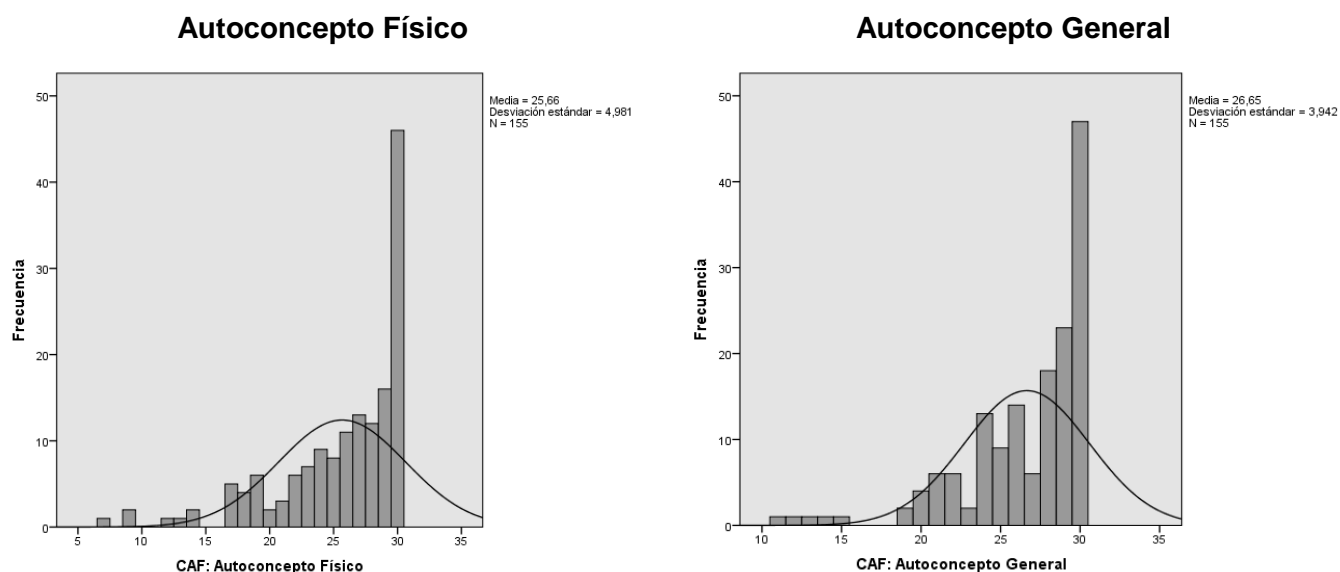


Figura V. Frecuencia de las subcategorías del cuestionario CAF.

Se pudo observar como en atractivo físico, autoconcepto físico y autoconcepto general hay una tendencia de respuesta cercana a 30 en su mayoría.

En cuanto a la media obtenida en estas subcategorías, los resultados obtenidos presentaron una buena percepción de todas ellas, siendo estas de puntuaciones altas tanto para los chicos (superiores a 22) como para las chicas (superiores a 19)

Además estas medias aritméticas, comparándolas por sexo, sobre la percepción de cada subcategoría presentó diferencias significativas en todas ellas excepto en la subcategoría “Atractivo Físico”. Estas diferencias muestran como el género masculino tiene una mejor autopercepción de cada una de las subcategorías siendo todas ellas de menor puntuación para el género femenino, pudiéndose observar en la tabla XII.

Los porcentajes referidos a las puntuaciones alcanzadas entre 23 y 30 de cada subcategoría, considerándose una autopercepción buena, reflejan que el 69,9% del alumnado de género masculino se sitúa en este rango respecto a la “Habilidad Deportiva”, un 64,4% respecto a la “Condición Física”, un 68,5% respecto al “Atractivo Físico”, un 50,7% respecto a la “Fuerza”, un 87,7% respecto al “Autoconcepto Físico” y un 93,2% respecto al “Autoconcepto General”.

Por consiguiente, los porcentajes referidos a las puntuaciones alcanzadas entre 23 y 30 de cada subcategoría en el género femenino, considerándose una autopercepción buena, reflejan que el 50% de las alumnas se sitúa en este rango respecto a la “Habilidad Deportiva”, el 40,2% respecto a la “Condición Física”, el 67,1% respecto al “Atractivo Físico”, el 35,4% respecto a la “Fuerza”, el 70,7% respecto al “Autoconcepto Físico” y el 78% respecto al “Autoconcepto General”, viendo en todas las subcategorías menor porcentaje de puntuación que los chicos entre estos límites de autopercepción buena.

Tabla XII. Media aritmética y desviación típica del cuestionario CAF

	Todos	Chicos	Chicas	<i>P</i> _{sexo}
<i>n</i>	155	73	82	
CAF				
Habilidad Deportiva (0-30)	23.39±4.31	24. 62±3.89	22. 29±4.39	0.001
Condición Física (0-30)	22.35±4.86	24.05±4.76	20. 84±4.45	<0.001
Atractivo Físico (0-30)	24.63±5.01	25.21±4.13	24. 11±5.65	0.167
Fuerza (0-30)	21.12±5.05	22.44±4.58	19. 94±5.19	0.002
Autoconcepto Físico General (0-30)	25.66±4.98	26.90±3.38	24. 56±5.86	0.002
Autoconcepto General (0-30)	26.65±3.94	27.38±2.76	26. 00±4.67	0.025

En negrita <0.050: Aparecen diferencias significativas entre las medias según la variable Sexo

Tras comparar las medias se procedió a observar los estadísticos descriptivos de las puntuaciones obtenidas relacionados con el cuestionario CAF, detallado en la tabla XIII.

Tabla XIII. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones obtenidas relacionados con el cuestionario CAF.

CAF	Habilidad Deportiva	Condición Física	Atractivo Físico	Fuerza	Autoconcepto Físico	Autoconcepto General
Hombre n=73						
Mediana	25	25	26	23	28	28
Moda	28	30	30	22	30	30
Rango	15	20	15	22	13	10
Mínimo	15	10	15	8	17	20
Máximo	30	30	30	30	30	30
Mujer n=82						
Mediana	22,5	21	25	21	26,5	28
Moda	27	24	29	21	30	30
Rango	19	22	23	22	23	19
Mínimo	10	8	7	8	7	11
Máximo	29	30	30	30	30	30

Para finalizar, siguiendo el mismo procedimiento, se realizó el análisis del coeficiente de determinación, observándose que la subcategoría “Habilidad Deportiva” estaría explicada en un 4,5% por el nivel de estudios del padre y de la madre del sujeto ($R^2=.045$; $P=.030$), en un 19,7% por el porcentaje de materia grasa ($R^2=.197$; $P<.001$), en un 8,1% por el IMC real ($R^2=.081$; $P<.001$), en un 11,5% por el IMC percibido ($R^2=.115$; $P<.001$), en un 6% por el peso ($R^2=.060$; $P=.002$) y en un 7,3% por el sexo del alumnado ($R^2=.073$; $P=.001$).

La subcategoría “Condición Física” estaría explicada en un 6,2% por el nivel de estudios del padre y de la madre del sujeto ($R^2=.062$; $P=.008$), en un 33,3% por el porcentaje de materia grasa ($R^2=.333$; $P<.001$), en un 8,9% por la materia magra ($R^2=.089$; $P<.001$), en un 22,2% por el IMC real ($R^2=.222$; $P<.001$), en un 16,1% por el IMC percibido ($R^2=.161$; $P<.001$), en un 19,3% por el peso ($R^2=.193$; $P<.001$), en un 11% por el sexo del alumnado ($R^2=.110$; $P<.001$) y en un 2,8% por la talla ($R^2=.028$; $P=.037$).

La subcategoría “Atractivo Físico” estaría explicada en un 4,3% por el nivel de estudios del padre y de la madre del sujeto ($R^2=.043$; $P=.035$), en un 18,8% por el porcentaje de materia grasa ($R^2=.188$; $P<.001$), en un 4,4% por la materia magra ($R^2=.044$; $P=.009$), en un 14,5% por el IMC real ($R^2=.145$; $P<.001$), en un 11,3% por el IMC percibido ($R^2=.113$; $P<.001$) y en un 10,4% por el peso ($R^2=.104$; $P<.001$).

La subcategoría “Fuerza” estaría explicada en un 10,1% por la materia magra ($R^2=.101$; $P<.001$), en un 3,5% por el IMC real ($R^2=.035$; $P=.020$), en un 5,5% por el peso ($R^2=.055$; $P=.003$), en un 6,1% por el sexo del alumnado ($R^2=.061$; $P=.002$) y en un 3,4% por la talla ($R^2=.034$; $P=.023$).

La subcategoría “Autoconcepto Físico” estaría explicada en un 24,9% por el porcentaje de materia grasa ($R^2=.249$; $P<.001$), en un 5,6% por la materia magra ($R^2=.056$; $P=.003$), en un 17,3% por el IMC real ($R^2=.173$; $P<.001$), en un 13,8% por el IMC percibido ($R^2=.138$; $P<.001$), en un 13,5% por el peso ($R^2=.135$; $P<.001$) y en un 5,5% por el sexo del alumnado ($R^2=.055$; $P=.003$).

La subcategoría “Autoconcepto General” estaría explicada en un 14,8% por el porcentaje de materia grasa ($R^2=.148$; $P<.001$), en un 5,8% por la materia magra ($R^2=.058$; $P=.002$), en un 13,7% por el IMC real ($R^2=.137$; $P<.001$), en un 10,9% por el IMC percibido ($R^2=.109$; $P<.001$), en un 10,7% por el peso ($R^2=.107$; $P<.001$) y en un 3,1% por el sexo del alumnado ($R^2=.031$; $P=.029$).

Ya para finalizar se procedió a correlacionar los datos biométricos, los diferentes tipos de IMC, las puntuaciones obtenidas en la Escala de Gardner, en el cuestionario CIMEC-26 y en el cuestionario CAF, ajustados por edad, sexo y nivel de estudios y trabajo del padre y de la madre mostrados en la Tabla XIV situada en el Anexo 8.

Lo más significativo para nuestro estudio fue observar como el porcentaje de grasa se correlacionó positivamente con el índice de insatisfacción corporal ($r=.395$; $P<.001$) con la preocupación por la imagen corporal ($r=.322$; $P<.001$), pero de manera inversa con la habilidad deportiva ($r= -.340$; $P<.001$), con la condición física ($r= -.498$; $P<.001$), con el atractivo físico ($r= -.417$; $P<.001$), con el autoconcepto físico ($r= -.430$; $P<.001$) y con el autoconcepto general ($r= -.326$; $P<.001$).

La materia magra únicamente destacaríamos la relación directa y significativa con la percepción de la fuerza como era de prever ($r=.345$; $P<.001$).

En cuanto al IMC Real mantuvo una relación positiva y significativa con el índice de insatisfacción ($r=.361$; $P<.001$) y con el índice de distorsión corporal ($r=.350$; $P<.001$). También mantuvo una relación positiva y significativa con la preocupación por la imagen corporal ($r=.312$; $P<.001$) del cuestionario CIMEC-26. Por último, respecto al cuestionario CAF, destacaríamos relaciones inversas y significativas con la percepción de la condición física ($r= -.434$; $P<.001$), con la percepción del atractivo físico ($r= -.358$; $P<.001$), con el autoconcepto físico ($r= -.368$; $P<.001$) y con el autoconcepto general ($r= -.325$; $P<.001$).

El peso se relacionó de manera directa y significativa, aunque en menor medida que el IMC Real, con el índice de insatisfacción corporal ($r=.291$; $P<.001$) y con la preocupación por la imagen corporal ($r=.267$; $P<.001$). Respecto al cuestionario CAF, hubo una relación inversa y significativa con la condición física ($r= -.402$; $P<.001$), con el atractivo físico ($r= -.316$; $P<.001$), con el autoconcepto físico ($r= -.316$; $P<.001$) y con el autoconcepto general ($r= -.284$; $P<.001$) y una relación directa y significativa con la fuerza ($r=.298$; $P<.001$).

El índice de insatisfacción corporal, el cual es un índice muy importante en nuestro estudio ya que determina el grado de satisfacción con su cuerpo siendo este el objetivo general, se conoce, como se ha mencionado anteriormente, que la muestra presentaba una media aritmética situada en la categorización de insatisfacción leve. Si bien, se ha querido observar también que correlaciones muestra con las subcategorías del CIMEC-26 y del CAF.

El índice de insatisfacción corporal muestra una relación positiva y significativa con las subcategorías del CIMEC-26 “preocupación por la imagen corporal” ($r=.458$; $P<.001$) y, aunque en menor significación, con la “influencia por los anuncios” ($r=.247$; $P<.010$) y con las “influencias de las situaciones sociales” ($r=.181$; $P<.050$). Con el sumatorio del propio CIMEC-26 también muestra una relación positiva y muy significativa ($r=.379$; $P<.001$).

Respecto al CAF, el índice de insatisfacción corporal muestra relación inversa y significativa con las subcategorías “condición física” ($r= -.353$; $P<.001$), “atractivo físico” ($r= -.505$; $P<.001$), “autoconcepto físico” ($r= -.479$; $P<.001$), “autoconcepto general” ($r= -.435$; $P<.001$) y aunque en menor significación, con la “habilidad deportiva” ($r= -.257$; $P<.010$).

Discusión

Son muchos los autores y autoras que han tratado de evaluar el autoconcepto físico y sus relaciones estableciendo así sus propias conclusiones. Tras comparar detalladamente los resultados del presente estudio con otros ya mencionados anteriormente, se observa como a estas edades ya aparece grandes porcentajes de insatisfacción corporal (aunque de manera leve) prevaleciendo en un total del 63% de los alumnos y en un 70,7% de las alumnas, aproximándose a la cifra de 75% de insatisfacción corporal en adolescentes mencionada por Buendía y Rodríguez (1996) por lo que podría hacer entrever que a estas edades existieran ya preocupaciones por la propia apariencia corporal del alumnado.

Además, aunque no se encontraron diferencias significativas entre las medias aritméticas relacionadas con la insatisfacción corporal y el atractivo físico, se observó como si había diferencias significativas al comparar por sexo respecto a la preocupación de la imagen corporal, presentando mayor preocupación por la imagen las chicas que los chicos. Comparándolo con otros estudios, se puede decir que en este estudio las chicas y los chicos presentaban, en cuanto a media aritmética se refiere, símil índice de insatisfacción corporal mientras que en el estudio de Camacho et al. (2002), la muestra siendo de mayor edad (entre 12 y 18 años) ya asociaba claras diferencias en cuanto a esta insatisfacción corporal mostrando mayor insatisfacción en chicas que en chicos. Esto puede ser debido a que los chicos tienden a mejorar dicha insatisfacción corporal, a que las chicas tienden a empeorar esa insatisfacción o a que ambos sucesos se dan a medida que va aumentando la edad.

Respecto al IMC situado en rangos de normalidad sin haber diferencias significativas por sexo en mi estudio, correlacionaba de manera positiva y significativa con el índice de insatisfacción corporal ($r=.361$; $P<.001$) al igual que el estudio de Perpiña y Baños (1990) con una muestra de edad de 17 años, por lo que a estas edades tener un IMC alto también se asociaría a una insatisfacción corporal mayor. Al igual que el estudio de Goñi y Rodríguez (2004), el IMC mantiene una correlación inversa y significativa con el autoconcepto físico ($r= -.368$; $P<.001$), la habilidad física ($r= -.205$; $P<.050$), la condición física ($r= -.434$; $P<.001$), el atractivo físico ($r= -.358$; $P<.001$) y el autoconcepto general ($r= -.325$; $P<.001$), por lo que se entiende que a estas edades también se podría asociar estos mayores índices de masa corporal a un menor autoconcepto tanto físico como general del alumnado además de las consiguientes subcategorías. A diferencia del estudio de Goñi y Rodríguez (2004), a estas edades también habría correlación directa y significativa del IMC con la subcategoría "Fuerza" ($r=.248$; $P<.010$) del cuestionario CAF presentando más percepción de fuerza los que mayor IMC tuviesen.

Relacionado con el IMC Real se encuentra el porcentaje de masa grasa tan importante en mi estudio que, al igual que el estudio de Fernández, Juan, Marcó y De Gracia (1999) establece asociación entre un mayor porcentaje de grasa con una mayor insatisfacción corporal ($r=.395$; $P<.001$).

Pese a que la muestra presentaba una media aritmética por debajo de 16 en el sumatorio del CIMEC-26 mostrando que no aparece sensibilidad ante los estímulos socioculturales, al igual que el estudio de Fernández, Juan, Marcó y De Gracia (1999) se puede mostrar como en este estudio, con estas edades también aparece correlación inversa y significativa entre el

autoconcepto físico y la presión sociocultural ($r = -.606$; $P < .001$) siendo una correlación intensa en estos grupos de edad.

En cuanto al propio autoconcepto físico, al igual que comenta Ruiz de Azúa (2007), el género femenino presenta peor autoconcepto físico que el género masculino siendo las medias diferentes de manera significativa ($P = .002$). El autoconcepto general sigue el mismo camino que el autoconcepto físico mostrando también diferencias significativas entre géneros siendo peor en el femenino que en el masculino. Goñi y Fernández (2008) presuponen que, durante la infancia, hasta los 12 años de edad, el autoconcepto es global e indiferenciado por lo que no cabría hablar del autoconcepto físico y sus dimensiones. Sin embargo mi estudio muestra claras diferencias significativas por sexo en todas sus dimensiones excepto la de atractivo físico, teniendo gran correlación con todos los factores de mi estudio excepto el IMC ideal, la talla, el índice de distorsión corporal y la fuerza percibida. Es por esto que, sabiendo que mi muestra no es representativa a la población general, podría darse el caso de que a estas edades las preocupaciones por la imagen corporal y las perturbaciones relacionadas con el propio autoconcepto físico empezaran de manera más temprana.

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES

Conclusiones

A continuación procederemos a establecer nuestras conclusiones sacadas de este proyecto en base a los resultados obtenidos y a los objetivos planteados evaluando así su cumplimiento, recordando que estas conclusiones no están dirigidas a la población en general al no ser una muestra representativa.

El objetivo general planteado para este estudio fue conocer el grado de satisfacción con el propio cuerpo del alumnado concluyendo, en función de los resultados obtenidos, que:

- El alumnado perteneciente a la muestra de este estudio mostró una insatisfacción y distorsión leve sin haber diferencias significativas entre los dos géneros. Esta insatisfacción al ser leve no se debe asociar a la posible aparición de trastornos de imagen como anorexia y bulimia, sino a una inconformidad del momento de su propio cuerpo que debiera corregirse con el fin de prevenir insatisfacciones y distorsiones mayores en etapas superiores (producida por los cambios corporales) que pudiesen ocasionar dichos trastornos.
- Esta insatisfacción leve se correspondía con una media aritmética y desviación típica del IMC percibido y del IMC ideal situados en los rangos de normalidad para los dos géneros, siendo menor el IMC ideal que el percibido aunque ambos estuviesen situados en lo considerado como normopeso (saludable). Por esto, ese deseo por disminuir su IMC no se vería afectado en cuanto a su salud ya que el deseo no es extremo y se sitúa en los rangos de peso recomendados por la OMS (2007).
- Respecto a la distorsión corporal leve aparecida, ocurriría lo mismo que su ligera insatisfacción ya que, el IMC percibido y el IMC real estaban situados en rangos de normopeso (saludables) sin haber diferencias significativas por género.

Como conclusión final a este objetivo podría decirse que la muestra a estas edades ya siente el deseo de cambiar su cuerpo en un alto porcentaje aunque sin peligro (a corto plazo) al situarse este cambio en rangos normales considerados como saludables.

En base a los datos biométricos de esta muestra se identificó como:

- El IMC se situaba en una media aritmética de normopeso para ambos sexos con una desviación típica baja, habiendo diferencias significativas en cuanto al peso (mayor en las chicas que en los chicos) y la talla (también mayor en las chicas que en los chicos), pero no en cuanto al IMC, situados ambos sexos en rangos saludables.
- Se observó como a estas edades el grado de satisfacción corporal se asociaba de manera directa y muy significativa con el IMC y el peso, mientras que con la talla, como se esperaba, no aparecía correlación significativa. Esto se puede asociar a que, ya a edades tempranas, el aumento de peso y sobretodo el aumento del IMC puede crear un aumento de ese inconformismo corporal el cual debe ser corregido de manera que asocien un IMC saludable a una satisfacción plena con su propio cuerpo.
- El porcentaje de masa grasa se situaba en una media aritmética asociada a un porcentaje moderadamente alto para ambos sexos según la clasificación de Filho (1999) con una desviación típica alta. Además en este caso si se apreciaron diferencias significativas por género presentando mayor porcentaje graso el género

femenino que el masculino. Sin embargo, en lo que a materia magra se refiere no hubo diferencias significativas en cuanto a género se refiere.

- Se observó también como a estas edades la asociación entre el porcentaje de grasa y el grado de satisfacción corporal era directa y muy significativa siendo aún más intensa que el propio IMC. Sin embargo a la hora de explicar ese índice de insatisfacción corporal se comprobó que el porcentaje por el cual estaría explicado ese índice de insatisfacción corporal era el mismo situándose en un 16%. Esto es debido a que en estas edades también perciben y asocian la flacidez del cuerpo a un peor cuerpo generando así una mayor insatisfacción corporal del mismo modo que el tener un IMC y peso mayor.

En base al autoconcepto físico y sus dimensiones (habilidad física e imagen corporal) se identificó que:

- En relación a las dimensiones del autoconcepto físico, al propio autoconcepto físico y al autoconcepto general, todas presentaban mayores puntuaciones, y por lo tanto mejor percepción, en los chicos que en las chicas habiendo diferencias significativas por sexo en todas ellas excepto en la relacionada con el atractivo físico. Sin embargo a estas edades, las puntuaciones obtenidas de media en mi muestra eran altas para ambos géneros dando a entender que dicha autopercepción a estas edades es muy buena y disminuye según pasan los años en relación a conclusiones de otros estudios como el comentado de Camacho et al. (2002).
- Las relaciones presentadas entre el autoconcepto físico y sus dimensiones con el grado de satisfacción mostraban como todas ellas se asociaban de manera inversa y significativa (excepto la dimensión de fuerza), siendo las correlaciones más altas precisamente las asociadas al atractivo físico y al autoconcepto físico. Esto nos indica como a estas edades el tener un alto grado de insatisfacción corporal se asocia con una baja autopercepción de la habilidad deportiva, de la condición física, del atractivo físico, del autoconcepto físico y del autoconcepto general.

En base a la presión sociocultural se identificó que:

- La presión sociocultural evaluada a través del CIMEC-26 determinó como no existe influencia sociocultural en nuestra muestra ante tales estímulos como los anuncios, mensajes verbales, modelos sociales y las situaciones sociales. Sin embargo pese a estar en valores asociados a no tener influencia se observó cómo los índices de las chicas eran mayores que en los chicos presentando diferencias significativas en la preocupación por la imagen y en los totales del cuestionario. Esto quiere decir que a estas edades no se le da la suficiente importancia a los estímulos socioculturales y es por eso que se debe prevenir de su afectación mediante posibles modelos de intervención educacionales, principalmente en las chicas ya que acarrear mayor preocupación que los chicos como hemos podido comprobar.
- Por último cabe concluir como el grado de satisfacción corporal se asoció de manera directa y significativa con la preocupación con la imagen corporal y el sumatorio del CIMEC-26, y de manera menos significativa con la influencia de los anuncios y la influencia de las situaciones sociales. Esto quiere decir como en estas edades a medida que la presión sociocultural aumenta, la insatisfacción corporal del alumnado aumentaría, al igual que el aumento de las influencias de las situaciones sociales, de

los anuncios y de la preocupación por la imagen corporal ocasionarían un aumento de dicha insatisfacción corporal.

Por todo esto cabe concluir como el género femenino muestra conclusiones menos adecuadas en todos los factores estudiados que el género masculino por lo que es una variable muy a tener en cuenta en estos grupos de edad.

También, al comprobar como a estas edades ya empiezan a autoperibirse acorde a otras edades posteriores con más influencia negativa por los cambios corporales, pero sin llegar a las puntuaciones tan inadecuadas, es necesario establecer programas educativo-preventivos en sexto curso de primaria relacionados con el autoconcepto físico englobando tanto las dimensiones relacionadas con la habilidad física como con las relacionadas con la imagen corporal con el fin de prevenir futuras patologías como los trastornos de imagen.

CAPÍTULO 9. BENEFICIOS DEL PROYECTO

Beneficios del proyecto

Al finalizar este proyecto hemos conseguido tener una conciencia más clara y precisa para el avance del conocimiento sobre el objeto de estudio.

Se ha comprobado como en una muestra amplia, en edades tempranas el alumnado empieza a tener ligeras insatisfacciones corporales observándose peores resultados en cuanto a las autopercepciones del género femenino.

Este proyecto nos da respuesta a cómo en la actualidad ya existen a edades tempranas conocimiento de los cánones sociales de belleza pudiendo servir estos datos como beneficio al ayudar a que el profesorado tenga conocimientos de dichos resultados y conclusiones para que puedan reforzar su enseñanza en base a la mejora del autoconcepto físico.

Como comentan Contreras et al. (2006) el autoconcepto de cada alumno y alumna depende mucho del profesorado en ese contexto educativo, debido a que el discurso del profesorado puede influir significativamente en el desarrollo de trastornos asociados a la imagen corporal.

Axpe, Goñi y Zulaika (2009) comentan como la formación de un adecuado autoconcepto debería ser uno de los principales objetivos de nuestro sistema educativo, pudiendo la Educación Física jugar un papel importante (junto con otros ámbitos) en la correcta percepción de la imagen corporal (Contreras et al., 2006)

La educación física quizá sea el espacio educativo de mayor implicación con la educación para esa mejora del autoconcepto (Axpe et al., 2009) ya que colabora en el desarrollo integral del alumno, su formación, estabilidad, felicidad, autorrealización y desarrollo personal (Goñi, Esnaola, Ruiz de Azúa, Rodríguez y Zulaika, 2003).

Quizá con la Educación Física consigamos que se preste mayor atención a las insatisfacciones y distorsiones corporales que aparecen en nuestra sociedad a cualquier edad, intentando incidir en la autoaceptación (siempre que esté en valores saludables) y en la autovaloración positiva del individuo, sin seguir de manera extrema los modelos estéticos y de belleza que la sociedad nos impone, los cuales pueden ocasionar trastornos asociados a la imagen.

Como beneficio del proyecto, al ser un estudio descriptivo, podrá orientarnos a la hora de elaborar una intervención futura para la mejora de este. Se podrá hacer una intervención educativa (además de tener la obligación de hacer otras muchas intervenciones) a modo de elaboración de una o varias Unidades Didácticas sobre Autoconcepto físico, cuyo contenido más apropiado, desde mi punto de vista y desde nuestro ámbito educativo, podría ser la Expresión Corporal al tratar la imagen corporal como principal fuente (por ejemplo en el Teatro de Sombras se juega con las perspectivas y distorsiones de las imágenes corporales siendo muy útil a la hora de trabajar la percepción de la imagen a través de sombras) o el contenido de Juegos y Deportes mediante la nivelación gradual de las actividades físico-deportivas logrando éxitos a corto plazo mejorando así las otras dimensiones relacionadas con el autoconcepto físico (habilidad deportiva, condición física y fuerza), pudiendo observar si estas intervenciones surgen efecto en nuestro alumnado.

Autores como Goñi et al. (2003) creen que es cierto que el autoconcepto tiene cierta estabilidad y en general perdura durante el resto de la vida, pero también se acepta la capacidad de ser modificado por programas de intervención educativa.

Por ejemplo, los programas de mejora de la autoestima por medio de la educación física modificarían a mejor dicho autoconcepto si se sustentase en los tres pilares que propone Fox (1988):

- Proveer una percepción positiva de la autocompetencia respecto a mantener una buena forma física y a desarrollar habilidades deportivas (valorar las propias posibilidades).
- Concienciar de la importancia de la condición física además de controlar el entorno (escuela, familia...) potenciando la importancia social ofrecida a los valores trabajados como los hábitos saludables y la forma física. Habría que implicar a padres, madres, grupos y colectivos de la comunidad en actividades concretas que ayuden a cambiar la tendencia de esquemas sociales respecto a contenidos que se quieran fortalecer, tratando de neutralizar el educador físico aquellas tendencias contraproducentes para la autoestima (por ejemplo concienciar al alumnado que se debe anteponer la salud a la estética en caso de la apariencia física).
- Crear oportunidades mediante refuerzos terapéuticos mediante ayudas individualizadas y adaptadas al alumnado con necesidades educativas especiales (para aquellos niños y niñas con niveles mínimos de destreza, potencialidades escasas y hándicaps físicos).

Otra modificación sería en la metodología, donde Craft y Hogan (1985) indican un programa con pasos metodológicos a seguir para mejorar el autoconcepto del alumnado:

- Informarse sobre el transcurso vital de la educación física en nuestro alumnado (habilidades que resultarían interesantes, difíciles, contraindicaciones, temores...)
- Tras identificar estos, deberemos proveer experiencias exitosas gradualmente, analizando las actividades y ayudas que supera con éxito en cada paso (aumentar grado de autoeficacia).
- Reducir gradualmente la suma de ayudas externas al alumnado para que estos puedan completar independientemente la labor de éxito.
- Juegos estimulantes con objetivos realistas.
- Refuerzos verbales concienciando al alumnado de que es capaz de superar las dificultades.
- Utilizar compañeros para mostrar ejecuciones exitosas de actividades ya que la estimación de la eficacia se vería afectada por las experiencias exteriores.
- Usar expresiones positivas
- Eliminar programas excesivos o actividades dificultosas o indiscriminadas predestinadas a fracasar.
- Desarrollar un clima de aula destinado a aprender y aceptar las diferencias individuales eliminando moteos, burlas y mensajes despectivos.

Purkey (1970), señaló dentro de un programa de intervención seis factores a considerar en orden del desarrollo de autoimágenes favorables en el alumnado siendo estos la competencia, libertad, respeto, afecto, control y éxito.

Como ha podido observarse, la mayoría de las propuestas harían referencia al cuidado de los aspectos que promocionan la afición y práctica deportiva, buscando, mediante la mejora en la ejecución, la satisfacción con uno mismo y una adecuada autovaloración.

Estos resultados y conclusiones, también nos sirven para informar a los familiares que hayan accedido a prestarnos su dirección electrónica, sobre dicho conocimiento (siempre de manera global estos resultados) con el fin de hacer consciente a estos sobre la situación que acontece respecto a sus hijos e hijas.

Por último, otro beneficio es que esta base de datos podrá servir para investigaciones futuras, pudiendo abrir otro tema de estudio o incluso poder seguir y mejorar esta línea de investigación mejorando las limitaciones y dificultades que me he encontrado a lo largo del proyecto.

Acorde a las limitaciones del proyecto abrimos como línea futura el poder contrastar dicho autoconcepto físico con la percepción de áreas corporales específicas como senos, caderas, estómago... además de contrastar estas percepciones con la toma de perímetros corporales. Otra línea futura será la de valorar conocimientos de autoconcepto físico en el profesorado además de su modo de actuación ante tales acontecimientos negativos. También con el fin de mejorar este estudio se podrá incidir más en la influencia del entorno haciendo entrevistas a los familiares, entrenadores/as y amigos/as del alumnado además de contrastar resultados por diferentes edades o cursos.

CAPÍTULO 10. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía:

- Abraham, S. y Llewelyn-Jones, D. (2005). *Anorexia y bulimia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Alonso, J. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y deporte. *Revista Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 4, 368-385.
- Asçi, F.H. (2003). The effects of physical fitness training on trait anxiety and physical self-concept of female university students. *Psychology of Sport and Exercise*, 4, 225-264.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Asuero, R., Avargues, M.L., Martín Monzón, B. y Borda, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología*, 5 (2), 39-45.
- Ayuntamiento de Madrid (2014). *Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes*. Recuperado de <http://www.madrid.es>.
- Axpe, I., Goñi, E. y Zulaika, L.M. (2009). Modificabilidad educativa del autoconcepto físico. En A. Goñi (Ed.) *El autoconcepto físico. Psicología y educación* (pp.249-270). Madrid: Pirámide.
- Baile, J.I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián. *Revista de Humanidades*, 53-70.
- Baile, J.I., Raich, R.M. y Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 19 (2), 187-192.
- Benito, P.J., Calvo, S.C., Gómez, C. e Iglesias, C. (2014). *Alimentación y nutrición en la vida activa: ejercicio físico y deporte*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Bracken, B.A. (1992). *Multidimensional Self-Concept Scale*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Buendía, J. y Rodríguez, M.C. (1996). Anorexia nerviosa e imagen corporal. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños adolescentes* (pp. 411-437). Madrid: Pirámide.
- Bully, P., Elosua, P. y Jáuregui, A. (2012). Insatisfacción corporal en la adolescencia: Evolución en una década. *Anales de Psicología*, 28 (1), 196-202.
- Camacho, M.J., Rodríguez, M.I. y Moreno, A. (2002). La insatisfacción corporal de las adolescentes y la práctica de ejercicio físico como método de control de peso corporal. *Consejo Superior de Deportes. Serie ICd*, 35, 97-133.
- Candel, N., Olmedilla, A. y Blas, A. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 8 (1), 61-77.
- Cash, T.F. y Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 487-521.

- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva York: Guilford Press.
- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (2004). *Body image. A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Caspersen, C., Powell, K.E. y Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise and physical exercise: Definitions and distinctions for health related research. *Public Health Reports*, 100 (2), 126-130.
- Contreras, O.R., Gil, P., García, L.M., Hidalgo, A., Padilla, J.F., Rodríguez, Y. y Estebán, I.M. (2006). La intervención escolar preventiva de los trastornos de la alimentación. Educación Física y distorsión de la imagen corporal. *Ensayos*, 21, 89-108.
- Cooper, P.J. y Goodyer, I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *Br. J. Psychiatry*, 171, 542-544.
- Craft, D.H. y Hogan, P.I. (1985). Development of self-concept and self-efficacy: Considerations for mainstreaming. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 2 (4), 320-327.
- Cuadrado, C., Carbajal, A. y Moreiras, O. (2000). Body perceptions and slimming attitudes reported by Spanish adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54 (1), 65-68.
- De Cos, A.I., Loria, V. y Gómez Candela, C. (2010). Nutrición en los trastornos de la conducta alimentaria. En A. Gil (Ed.), *Tratado de Nutrición: Tomo IV, Nutrición Clínica* (pp. 445-469). Madrid: Panamericana.
- Dosil, J., Díaz, I., Viñolas, A. y Díaz, O. (2012). Prevención y detección de los trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(1), 163-166.
- Eснаоla, I. (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y la juventud. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31 (135), 5-22.
- Eснаоla, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de Psicología*, 24 (1), 1-8.
- Eснаоla, I., Goñi, A. y Madariaga, J.M. (2008). El autoconcepto: Perspectivas de Investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13 (1), 69-96.
- Eснаоla, I. y Rodríguez, A. (2009). La imagen corporal y el autoconcepto físico. En A. Goñi (Ed.) *El autoconcepto físico. Psicología y educación* (pp.59-79). Madrid: Pirámide.
- Fernández Bustos, M.J.G., Contreras, O.R., González, I. y Abellán, J. (2011). El autoconcepto físico en educación secundaria. Diferencias en función del género y la edad. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 19 (1), 199-212.
- Fernández, M.J., Juan, J., Marcó, M. y De Gracia, M. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicósomática*, 20 (1), 27-38.
- Fierro, A. (1990). Personalidad y aprendizaje en el contexto escolar. En C. Coll, J. Palacios y A. Marchesi (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación, II. Psicología de la educación* (pp.175-182). Madrid: Alianza Psicología.
- Filho, J.F. (1999). *A prática da avaliação física. Testes, medidas e avaliação física em escolares, atletas e academias de ginástica*. Río de Janeiro: Shape.
- Fox, K.R. (1988). The self-esteem complex and youth fitness. *Quest*, 40, 230-246.

- Fox, K.R. y Corbin, C.B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: development and preliminary validation. *Journal of Sports & Exercise Psychology*, 11, 408-430.
- Franzoi, S.L. y Shields, S.A. (1984). The Body Esteem Scale: multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48 (2), 173-178.
- Fuentes, M.C., García, J.F., Gracia, E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Revista Psicothema*, 23 (1), 7-12.
- García, L. y García, C. (2006). La autoestima y el aprendizaje de destrezas motoras deportivas en niños de 6 a 8 años. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 1 (1), 41-68.
- González, M.C. y Tourón, J. (1992). *Autocontrol y rendimiento escolar. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje*. Pamplona: Eunsa.
- González Fernández, O. (2005). Estructura multidimensional del autoconcepto físico. *Revista de Psicodidáctica*, 10 (1), 121-130.
- González Montero, M., André, A.L., García Petuya, E., López Ejeda, N., Mora, A.I. y Marrodán, M.D. (2010). Asociación entre actividad física y percepción de la imagen corporal en adolescentes madrileños. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 30 (3), 4-12.
- Goñi, A. (2008). *El autoconcepto físico: Psicología y educación*. Madrid: Pirámide.
- Goñi, A., Esnaola, I., Ruiz de Azúa, S., Rodríguez, A. y Zulaika, L.M. (2003). Autoconcepto físico y desarrollo personal: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 15-16, 7-62.
- Goñi, E. y Fernández, A. (2008). Una revisión necesaria del autoconcepto infantil. *Infad, Revista de Psicología*, 1, 13-22.
- Goñi, E. y Fernández, A. (2009). El autoconcepto. En A. Goñi (Ed.), *El autoconcepto físico. Psicología y educación* (pp.23-58). Madrid: Pirámide.
- Goñi, A. y Rodríguez, A. (2004). Trastornos de conducta alimentaria, práctica deportiva y autoconcepto físico en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (1), 29-36.
- Goñi, A. y Rodríguez, A. (2007). Variables associated with the risk of eating disorders in adolescence. *Salud Mental*, 30 (4), 16-23.
- Goñi, A., Rodríguez, A. y Ruiz de Azúa, S. (2004). Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Psiquis*, 25 (4), 17-27.
- Goñi, A., Ruiz de Azua, S. y Liberal, I. (2004). Propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario para la medida del autoconcepto físico. *Revista de Psicología del Deporte*, 13 (2), 195-213.
- Goñi, A., Ruiz de Azua, S. y Rodríguez, A. (2006). *Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF). Manual*. Madrid: EOS.
- Gutiérrez, M.T. y Pellón, R. (2002). Anorexia por actividad: una revisión teórica y experimental. *Revista International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2 (2), 131-145.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. Denver: University of Denver.

- Hayes, S.D., Crocker, P.R. y Kowalsky, K. (1999). Gender differences in physical self-perceptions, global self-esteem and physical activity: evaluation of physical self-perception profile model. *Journal of Sport Behaviour*, 22 (1), 1-14.
- Hernández Álvarez, J.L., Moya Morales, J.M. y Velázquez Buendía, R. (2007). Características antropométricas de la población escolar. Pautas de crecimiento. Sobrepeso, obesidad y riesgo para la salud. En J.L. Hernández y R. Velázquez (Eds.), *La educación física, los estilos de vida y los adolescentes: cómo son, cómo se ven, qué saben y qué opinan* (pp. 31-56). Barcelona: Grao.
- Hrabosky, J.I., Cash, T.F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E.A. y Garner, D.M. (2009). Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. *Body Image*, 6, 155-163.
- Hsu, L.K.G. y Sobkiewicz, T.A. (1991). Body image disturbance: time to abandon the concept for eating disorders? *International of Eating Disorders*, 10, 15-30.
- Infante, G. y Goñi, E. (2009). Actividad físico-deportiva y autoconcepto físico en la edad adulta. *Revista de Psicodidáctica*, 14 (1), 49-61.
- Infante, G. y Zulaika, L.M. (2009). Actividad física y autoconcepto físico. En A. Goñi (Ed.), *El autoconcepto físico. Psicología y educación* (pp.125-153). Madrid: Pirámide.
- Jackson, L.A. (1992). *Physical appearance and gender: Sociobiological and sociocultural perspectives*. Albany: State University of New York.
- Jarfee, L. y Lutter, J.M. (1995). Adolescent girls: factors influencing low and high body image. *Melpomene Journal*, 14, 14-22.
- Klomsten, A.T., Skaalvik, E.M. y Espnes, O.A. (2004). Physical self-concept and sports: Do gender differences still exist? *Sex Roles*, 50, 119-127.
- López Barajas, D.M., Castro, R. y Zagalaz, M.L. (2012). Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12 (2), 91-100.
- Machargo, J. (2002). Autoconcepto físico y dilemas corporales de la ciudadanía adolescente. *Revista Psicosocial*, 2, 1-25.
- Markus, H., Smith, J. y Moreland, R.L. (1985). Role of the self-concept in the perception of others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1494-1512.
- Marsh, H.W. (1994). The importance of being important: theoretical models of relations between specific and global components of physical fitness. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 45-55.
- Marsh, H.W. (1997). The measurement of physical self-concept: a construct validation approach. En K.R. Fox (Ed.), *The physical self* (pp.27-58). Leeds: Kinetics.
- Martínez Gómez, D. y Veiga 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.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.
- Moreno, J.A., Moreno, R. y Cervelló, E. (2007). El autoconcepto físico como predictor de la intención de ser físicamente activo. *Revista Psicología y Salud*, 17 (2), 261-267.

- Núñez Pérez, J.C. y González Pienda, J.A. (1994). *Determinantes del rendimiento académico. Variables cognitivo-motivacionales, atribucionales, uso de estrategias y autoconcepto*. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- Olivardia, R., Pope, H.G. y Hudson, J.I. (2000). Muscle dysmorphia in male weigh-lifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1291-1296.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *IMC por Edad (5-19 años de edad)*. Recuperado de http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age_field/en/#
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Sobrepeso y Obesidad infantiles – Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Pastor, Y., Balaguer, I. y Benavides, G. (2002). Influencia de los dominios del Autoconcepto en la Autoestima de los adolescentes. *Revista de psicología social aplicada*, 12 (3), 97-112.
- Paxton, S.J., Schutz, H.K., Wertheim, E.H. y Muir, S. (1999). Friendship clique and peer influences on body image attitudes, dietary restraint, extreme weight loss behaviours and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (2), 255-266.
- Pedreira Massa, J.L. (1998). Los trastornos de la conducta alimentaria. Visión desde la psicopatología del desarrollo (“Mi hija/o no ME come nada”). En J. Tomàs (Ed.), *Anorexia y otras alteraciones de la conducta en la infancia y adolescencia* (pp. 203-265). Barcelona: Laertes.
- Pérez, G., Rodríguez, F., Esteve, E., Larraburu, I., Font, J. y Pons, V. (1992). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en deportistas. *Revista de Psicología del Deporte*, 1 (1), 5-16.
- Perpiña, C. y Baños, R.M. (1990). Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. *Anales de Psicología*, 6(1), 1-9.
- Perpiña, C., Botella, C. y Baños, R. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios*. Valencia: Promolibro.
- Phillips, K.A. (1991). Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-1149.
- Pichardo, M.C. y Amezcua, J.A. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescents. *Anales de Psicología*, 16 (2), 207-214.
- Pope, H.G., Gruber, A., Choi, P., Olivardia, R. y Phillips, K.A. (1997). Muscle dysmorphia: An under recognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
- Purkey, W. (1970). *Self-concept and school achievement*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Raich, R.M. (2000). *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., 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.
- Redondo, C.G., Carrasco, M., Rivero, L.A., Salcines, R., Sobaler, S., Noriega, M.J., Amigo, T., Jaén, P., Santamaría, A., Antolín, O., Casuro, I., Mico, C. y De Rufino, P.M. (2014). Autoimagen en las dos primeras fases de la adolescencia y factores relacionados.

- Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 54 (227), 5-13.
- Richards, K.J., Thompson, J.K. y Coovert, M. (1990). *Development of body image and eating disturbance in 10-15 year-old females*. Atlanta: Sotheastern Psychological Association.
- Richman, E.L. (2002). Girls' self-construction: Influence of early sport participation on self-esteem in late adolescence. *Dissertation Abstracts International*, 62 (9), 4256.
- Rodríguez, J.M. (2007). Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Revista Salud y Drogas*, 7 (2), 289-308.
- Rodríguez, A. y Esnaola, I. (2009). Los trastornos de la conducta alimentaria y el autoconcepto físico. En A. Goñi (Ed.), *El autoconcepto físico. Psicología y educación* (pp.173-192). Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, A. y Goñi, A. (2009). Vulnerabilidad del autoconcepto físico a los influjos culturales. En A. Goñi (Ed.), *El autoconcepto físico. Psicología y educación* (pp.223-247). Madrid: Pirámide.
- Rodríguez Campayo, M.A, Beato Fernández, L., Rodríguez Cano, T. y Martínez Sánchez, F. (2003). Adaptación Española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (2), 59-64.
- Rodríguez, I., Zagalaz, M.L. y Martínez, E.J. (2005). Anorexia nerviosa y práctica de ejercicio físico para perder peso. *Revista Apunts: Educación Física y Deportes*, 82, 12-18.
- Rogers, C.R. (1951) *Client-Centered Therapy: its Current Practice, Implications and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Roseblum, G.D. y Lewis, M. (1999). The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child Development*, 70, 50-64.
- Rubio de Lemus, P. y Lubin, P. (1993). La anorexia en el atletismo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46 (4), 459-464.
- Ruiz, L.M., Mata, E. y Moreno, J.A. (2008). Problemas evolutivos de coordinación motriz y autoconcepto físico en escolares de educación primaria. *Estudios de Psicología: Studies in Psychology*, 29 (2), 163-172.
- Ruiz de Azúa, S. (2005). Los efectos ambiguos de la práctica deportiva sobre el autoconcepto. *Revista de Psicodidáctica*, 10 (1), 139-147.
- Ruiz de Azúa, S. (2007). *Autoconcepto físico: Estructura interna, medida y variabilidad*. Bilbao: UPV/EHU
- Ruiz de Azúa, S., Goñi, A. y Madariaga, J.M. (2009). Diferencias en el autoconcepto físico asociadas a la edad y al género. En A. Goñi (Ed.), *El autoconcepto físico. Psicología y educación* (pp.113-124). Madrid: Pirámide.
- Ruiz de Azúa, S., Rodríguez, A. y Goñi, A. (2005). Variables socioculturales en la construcción del autoconcepto físico. *Cultura y Educación*, 17 (3), 225-238.
- Salaberria, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Revista Osasunaz*, 8, 171-183.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

- Salinas, J. y Gómez-Peresmitré, G. (2009). Modelos estructurales. Deporte de alto rendimiento y conductas alimentarias de alto riesgo. *Revista Psicología y Salud*, 19 (2), 271-280.
- Schilder, P. (1935). *Image and appearance of the human body*. Londres: Kegan Paul, Trench Trubner and Co.
- Schur, E.A., Sanders, M. y Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 74-82.
- Segal, Z.V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
- Shalvelson, R.J., Hubner, J.J. y Stanton, G.C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research*, 46 (3), 407-441.
- Slade, P.D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. y Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- Thompson, J.K. (1996). *Body image, eating disorders and obesity*. Washington: American Psychological Association.
- Thompson, M. y Heinberg, L.J. (1993). Preliminary test of two hypotheses of body image disturbance. *International Journal of eating Disorders*, 14, 59-63.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M. y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington DC: American Psychological Association.
- Toro, J. (1995). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez-Mallén, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.

CAPÍTULO 11. ANEXOS

EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

Anexo 1. Tablas IMC para 11 y 12 años de edad (OMS, 2007) y Clasificación composición corporal (% masa grasa) (Filho, 1999) para chicos y chicas

IMC- 11 y 12 años (OMS, 2007)

Índice de Masa Corporal (IMC)							
Edad	Desnutrición severa (-3 SD)	Desnutrición moderada (-2 SD)	Desnutrición Leve (-1 SD)	Normal	Sobrepeso (+1 SD)	Obesidad Tipo I (+2 SD)	Obesidad Tipo II (+3 SD)
Chicos							
11	<13.1-14.0	14.1-15.2	15.3-16.8	16.9-19.1	19.2-22.4	22.5-27.9	>28.0
12	<13.4-14.4	14.5-15.7	15.8-17.4	17.5-19.8	19.9-23.5	23.6-29.9	>30.0
Chicas							
11	<12.7-13.8	13.9-15.2	15.3-17.1	17.2-19.8	19.9-23.6	23.7-30.1	>30.2
12	<13.2-14.3	14.4-15.9	16.0-17.9	18.0-20.7	20.8-24.9	25.0-31.8	>31.9

Clasificación porcentaje masa grasa adaptada para niños y niñas de entre 7 y 17 años (Filho, 1999)

Composición Corporal (% Materia Grasa)						
	Excesivamente bajo	Bajo	Adecuado	Moderadamente alto	Alto	Excesivamente alto
Chicos	≤ 6	6.01-10	10.01-20	20.01-25	25.01-31	>31
Chicas	≤ 12	12.01-15	15.01-25	25.01-30	30.01-36	>36

Anexo 2. Cuestionarios Estudio Autoconcepto Físico

CUESTIONARIOS PARA EL ALUMNADO

Por medio de estos cuestionarios se pretende conocer la opinión del alumnado sobre algunos aspectos relacionados con el autoconcepto físico y la actividad física.

Para ello, solicito que respondan a una serie de preguntas señalando con una X o rodeando con un círculo la opción o las opciones que les parezcan más apropiadas para definir e identificar las situaciones y los casos planteados.

Les pido su colaboración para intentar mejorar la educación partiendo de sus opiniones sobre determinados factores que influyen en ella.

Los cuestionarios son confidenciales por lo que no deben escribir su nombre, pero si algunos datos personales como sexo, edad...

Se ruega que **conteste todas y cada una de las preguntas** señaladas.

Muchas gracias por su colaboración.

Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC-26), adaptado a la población española por Toro, Salamero y Martínez (1994).

El siguiente cuestionario encontrareis una serie de preguntas sobre la influencia de distintos ambientes en el pensamiento de tu propio cuerpo. Recuerda que este cuestionario no tiene respuestas malas ni buenas por lo que es mejor que contestes la respuesta que más se acerque a tu forma de ser o pensar. Es muy importante que **no dejes preguntas sin contestar** y que **no contestes dos veces a la misma pregunta**, por eso es conveniente, una vez finalizada la cumplimentación repasarlo. Contesta con una **X** la respuesta que consideres más adecuada.

PREGUNTAS	RESPUESTAS		
	Sí, siempre.	Sí, a veces.	No, nunca.
1. Cuando estás viendo una película, ¿miras a los actores/actrices fijándote si es gordo/a o delgado/a?	Sí, siempre.	Sí, a veces.	No, nunca.
2. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	Sí, siempre.	Sí, a veces.	No, nunca.
3. ¿Envidias el cuerpo de los/las bailarines/as de ballet o de los chicos/chicas que practican deporte?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.
4. ¿Te angustia ver pantalones, camisetas u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.
5. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	Sí, siempre.	Sí, a veces.	No, nunca.
6. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	Sí, siempre.	Sí, a veces.	No, nunca.
7. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves anuncio dedicado a ellas?	Sí, siempre.	Sí, a veces.	No, nunca.
8. ¿Te atrae a la vez que te angustia (por verte gordo/a) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.
9. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	Sí, siempre.	Sí, a veces.	No, nunca.
10. ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?	Sí, más de 2 veces.	Sí, 1 ó 2 veces.	No, nunca.
11. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	Sí, siempre.	Sí, a veces.	No, nunca.

EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

12. ¿Envidias la delgadez de los/las modelos que aparecen en los desfiles de moda o en los anuncios de prendas de vestir?	Sí, siempre.	Sí, a veces.	No, nunca.
13. ¿Te angustia que te digan que estás “llenito/a”, “gordito/a”, “redondito/a” o cosas parecidas aunque sea un comentario positivo?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.
14. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.
15. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.
16. ¿Te atraen los libros, los artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.
17. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligero de ropa o tener que usar bañador?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.
18. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.
19. ¿Tienes algún amigo o amiga/ compañero o compañera angustiado/a o muy preocupado/a por su peso o por la forma de su cuerpo?	Sí, siempre.	Sí, a veces.	No, nunca.
20. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	Sí, siempre	Sí, a veces.	No, nunca.
21. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.
22. ¿Sientes deseos de utilizar alguna crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	Sí, siempre	Sí, a veces.	No, nunca.
23. ¿Crees que los/las chicos/as delgados/as son más aceptados/as por los demás que los/las que no lo son?	Sí, seguro	Sí, probablemente.	No, no lo creo
24. ¿Te atraen las fotografías y anuncios de chicos o chicas en bañador o ropa interior?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.
25. ¿Llaman tu atención los anuncios de medicamentos adelgazantes?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.
26. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligado/a a comer?	Sí, mucho.	Sí, algo.	No, nada.

EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), adaptado a la población española por Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2006).

En el siguiente cuestionario encontrareis afirmaciones sobre sentimientos e ideas que las personas podemos tener. Recuerda que este cuestionario no tiene respuestas malas ni buenas por lo que es mejor que contestes la respuesta que más se acerque a tu forma de ser o pensar. Es muy importante que **no dejes preguntas sin contestar** y que **no contestes dos veces a la misma pregunta**, por eso es conveniente, una vez finalizada la cumplimentación repasarlo.

Marca con una **X** según te parezca Falso, Casi siempre falso, A veces verdadero y a veces falso, Casi siempre verdadero y Verdadero.

	FALSO	CASI SIEMPRE FALSO	A VECES VERDADERO/FALSO	CASI SIEMPRE VERDADERO	VERDADERO
1. Soy bueno/a en los deportes					
2. Tengo mucha resistencia física					
3. Tengo más fuerza que la mayoría de la gente de mi edad					
4. Físicamente me siento bien					
5. Me siento a disgusto conmigo mismo/a					
6. No tengo cualidades para los deportes					
7. Me quedo pronto sin aliento y tengo que bajar el ritmo o abandonar en los ejercicios físicos intensos					
8. Me cuesta tener un buen aspecto físico					
9. Me cuesta levantar tanto peso como los demás					
10. Me siento feliz					
11. Estoy en buena forma física					
12. Me siento contento/a con mi imagen corporal					
13. Soy capaz de realizar actividades que exigen fuerza					
14. En lo físico me siento satisfecho/a conmigo mismo/a					
15. No me gusta lo que estoy haciendo con mi vida					
16. Soy de las personas que están descontentas de cómo son físicamente					
17. Tengo más habilidad que la gente de mi edad practicando deportes					
18. Puedo correr y hacer ejercicio durante mucho tiempo sin cansarme					
19. Siento confianza en cuanto a la imagen física que transmito					

EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

	FALSO	CASI SIEMPRE FALSO	A VECES VERDADERO/FALSO	CASI SIEMPRE VERDADERO	VERDADERO
20. Destaco en actividades en las que se precisa fuerza física					
21. Mi cuerpo me transmite sensaciones positivas					
22. Desearía ser diferente					
23. Soy de las personas que les cuesta aprender un deporte nuevo					
24. En actividades como la de correr, tengo que tomar pronto un descanso					
25. No me gusta mi imagen corporal					
26. No me siento a gusto conmigo mismo/a en lo físico					
27. Estoy haciendo bien las cosas					
28. Practicando deportes soy una persona hábil					
29. Tengo mucha energía física					
30. Soy guapo/a					
31. Soy fuerte					
32. No tengo demasiadas cualidades como persona					
33. Me veo torpe en las actividades deportivas					
34. Me gusta mi cara y mi cuerpo					
35. No me veo en el grupo de quienes tienen mucha fuerza física					
36. Físicamente me siento peor que los demás					

Anexo 3. Hoja de Registros

HOJA DE REGISTROS

Número: _____.

DATOS BIOMÉTRICOS-ANTROPOMÉTRICOS

PESO (KG)		IMC PERCIBIDO (KG)		IMC IDEAL (KG)	
TALLA (M)					
M. GRASA (%)					
M. MAGRA (KG)					
IMC REAL					

ESCALA DE GARDNER

Índice de Insatisfacción con el Cuerpo	Percibido (P)	Deseado (D)	Diferencia (P-D)
Índice de Distorsión del Cuerpo	Percibido (P)	Real (R)	Diferencia (P-R)

ÍNDICE INSATISFACCIÓN CON EL CUERPO (DIFERENCIA P-D)

- SATISFECHO: 0
- INSATISFACCIÓN LEVE: +4, +3, +2, +1
- INSATISFACCIÓN MODERADA: +8, +7, +6, +5
- INSATISFACCIÓN GRAVE: +12, +11, +10, +9

ÍNDICE DISTORSIÓN DEL CUERPO (DIFERENCIA P-R)

- SIN DISTORSIÓN: 0
- DISTORSIÓN LEVE: +4, +3, +2, +1
- DISTORSIÓN MODERADA: +8, +7, +6, +5
- DISTORSIÓN GRAVE: +12, +11, +10, +9

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
IMC FIGURA	13,7	14,7	15,7	16,7	17,7	18,7	19,7	20,7	21,7	22,7	23,7	24,7	25,7
	-30%	-25%	-20%	-15%	-10%	-5%	0%	+5%	+10%	+15%	+20%	+25%	+30%
PERCIBIDA													
DESEADA													
REAL													

CUESTIONARIO CIMEC-26

Preocupación por la imagen corporal	/16
Influencia de los anuncios	/16
Influencia de los mensajes verbales	/6
Influencia de los modelos sociales	/8
Influencia de las situaciones sociales	/6
Total	/52

- Preocupación por la imagen corporal: 3, 4, 8, 10, 12, 13, 17 y 21.
- Influencia de los anuncios: 5, 6, 7, 11, 15, 20, 22 y 25.
- Influencia de los mensajes verbales: 14, 16 y 18.
- Influencia de los modelos sociales: 1, 9, 19 y 24.
- Influencia de las situaciones sociales: 2, 23 y 26.

>16-17 puntos: El individuo es más sensible a la influencia de estos estímulos.

Cada Item calificado de 0-2 (SI= 2; A VECES= 1; NO= 0).

CUESTIONARIO CAF

El cuestionario se compone de 36 ítems de los cuales unos están redactados de forma directa, por lo cual se puntúan de 1 a 5 (de 1 punto para “falso” a 5 para “verdadero”). Los ítems indirectos, se puntúan de 5 a 1, dando un valor de 5 a la opción de “falso” y 1 a la opción de “verdadero”, ya que se han redactado de forma negativa.

- ITEMS DIRECTOS (1-2-3-4-5): 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 13,14, 17, 18, 19, 20, 21, 27, 28, 29, 30, 31, 34.
- ITEMS INDIRECTOS (5-4-3-2-1): 5, 6, 7, 8, 9, 15, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 32, 33, 34, 35, 36.

Para hallar la puntuación de cada escala habría que sumar la puntuación de los siguientes ítems. Los asteriscos significan que el ítem es indirecto.

- ESCALAS:
 - HABILIDAD DEPORTIVA: 1, **6***, 17, **23***, 28, **33***
 - CONDICIÓN FÍSICA: 2, **7***, 11, 18, **24***, 29
 - ATRACTIVO FÍSICO: **8***, 12, 19, **25***, 30, 34
 - FUERZA: 3, **9***, 13, 20, 31, **35***
 - AUTOCONCEPTO FÍSICO GENERAL: 4, 14, **16***, 21, **26***, **36***
 - AUTOCONCEPTO GENERAL: **5***, 10, **15***, **22***, 27, **32***

PUNTUACIÓN TOTAL		De:
HABILIDAD DEPORTIVA		/30
CONDICIÓN FÍSICA		/30
ATRACTIVO FÍSICO		/30
FUERZA		/30
AUTOCONCEPTO FÍSICO GENERAL		/30
AUTOCONCEPTO GENERAL		/30

Anexo 4. Permiso Universidad Autónoma de Madrid



El presente estudio trata de valorar el **autoconcepto físico** (satisfacción e insatisfacción corporal) del alumnado de sexto de primaria en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Para ello, el/la alumno/a que desee participar deberá rellenar un cuestionario sobre la apariencia general percibida y otro cuestionario muy breve sobre la actividad física relacionada con el autoconcepto físico.

Tras conocer estos resultados del autoconcepto percibido, se les hará un TANITA (bioimpedancia): se trata simplemente de subirse a una báscula que otorga el peso, el IMC (Índice de Masa Corporal), el % de masa grasa corporal y el % de masa muscular, sin necesidad de quitarse la ropa. Estos datos servirán para contrastar ese autoconcepto percibido con el dato real.

La información suministrada será tratada con discreción bajo la más estricta confidencialidad y el alumno/a tendrá derecho a ser informado y a tomar voluntariamente la decisión de participar en el estudio.

Por todo esto, el objetivo principal del estudio es conocer el grado de satisfacción con el propio cuerpo del alumnado de sexto de primaria y ver si se corresponde con la realidad, con el fin de plantear nuevos retos educativos a los que atender si fuese necesario.

El estudio estará comprendido entre las fechas dieciséis de Marzo del dos mil quince hasta el cinco de Junio del dos mil quince.

En Madrid a 16 de Marzo del 2015.

Tutor:

Francisco Manuel Argudo Iturriaga

Estudiante investigador:

Adrián Ortiz Gómez

Universidad Autónoma de Madrid

Anexo 5. Consentimiento Informado Padre/Madre/Tutor/Tutora

ESTUDIO DEL AUTOCONCEPTO FÍSICO EN SEXTO DE PRIMARIA

Descripción del Estudio

El presente estudio trata de valorar el autoconcepto físico (satisfacción e insatisfacción corporal) del alumnado de sexto de primaria en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Para ello, el/la alumno/a que desee participar deberá rellenar un cuestionario sobre la apariencia general percibida y otro cuestionario muy breve sobre la actividad física relacionada con el autoconcepto físico.

Tras conocer estos resultados del autoconcepto percibido, se les hará un TANITA: se trata simplemente de subirse a una báscula que otorga el peso, el IMC (Índice de Masa Corporal), el % de masa grasa corporal y el % de masa muscular, sin necesidad de quitarse la ropa. Estos datos servirán para contrastar ese autoconcepto percibido con el dato real.

Los datos en todo momento presentarán confidencialidad y el alumno/a tendrá derecho a ser informado y a tomar voluntariamente la decisión de participar en el estudio.

Por todo esto, el objetivo principal del estudio es conocer el grado de satisfacción con el propio cuerpo del alumnado de sexto de primaria y ver si se corresponde con la realidad.

Los resultados servirán para que, en un futuro inmediato, el profesorado de Educación Física pueda hacer más hincapié en este aspecto si fuese necesario. Estos resultados y conclusiones podrán remitirse al correo del padre/madre/tutor legal si lo deseara:
.....

Muchas gracias por su colaboración.

Universidad Autónoma de Madrid

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo D/D^a., con DNI....., padre/madre o tutor/a del alumno/a..... del colegio..... manifiesto haber recibido y comprendido toda la información pertinente acerca del estudio que pretende evaluar el autoconcepto físico (satisfacción / insatisfacción corporal) en el alumnado del sexto curso de Educación Primaria.

La participación en el estudio tiene un carácter voluntario, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento.

Los datos personales así como los resultantes del estudio tendrán un carácter confidencial y serán tratados en su conjunto, no de manera individual.

Tomando todo ello en consideración:

Sí autorizo que mi hijo/a participe en el estudio

NO autorizo que mi hijo/a participe en el estudio

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR/A:.....

FECHA:.....

EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

Por último, el padre/tutor legal y la madre/tutora legal deben marcar con una X el nivel de estudios e indicar la profesión actual (si la hubiese) con el fin de mejorar el estudio.

Al igual que todo el estudio, estos datos son confidenciales.

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

DATOS FAMILIARES						
PADRE / TUTOR			MADRE / TUTORA			
PROFESIÓN: _____.			PROFESIÓN: _____.			
NIVEL DE ESTUDIOS			NIVEL DE ESTUDIOS			
NINGUNO			NINGUNO			
EMPEZÓ EGB, PERO NO LA TERMINÓ			EMPEZÓ EGB, PERO NO LA TERMINÓ			
EGB O GRADUADO ESCOLAR			EGB O GRADUADO ESCOLAR			
GRADUADO EN EDUCACIÓN SECUNDARIA			GRADUADO EN EDUCACIÓN SECUNDARIA			
BUP			BUP			
FORMACIÓN PROFESIONAL DE GRADO MEDIO			FORMACIÓN PROFESIONAL DE GRADO MEDIO			
FORMACIÓN PROFESIONAL DE GRADO SUPERIOR			FORMACIÓN PROFESIONAL DE GRADO SUPERIOR			
DIPLOMADO UNIVERSITARIO			DIPLOMADA UNIVERSITARIO			
LICENCIADO			LICENCIADA			
DOCTORADO			DOCTORADO			
NO SABE O NO LO RECUERDA			NO SABE O NO LO RECUERDA			
		TRABAJA:	SI	NO		
En qué: _____.			En qué: _____.			

Anexo 6. Consentimiento Equipo Directivo

CONSENTIMIENTO EQUIPO DIRECTIVO

Yo,, director/a del Colegio, manifiesto haber recibido y comprendido toda la información pertinente acerca del estudio que pretende evaluar el autoconcepto físico (satisfacción/insatisfacción corporal) en el alumnado de sexto de primaria.

Permito por lo tanto la realización de las pruebas descritas a continuación mostrando mi conformidad y agrado con el estudio.

Los datos personales así como los resultantes del estudio tendrán carácter confidencial y serán tratados en su conjunto, no de manera individual.

Tomando todo ello en consideración, otorgo mi consentimiento a la realización del proyecto.
Fecha.....

(Firma director/a)

Descripción del Estudio

El presente estudio trata de valorar el autoconcepto físico (satisfacción e insatisfacción corporal) del alumnado de sexto de primaria en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Para ello, el/la alumno/a que desee participar deberá rellenar un cuestionario sobre la apariencia general percibida y otro cuestionario muy breve sobre la actividad física relacionada con el autoconcepto físico.

Tras conocer estos resultados del autoconcepto percibido, se les hará un TANITA: se trata simplemente de subirse a una báscula que otorga el peso, el IMC (Índice de Masa Corporal), el % de masa grasa corporal y el % de masa muscular, sin necesidad de quitarse la ropa. Estos datos servirán para contrastar ese autoconcepto percibido con el dato real.

Los datos en todo momento presentarán confidencialidad y el alumno/a tendrá derecho a ser informado y a tomar voluntariamente la decisión de participar en el estudio.

Por todo esto, el objetivo principal del estudio es conocer el grado de satisfacción con el propio cuerpo del alumnado de sexto de primaria y ver si se corresponde con la realidad.

Los resultados servirán para que, en un futuro inmediato, el profesorado de Educación Física pueda hacer más hincapié en este aspecto si fuese necesario. Estos resultados y conclusiones podrán remitirse al correo del director/a si lo deseara: _____.

Muchas gracias por su colaboración.

Universidad Autónoma de Madrid

EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

Anexo 7. Tabla comparativa de los trastornos

Tabla II. Comparación entre Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Vigorexia

	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa	Vigorexia
Descripción	<p>DSM-IV-TR: Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo considerado como normal respecto a la edad y la talla.</p> <p>Miedo a ganar peso o a ser obeso incluso con valores de peso por debajo de esa normalidad</p> <p style="text-align: right;">(APA, 2003).</p>	<p>DSM-IV-TR: Presencia de atracones recurrentes (ingesta de alimento en un periodo de dos horas en cantidades excesivas) con pérdida de control sobre esta ingesta.</p> <p>Conductas compensatorias inapropiadas con el fin de perder o no ganar peso.</p> <p style="text-align: right;">(APA, 2003).</p>	<p>Excesiva preocupación por verse delgados, cuando la realidad indica que se está hipermusculado, renunciando a oportunidades sociales a causa de la necesidad de ejercitarse.</p> <p>Pasan horas en el gimnasio además de consumir productos para aumentar esa masa muscular, evitando situaciones donde el cuerpo pueda ser visto en público.</p> <p style="text-align: right;">Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips (1997).</p>
Rasgos	<p>Autocontrol Antecedentes de niños/as modelo Introversión Baja autoestima Rasgos de personalidad anancástica</p> <p style="text-align: right;">(Pedreira, 1998).</p>	<p>Impulsividad Cierta intolerancia a la frustración Extroversión Baja autoestima Rasgos histriónicos en la personalidad</p> <p style="text-align: right;">(Pedreira, 1998).</p>	<p>Altos niveles de perfeccionismo Obsesividad Rasgos anhedónicos Baja autoestima</p> <p style="text-align: right;">(Benito et al., 2014).</p>
Criterios de Diagnóstico	<p>“Rechazo firme a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal de acuerdo a la edad y la talla (15% inferior al peso esperado)</p> <p>Pérdida de peso (IMC <17,5).</p> <p>Temor a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso aunque se encuentre por debajo del peso considerado como normal.</p> <p>Percepción alterada del propio peso, talla o silueta corporal (imagen corporal distorsionada)</p> <p>Ausencia de, al menos, tres ciclos menstruales cuando ya se ha tenido la menarquía (Amenorrea)”</p> <p style="text-align: right;">(Pedreira, 1998, p. 218; Abraham y Llewelyn-Jones, 2005, pp. 44-50)</p>	<p>“Episodios recurrente de ingesta alimenticia voraz</p> <p>Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria en los episodios de voracidad</p> <p>Empeño en el uso periódico de laxantes, diuréticos, práctica de dietas estrictas (incluso ayunos), provocación de vómitos, hacer ejercicio para evitar ganancias ponderales...</p> <p>Dos episodios de voracidad a la semana, como media</p> <p>Preocupación intensa y persistente por la silueta y el peso”</p> <p style="text-align: right;">(Pedreira, 1998, p. 218)</p>	<p>Preocupación acerca de que uno es demasiado pequeño o no lo suficientemente musculoso.</p> <p>Largo tiempo levantando peso (pudiendo ser incluso superiora a 5 horas y media)</p> <p>Mirarse excesivamente frente al espejo</p> <p>Prestar excesiva atención a la dieta</p> <p>Distrés cínico significativo</p> <p>Malestar en la vida social, ocupacional u otras áreas.</p> <p>Reducir el tiempo dedicado a las relaciones interpersonales por ejercitarse más tiempo.</p> <p>Sacrificar actividades para mantener su dieta o ejercicio</p> <p>Evitar determinadas comidas por su contenido calórico.</p> <p style="text-align: right;">(Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997).</p>
	<p>“Cambios en el peso ideal La comida incrementa la insatisfacción con el propio cuerpo</p>	<p>“Alcalosis metabólica hipoclorémica-hipokaliémica</p>	<p>Preocupación por la idea de que el propio cuerpo no está suficientemente libre de grasa y musculado con rasgos</p>

EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

<p>Signos y Síntomas</p>	<p>La comida favorece el aislamiento social. Amenorrea Ligera anemia Cansancio, debilidad muscular, hormigueo en manos y pies y contracciones involuntarias en las manos Vómitos Uso de laxantes, diuréticos... Deshidratación y cambios de niveles de electrolitos en la sangre Fallos cardíacos o renales Frecuencia cardíaca lenta Presión sanguínea baja Acidosis metabólica por abuso de laxantes provocando hiperventilación Hormonas en sangre bajas a excepción de la cortisona Hipotiroidismo (piel seca) Muerte Alteración de la personalidad Apatía, depresión, irritabilidad, violentos cambios de humos y perfeccionismo. Demacración Estreñimiento Edemas Aparición de vello en la cara y cuerpo Pérdida de cabello Sensación de frío" (Pedreira, 1998, p. 218; Abraham y Llewelyn-Jones, 2005, pp. 202-210)</p>	<p>Hipertrofia parotídea Pérdida de piezas y del esmalte dentario Alternancia de diarrea y estreñimiento Vómitos (a veces sangre en el vómito) Callosidades en el dorso de la mano Componentes depresivos y preocupación excesiva por el peso. Se sienten infladas o llenas. Manos y pies hinchados Náuseas o dolores abdominales Cansancio y dolor de cabeza tras el atracón. Agrandamiento de cara tras el vómito Retención de líquidos Trastornos menstruales Tensión, inquietud, con palpitaciones y sudoración antes de cada atracón Sensación de libertad en el atracón Sentimiento de culpabilidad tras el atracón Fatiga Letargo Trastornos del estado de ánimo Síntomas de ansiedad Piel seca" (Pedreira, 1998, p. 218; Abraham y Llewelyn-Jones, 2005, pp. 281-286).</p>	<p>obsesivos que implica una dedicación de más de 5 horas al levantamiento de pesas y los ejercicios anaeróbicos. Insatisfacción corporal por subestimar el tamaño corporal que conduce a una auto-observación permanente en frente del espejo para poder comprobar el volumen de sus músculos. La persona evita las situaciones en las que el cuerpo se expone ante la sociedad y procura usar ropas anchas. Afectación importante de la vida social a causa de la necesidad compulsiva de mantener el propio ejercicio físico y la dieta originando un malestar significativo además del deterioro social, ocupacional, recreativo, familiar y aislamiento social. Abuso de esteroides anabolizantes y el abuso de suplementos alimenticios. Excesivo control de la dieta exagerada en cantidad y reducida en diversidad (dietas estrictas). Riguroso cálculo del aporte en macronutrientes (alto aporte de proteínas y bajo en grasa). El vigorético continúa su rutina de ejercicios, dieta y abuso de sustancias incluso conociendo los efectos nocivos para su salud física y psicológica. (Benito et al., 2014)</p>
---------------------------------	--	---	---

EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

Anexo 8. Tabla de Correlaciones Parciales

Tabla XIV. Correlaciones parciales entre variables ajustadas por edad, sexo y nivel de estudios y trabajo del padre y de la madre.

	IMC Real	IMC Perc	IMC Ideal	Peso	Talla	% M. Grasa	M. Magra	I. Insa. Corp	I. Dist. Corp	Preoc. Imag.	Influ. Anunc	Influ. Men. Verb.	Influ. Mod. Soc.	Influ. Situac. Soc.	CIMEC -26 Sumat	Hab. Dep.	Cond. Física	Atrac. Físico	Fuer.	Aut. Físico	Aut. General	
IMC Real	1	*** ,576	,041	*** ,910	*** ,277	*** ,869	*** ,762	*** ,361	*** ,350	*** ,312	** ,227	,051	-,125	,073	** ,221	* ,205	*** ,434	*** ,358	** ,248	*** ,368	*** ,325	
IMC Perc		1	*** ,386	*** ,547	** ,226	*** ,538	*** ,467	*** ,407	,156	*** ,274	*** ,259	,077	-,143	,144	** ,229	*** ,297	*** ,379	*** ,301	,117	*** ,342	*** ,296	
IMC Ideal			1	,093	,108	,028	,089	-,154	-,008	*	,018	-,076	-,105	-,043	-,122	,009	,016	,116	,122	,038	,108	
Peso				1	*** ,637	*** ,750	*** ,935	*** ,291	** ,258	*** ,267	** ,233	-,002	-,109	,039	* ,187	* ,177	*** ,402	*** ,316	*** ,298	*** ,316	*** ,284	
Talla					1	,153	*** ,775	*** ,488	*** ,395	** ,259	*** ,322	*** ,264	,090	-,128	,117	** ,254	*** ,340	*** ,498	*** ,417	,104	*** ,430	*** ,326
% M. Grasa						1	*** ,488	*** ,395	*** ,259	*** ,322	*** ,264	,090	-,128	,117	** ,254	*** ,340	*** ,498	*** ,417	,104	*** ,430	*** ,326	
M. Magra							1	*	*	*	,149	-,079	-,091	-,011	,103	-,066	*** ,289	** ,212	*** ,345	*	** ,204	** ,216
I. Insa. Corp								1	,108	*** ,458	** ,247	,157	,052	*	*** ,379	** ,257	*** ,353	*** ,505	-,153	*** ,479	*** ,435	
I. Dist. Corp									1	,057	,084	,089	,092	,123	,118	-,022	-,112	-,141	,005	-,061	*	-,163
Preoc. Imag.										1	*** ,480	*** ,420	** ,237	*** ,366	*** ,845	*** ,305	*** ,443	*** ,632	-,119	*** ,672	*** ,644	
Influ. Anunc											1	*** ,445	** ,221	*** ,234	*** ,731	*	-,155	*** ,290	,092	*** ,346	*** ,362	
Influ. Men. Verb.												1	** ,215	*** ,263	*** ,630	-,110	-,160	*** ,261	-,156	*** ,305	** ,234	
Influ. Mod. Soc.													1	*** ,300	*** ,512	-,017	,036	** ,216	-,018	* ,208	*** ,285	
Influ. Situac. Soc.														1	*** ,591	** ,241	*** ,317	*** ,373	-,134	*** ,316	*** ,360	
CIMEC -26 Sumat															1	*** ,279	*** ,356	*** ,576	-,090	*** ,606	*** ,612	
Hab. Dep.																1	*** ,697	*** ,526	*** ,459	*** ,522	*** ,498	

EL AUTOCONCEPTO FÍSICO DEL ALUMNADO DE SEXTO CURSO DE PRIMARIA: ESTUDIO EN VARIOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA CAM.

Cond. Física																1	*** ,652	*** ,340	*** ,591	*** ,542
Atrac. Físico																	1	** ,227	*** ,859	*** ,779
Fuerza																		1	,152	,130
Autoc. Físico																			1	*** ,837
Autoc. Gen.																				1

Correlaciones Parciales Controlando las variables Sexo, Edad, Nivel de Estudios (Padre y Madre) y Trabajo (Padre y Madre).

*P ≤ 0,050; **P ≤ 0,010; ***P ≤ 0,001