

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

INSATISFACCIÓN CORPORAL Y PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA EN ADOLESCENTES DE GIPUZKOA.

Programa doctorado de Psicodidáctica: Psicología de Educación y
Didácticas Específicas

Presentada por: **David Muñoz Goikoetxea.**

Dirigida por: Dra. Silvia Arribas Galarraga.
Dr. Oscar González Rodríguez.

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

PROGRAMA DE DOCTORADO DE PSICODIDACTICA

DEPARTAMENTO DIDÁCTICA DE LA EXPRESIÓN MUSICAL, PLÁSTICA Y CORPORAL

Donostia- San Sebastián 2015

Agradecimientos.

Tras finalizar este trabajo son muchas las personas a las que les debo mis más sinceros agradecimientos, en primer lugar a mis directores, la Dra. Silvia Arribas Galarraga y el Dr. Oscar González Rodríguez los cuales, en todo el tiempo que ha durado este trabajo siempre me han apoyado, y siempre me han mostrado su entera disponibilidad, paciencia y amistad, sin las cuales este trabajo no hubiera visto su fin. A Silvia por su sinceridad, franqueza, capacidad de trabajo y por hacerme mirar siempre hacía adelante. A Oscar, SENSEI tanto dentro como fuera de la Universidad.

A mis compañeros del Grupo Ikerki 05/30 Izaskun Luis de Cos, Oihane Otaegi, María Palacios, Izaskun Azpillaga, Saioa Urrutia, Gurutze Luis de Cos, Lorena Gil de Montes, Saioa Telletxea, Susana Irazusta , Amaia Balerdi, y como no a Josean Arruza Gabilondo, sin el que nada de esto hubiera sido posible. A todos ellos gracias, por hacerme sentir como un miembro del grupo más.

A mis amigos, por vuestro apoyo incondicional, y sobre todo por sacarme una sonrisa en mis malos momentos. GRACIAS por todo.

A mis amigos de la Facultad de Psicología, María, Saioa, Itziar y Asier, sin duda el mayor regalo que me proporciono la facultad de psicología, y que sin duda, guardare toda mi vida.

A mi Familia, Leo, Mariaje, Tamara y Osaba, mis pilares y para los que no tengo palabras suficientes con las que corresponderos. Os quiero!

Por último, me gustaría dedicar este trabajo a cuatro personas que pese a no estar entre nosotros, estoy seguro de que estarían muy orgullosas y felices por este “muchacho”. A mis aitonas y amonas.

Índice

ÍNDICE GRÁFICOS TABLAS Y FIGURAS	11
ANTECEDENTES PERSONALES	19
INTRODUCCIÓN	23
I FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	29
Capítulo 1. Aproximación conceptual: la Práctica de Actividad Física y Deporte (PAFYD).....	35
1.1. Concepto de Practica de Actividad Física y Deporte (PAFYD)	35
1.2. Tipos de Práctica de Actividad Física y Deporte (PAFYD).....	40
1.2.1 Deporte Escolar.	40
1.2.2 Deporte federado	43
1.2.3 Deporte organizado no federado.....	44
1.2.4 Deporte libre	44
1.3. Revisión de Estudios relacionados con la Práctica de Actividad Física y Deporte (PAFYD)	45
1.3.1 Revisión de Estudios sobre PAFYD.....	45
1.3.2 Estudios sobre PAFYD en España	48
1.3.3 Estudios realizados en la Comunidad Autónoma Vasca	55
Capítulo 2. Imagen Corporal	61
2.1. Introducción.....	61
2.2. Antecedentes de la imagen corporal.....	62
2.3. Concepto y definiciones de la imagen corporal.	64
2.4. Teorías de la imagen corporal	68
2.5. Factores relacionados con la imagen corporal.....	72
2.5.1 Factores mediadores	72
2.5.1.1 Características personales	72
2.5.1.2 Actividad físico-deportiva	76
2.5.1.3 Carácter Occidental.....	77
2.5.2 Factores causantes	78
2.5.2.1 Los medios de comunicación.....	78
2.5.2.2 Familia	78
2.5.2.3 Relaciones interpersonales y amistades.....	79
2.5.2.4 Las distorsiones cognitivas	79
2.5.3 Los mecanismos de mantenimiento.....	80
2.6. Evaluación de la imagen corporal.	80
2.6.1 Evaluación de la dimensión perceptiva.	81
2.6.1.1 Métodos de estimación corporal global.	81
2.6.1.2 Métodos de estimación de partes corporales.	87
2.6.2 Evaluación de la dimensión cognitivo-actitudinal.....	88
2.6.3 Evaluación de la dimensión conductual.	91
2.7. Alteración de la imagen corporal y los TCA.....	92
2.7.1 Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA).	95
2.7.1.1 Anorexia nerviosa	96
2.7.1.2 Bulimia Nerviosa.	98
2.7.2 Trastorno Dismórfico Corporal	100

2.7.2.1 La Dismorfia Muscular	100
2.8. Teorías y estudios de la Satisfacción/ Insatisfacción.	102
2.8.1 Teorías de la satisfacción.....	103
2.8.2 Estudios sobre insatisfacción corporal.....	107
II: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA	111
Capítulo 3. Diseño de la investigación.	117
3.1. Planteamiento del problema de investigación.	117
3.2. Objetivos e hipótesis.....	118
3.3. Método y diseño de la investigación.	122
3.4. Contextualización del estudio.....	122
3.5. Procedimiento.....	129
3.6. Análisis estadísticos.....	129
III RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	131
Capítulo 4. Análisis de los resultados	137
4.1. Práctica de Actividad Físico Deportiva (PAFYD)	137
4.1.1 Participación en actividades físico-deportivas.....	137
4.1.2 Frecuencia de práctica.	138
4.1.3 Duración de la práctica.	140
4.1.4 Intensidad de la práctica.	142
4.2. Características relacionadas de la PAFYD.....	144
4.2.1 Frecuencia y duración de la práctica.	144
4.2.2 Frecuencia/ intensidad	148
4.2.3 Duración e intensidad.	151
4.2.4 Frecuencia, duración e intensidad.....	155
4.3. Índice de masa corporal declarado (IMC declarado)	159
4.3.1 IMC declarado en función de la frecuencia.....	161
4.3.2 IMC declarado en función de la duración.....	162
4.3.3 IMC declarado en función de la intensidad.	162
4.4. Imagen percibida.	163
4.4.1 Imagen percibida de los y las guipuzcoanos/as de 13 a 17 años.	163
4.4.2 Imagen Percibida en función de la frecuencia de PAFYD.....	165
4.4.3 Imagen Percibida en función de la duración de PAFYD.....	165
4.4.4 Imagen Percibida en función de la intensidad de PAFYD.	166
4.4.5 Imagen Percibida en función del IMC declarado.	167
4.5. Imagen deseada.	169
4.5.1 Imagen deseada de los y las guipuzcoanos/as de 13 a 17 años.	169
4.5.2 Imagen deseada en función de la frecuencia de PAFYD.	171
4.5.3 Imagen deseada en función de la duración de PAFYD.....	171
4.5.4 Imagen deseada en función de la intensidad de PAFYD.....	172
4.5.5 Imagen deseada en función del IMC declarado.....	172
4.6. Diferencia entre la imagen percibida e imagen deseada.	174
4.6.1 Diferencia entre la imagen percibida e imagen deseada en función por sexo.....	174
4.6.2 Diferencia entre la imagen percibida e imagen deseada por edad.....	175
4.6.3 Diferencia entre la imagen percibida e imagen deseada en función de la edad de los chicos.	175
4.6.4 Relación imagen percibida e imagen deseada en función de la edad de las chicas.	176

4.7. Insatisfacción con la imagen corporal.....	177
4.7.1 Satisfacción e insatisfacción.....	177
4.7.2 Insatisfacción con la imagen corporal de los y las guipuzcoanos/as de 13 a 17 años.	179
4.7.3 Insatisfacción con la imagen corporal en función de la frecuencia de PAFYD.	180
4.7.4 Insatisfacción con la imagen corporal en función de la duración de PAFYD.....	181
4.7.5 Insatisfacción con la imagen corporal en función de la intensidad de PAFYD.	182
4.7.6 Insatisfacción con la imagen corporal en función del IMC declarado.	182
4.8. Comparación transcultural: Jóvenes de Gipuzkoa y Chile de 13 y 14 años.....	184
4.8.1 Comparación transcultural de satisfechos e insatisfechos.....	184
4.8.2 Comparación transcultural de la imagen percibida de los guipuzcoanos y chilenos.	186
4.8.3 Comparación transcultural de la imagen deseada de los guipuzcoanos y chilenos.	187
4.8.4 Comparación transcultural de la insatisfacción con la imagen corporal de los guipuzcoanos y chilenos.	188
 IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	 191
Capítulo 5. Discusión.....	197
5.1. En relación al eje 1: La PAFYD.....	197
5.2. En relación al eje 2. El IMC declarado.....	200
5.3. En relación al eje 3. La Imagen Corporal.....	201
5.3.1 Imagen percibida	201
5.3.2 Imagen deseada.....	203
5.3.3 En relación a la insatisfacción con la imagen corporal.....	204
5.4. En relación al eje 4. Comparación transcultural.....	206
 Capítulo 6. Conclusiones.....	 209
 Aportaciones y Limitaciones del estudio.....	 211
 Perspectivas de Futuro.....	 211
 BIBLIOGRAFÍA.....	 213
 ANEXO	 237

ÍNDICE GRÁFICOS TABLAS Y FIGURAS

Índice de los GRÁFICOS.

Gráfico 1. Muestra guipuzcoana por sexo.....	123
Gráfico 2. Muestra guipuzcoana por edad.....	123
Gráfico 3. Muestra chilena por sexo.....	124
Gráfico 4. Práctica global, y por sexo.	138
Gráfico 5. Práctica por edades.	138
Gráfico 6. Frecuencia de práctica global, y por sexo.	139
Gráfico 7. Frecuencia de práctica por edades.....	140
Gráfico 8. Duración de la práctica global, y por sexo.	141
Gráfico 9. Duración de la práctica por edades.	142
Gráfico 10. Intensidad de la práctica global, y por sexo.	143
Gráfico 11. Intensidad de la práctica por edades.....	144
Gráfico 12. IMC declarado global, y por sexo.	160
Gráfico 13. IMC declarado por edades.....	161
Gráfico 14. Satisfacción e insatisfacción del global, y por sexo.	178
Gráfico 15. Satisfacción e insatisfacción por edad.....	178
Gráfico 16. Satisfechos e insatisfechos global transcultural, guipuzcoanos y chilenos.	185
Gráfico 17. Satisfacción e insatisfacción guipuzcoanos y chilenos.	185
Gráfico 18. Satisfacción e insatisfacción guipuzcoanas y chilenas.....	186

Índice de las TABLAS

Tabla 1. Frecuencia y duración de la PAFYD.	144
Tabla 2. Frecuencia y duración de la PAFYD de los chicos.	145
Tabla 3. Frecuencia y duración de la PAFYD de las chicas.	145
Tabla 4. Frecuencia y duración de la PAFYD de los jóvenes de 17 años.	146
Tabla 5. Frecuencia y duración de la PAFYD de los jóvenes de 16 años.	146
Tabla 6. Frecuencia y duración de la PAFYD de los jóvenes de 15 años.	147
Tabla 7. Frecuencia y duración de la PAFYD de los jóvenes de 14 años.	147
Tabla 8. Frecuencia y duración de la PAFYD de los jóvenes de 13 años.	147
Tabla 9. Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los jóvenes.	148
Tabla 10. Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los chicos.	148
Tabla 11. Frecuencia e intensidad de la PAFYD de las chicas.	149
Tabla 12. Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 17 años.	149
Tabla 13. Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 16 años.	150
Tabla 14. Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los jóvenes 15 años.	150
Tabla 15. Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 14 años.	150
Tabla 16. Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 13 años.	151
Tabla 17. Duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes.	151
Tabla 18. Duración e intensidad de la PAFYD de los chicos.	152
Tabla 19. Duración e intensidad de la PAFYD de las chicas.	153
Tabla 20. Duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 17 años.	153
Tabla 21. Duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 16 años.	154
Tabla 22. Duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 15 años.	154

Tabla 23. Duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 14 años.	155
Tabla 24. Duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 13 años.	155
Tabla 25. Frecuencia, duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes.	156
Tabla 26. Frecuencia, duración e intensidad de la PAFYD de los chicos.	157
Tabla 27. Frecuencia, duración e intensidad de la PAFYD de las chicas.	159
Tabla 28. Prueba T IMC declarado en función del sexo.	161
Tabla 29. Prueba T IMC declarado en función de la frecuencia.	162
Tabla 30. Anova IMC declarado en función de la duración.	162
Tabla 31. Anova IMC declarado en función de la intensidad.	163
Tabla 32. Anova imagen percibida por edad.	164
Tabla 33. Prueba T imagen percibida por sexo.	164
Tabla 34. Prueba T imagen percibida en función de la frecuencia de PAFYD.	165
Tabla 35. Anova imagen percibida en función de la duración de PAFYD.	166
Tabla 36. Anova imagen percibida en función de la Intensidad de PAFYD.	167
Tabla 37. Anova imagen percibida en función del IMC declarado.	167
Tabla 38. Anova imagen percibida en función del IMC declarado por sexo.	168
Tabla 39. Anova imagen percibida en función del IMC declarado y de la edad.	169
Tabla 40. Anova imagen deseada por edad.	170
Tabla 41. Prueba T imagen deseada por sexo.	170
Tabla 42. Prueba T imagen deseada en función de la frecuencia de PAFYD.	171
Tabla 43. Anova imagen deseada en función de la duración de PAFYD y del sexo. ...	172
Tabla 44. Anova imagen deseada en función de la intensidad de PAFYD.	172
Tabla 45. Anova imagen deseada en función del IMC declarado.	173

Tabla 46. Anova imagen deseada en función del IMC declarado y del sexo.....	173
Tabla 47. Prueba T y Anova imagen deseada en función del IMC declarado por edad.	174
Tabla 48. Prueba t comparación entre imagen percibida y la deseada en función del sexo.....	174
Tabla 49. Prueba T comparación entre la imagen percibida y la imagen deseada por edad.....	175
Tabla 50. Prueba T comparación entre la imagen deseada y la imagen percibida en función del año de nacimiento de los chicos.	176
Tabla 51. Prueba T comparación entre la imagen deseada y la imagen percibida en función del año de nacimiento de las chicas.	177
Tabla 52. Anova insatisfacción por edad.....	179
Tabla 53. Prueba T insatisfacción por sexo.....	180
Tabla 54. Prueba T insatisfacción en función de la frecuencia de PAFYD.	181
Tabla 55. Anova insatisfacción en función de la duración de PAFYD.	182
Tabla 56. Anova insatisfacción en función de la intensidad de PAFYD.	182
Tabla 57. Anova insatisfacción en función del IMC declarado.	183
Tabla 58. Anova insatisfacción en función del IMC declarado y del sexo.	183
Tabla 59. Anova insatisfacción en función del IMC declarado por edad.	183
Tabla 60. Prueba T imagen percibida guipuzcoanos- chilenos.	186
Tabla 61. Prueba T imagen percibida guipuzcoanos- chilenos.	187
Tabla 62. Prueba T imagen percibida guipuzcoanas- chilenas.....	187
Tabla 63. Prueba T imagen deseada guipuzcoanos- chilenos.	187
Tabla 64. Prueba T imagen deseada guipuzcoanos- chilenos.	188
Tabla 65. Prueba T imagen deseada guipuzcoanas- chilenas.....	188

Tabla 66. Prueba T insatisfacción guipuzcoanos- chilenos.....	188
Tabla 67. Prueba T insatisfacción corporal de los guipuzcoanos y los chilenos.....	189
Tabla 68. Prueba T insatisfacción corporal de las guipuzcoanas y las chilenas.....	189

Índice de las Figuras:

Figura 1: Definiciones del término deporte (Modificado de Luis-de Cos, 2014)	38
Figura 2. Normativa autonómica en relación al deporte escolar.	41
Figura 3: Tipos de deporte organizado no federado.	44
Figura 4: Resumen del Marco analítico COMPASS	47
Figura 5: Investigaciones que analizan la PAFYD en poblaciones españolas de adolescentes y jóvenes. (Adaptado de Luis-de Cos, 2014)	54
Figura 6: Modelo de Raich, Torras y Mora.	71
Figura 7: Siluetas de Stunkard, Sorenson y Schlusinger.	82
Figura 8: Siluetas de Bell, Kirkpatrick y Rinn.	83
Figura 9: Siluetas de Collins.....	83
Figura 10: Siluetas de Thompson y Gray.	84
Figura 11: Siluetas de Kearney, Kearney y Gibney.	84
Figura 12: Siluetas de Gardner, Stark , Jackson, y Friedman.....	85
Figura 13: Siluetas de Montero, Morales y Carbajal.....	86
Figura 14: Siluetas de Osuna, Hernández, Campuzano y Salmerón.	86
Figura 15. Cuestionarios relacionados con la medición de la imagen corporal.	89
Figura 16. Entrevistas relacionadas con la medición de la imagen corporal.....	91
Figura 17. Resumen objetivos e hipótesis.	121
Figura 18. Categorización de IMC en función de la edad.	125
Figura 19. Categorización de IMC.	128
Figura 20. Resumen de las correspondencias de las figuras, los valores, y las categorías.	128

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES PERSONALES

Como punto de partida, me gustaría comenzar explicando cual ha sido el itinerario que me ha traído hasta el momento en el que nos encontramos.

Desde que recuerdo me ha gustado practicar distintas actividades físico-deportivas. La mayoría de ellas, las he practicado por diversión: futbol, baloncesto, frontenis, etc. De entre todas las modalidades de las que he disfrutado, una ha sobresalido del resto, el Judo. Desde los 6 años, he disfrutado y me he divertido al practicarlo, y mientras que disfrutaba con la práctica de otras actividades físico-deportivas en mi tiempo libre, mi recuerdo se intensifica a través de las sensaciones que el judo depositó en mí. Recuerdo que de pequeño me gustaba porque me cansaba y me ayudaba a descargar energía, algo que me venía bien a nivel físico y psicológico (esto lo entendí más adelante...). De hecho, he seguido practicándolo judo hasta los 25 años, descubriendo paralelamente distintas actividades físico-deportivas que me cautivaron rápidamente, como el Snowboard.

Tras obtener el cinturón negro, comencé a dar clases a grupos de niños, algo que hizo que tuviera una visión más amplia del Judo, pero sobre todo del deporte.

El gimnasio en el que he practicado judo fue fundado por el actual catedrático Josean Arruza, entonces deportista de élite en este deporte. Los jóvenes que durante nuestra etapa formativa nos desarrollamos cercanos al club, nos vimos influenciados por la filosofía y el clima formativo que se prima en el gimnasio Zuhazti dónde se da importancia al desarrollo deportivo, pero se prima el desarrollo personal. Durante el transcurso de mis estudios universitarios en Psicología comenzó a interesarme la relación existente entre las actividades físico deportivas y los diferentes procesos psicológicos. Esta relación era algo que no era nuevo para mí, ya que siempre me había llamado la atención, pues yo mismo, en ocasiones experimenté como los nervios se apoderaban de mí, me bloqueaban, percibía falta de confianza ante ciertos rivales o el simplemente no sabía cómo asimilar las derrotas.

Llego el momento de enfrentarme al Practicum de final de carrera. Mientras la mayoría de mis compañeros encontraban satisfechas sus expectativas a través de la oferta clásica (Psicología Clínica, Psicología Educativa, Psicología del Trabajo y de las Organizaciones), yo quería enfocar mi Practicum hacía la Psicología deportiva. Tras reunirme con los responsables de Facultad de Psicología, acordamos que debería de presentarles una propuesta concreta. Fue entonces cuando surgió la oportunidad de trabajar de forma conjunta

con el Grupos Ikerki 05/30 dirigido por el catedrático Josean Arruza (UPV-EHU) y la empresa de asesoramiento deportivo Grupo Iceberg, algunos de cuyos componentes habían sido compañeros de Judo.

Tras licenciarme, y con el apoyo del Grupo Ikerki 05/30, solicité una beca pre-doctoral que me fue concedida y fruto de la cual surge la tesis que aquí presento.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La sociedad en la que vivimos se caracteriza por ser una sociedad próspera, asentada y con unas prestaciones sociales que ofrecen a la población recursos suficientes para soportar sus necesidades básicas. El bienestar social dominante, da paso a la mejora de la calidad de vida y con este propósito, las políticas locales se han preocupado durante las últimas décadas, de proporcionar a la población recursos que impulsan la adquisición de hábitos de vida activos y saludables ligados a la práctica de la actividad física y deporte. La adolescencia, etapa en la que se encuentra el grupo de jóvenes que ha participado en este estudio, supone un momento importante en este propósito pues como diversos autores afirman, la adquisición de hábitos físico-deportivos saludables durante esa etapa se admite como una de las variables que incide en que se mantengan durante la vida adulta (Balaguer, 2002; Piéron y Ruiz, 2010).

Si bien es un hecho aceptado que el tipo de actividad físico-deportiva acorde a las necesidades personales, en cantidad e intensidad adecuadas y durante el tiempo suficiente, reporta beneficios a la salud y es recomendable para todo individuo (OMS, 2011), sin embargo, la práctica inadecuada de este tipo de actividades puede derivar en fuente de enfermedades o trastornos que pueden afectar de forma poco deseable al bienestar personal. La fuerza que los “mass media” han adquirido a nivel mundial y la incorporación de internet a la vida de cualquier ciudadano de clase media, se han convertido en proyectores de modelos e imágenes que, de forma invasiva, se cuelan en la vida de jóvenes y mayores. Los modelos que se proyectan reflejan una “normalidad” distorsionada en la que los cuerpos eternamente jóvenes, definidos, exentos de grasa constituyen la clave del éxito en la vida. Este mensaje llega incesantemente creando expectativas difícilmente alcanzables para quienes no son lo suficientemente altos, lo suficientemente delgados, o no poseen una composición corporal lo suficientemente fibrosa. Muchas veces la figura del deportista como referente de éxito, belleza, poder... proyecta una imagen que se erige como modelo a seguir. Del mismo modo la obsesión por dicha imagen, la extrema delgadez y/o los cuerpos musculados constituyen modelos que se proyectan como realidades alcanzables para todos, una especie de estándares de calidad. Estas ideas lanzadas de forma incesante recaen en ciertos sectores de la población provocando daños psicológicos que pueden incluso convertirse en patologías. Según algunas investigaciones (Contreras, Gil, García, Andújar, Hidalgo, Padilla y Rodríguez, 2006 Gómez y Núñez, 2007) la anorexia nerviosa, la bulimia y/o la vigorexia constituyen enfermedades que afectan de forma especial a poblaciones jóvenes.

La presente investigación es fruto de la colaboración con el grupo IKERKI 05/30 y de las investigaciones llevadas a cabo en el ámbito de la Práctica de Actividad Física y Deporte (en adelante PAFYD) que a lo largo de este documento se irán concretando.

Esta tesis se enmarca en el Proyecto I+D+I, titulado “Análisis y valoración de la influencia que ejerce la participación en programas de deporte juvenil en el desarrollo psicosocial y en los hábitos de práctica deportiva de los jóvenes de 12 a 17 años” (CTP07-08), realizado por el Grupo de investigación IKERKI de la UPV/EHU, dirigida en aquel momento por el catedrático D. José Antonio Arruza. IKERKI 05/30 es un grupo de investigación multidisciplinar adscrito al Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal de la UPV/EHU, bajo el auspicio del cual he disfrutado de una beca de investigación concedida por Gobierno Vasco (PIFB001/2007) gracias a la cual se hace posible la defensa de la posible tesis doctoral. Este proyecto se realizó en el marco de la convocatoria de la CTP (Comunidad de Trabajo de los Pirineos). La CTP es un organismo interregional de cooperación transfronteriza cuya ambición es, ser el laboratorio de la integración europea. Fue creada en 1983, en torno a 8 colectividades territoriales que coexisten a lo largo de la cadena de los Pirineos: 3 Regiones francesas (Aquitania, Languedoc-Rousillon, Midi Pyrenees), 4 comunidades Autónomas españolas (Aragón, Cataluña, País Vasco, Navarra) y el Principado de Andorra. En el año 2007, el grupo IKERKI, liderando la convocatoria junto con otros colaboradores de las nombradas regiones, además de la concesión para realizar el proyecto arriba mencionado, obtuvo a su vez financiación para la creación de una Red pirenaica de investigación en materia de actividad física y deporte, habilitando un espacio propio para la CTP en la plataforma para el intercambio de conocimiento CINVIDERE (www.ehu/es/cinvidere), creada anteriormente en colaboración con el Departamento de Deportes de la Diputación Foral de Gipuzkoa, como herramienta facilitadora para la coordinación entre diferentes equipos de investigación.

El presente estudio pretende investigar la práctica de actividad física y deporte en jóvenes de Gipuzkoa y la posible relación de dicha práctica con la imagen que chicos y chicas de entre 13 y 17 años de Gipuzkoa perciben tener, así como la que desearían lucir. Para ello se tendrá en cuenta el índice de masa corporal (IMC) declarado, como medida orientativa y se profundizará en el grado de satisfacción o insatisfacción que los jóvenes presentan con respecto a su imagen. Todos estos aspectos se atenderán en función de la edad y sexo de los participantes. Asimismo se compararán las percepciones sobre imagen percibida, imagen

deseada y el grado de satisfacción o insatisfacción con de jóvenes de 13 y 14 años de Gipuzkoa con jóvenes de la misma edad residentes en Chile. La comparación de ambas comunidades tiene como fin conocer las posibles diferencias en función de la cultura.

Para estudiar los aspectos previamente expuestos, la investigación se ha estructurado en cuatro partes. Se comienza con la fundamentación teórica, en la cual se revisan los estudios sobre la práctica físico-deportiva en poblaciones adolescentes, las diversas corrientes de influencia social en la actividad física y el deporte, la imagen corporal y sus alteraciones, así como la satisfacción e insatisfacción con la misma. A partir de esta revisión se realiza el estudio empírico, en el que se plantea y se diseña la investigación, se formulan los objetivos y se plantean las hipótesis. Seguidamente se describen las características de la muestra, el instrumento utilizado y el procedimiento para la pasación del cuestionario. En el tercer apartado se exponen los resultados descriptivos para conocer la práctica de los jóvenes guipuzcoanos, para proseguir con análisis inferenciales, mediante los cuales conocemos si existen o no diferencias por género y edad en las variables de estudio. A continuación se exponen análisis correlacionales realizados para determinar la relación entre variables, comprobar si dicha relación es o no significativa. Para finalizar este capítulo, se exponen los análisis comparativos entre la población de 13 y 14 años de Gipuzkoa y Chile. Por último, se presenta la discusión de los resultados y las conclusiones extraídas, sin olvidar las limitaciones que la materialización de la investigación ha revelado y concluyendo con las perspectivas de futuro que ha suscitado.

I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

I.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL: LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE (PAFYD)

- 1.1. Concepto de Práctica de Actividad Física y Deporte (PAFYD)
- 1.2. Tipos de Práctica de Actividad Física y Deporte (PAFYD)
 - 1.2.1 Deporte Escolar.
 - 1.2.2 Deporte federado
 - 1.2.3 Deporte organizado no federado
 - 1.2.4 Deporte libre
- 1.3. Revisión de Estudios relacionados con la Práctica de Actividad Física y Deporte (PAFYD)
 - 1.3.1 Revisión de Estudios sobre PAFYD
 - 1.3.2 Estudios sobre PAFYD en España
 - 1.3.3 Estudios realizados en la Comunidad Autónoma Vasca

CAPÍTULO 2. IMAGEN CORPORAL

- 2.1. Introducción
- 2.2. Antecedentes de la imagen corporal
- 2.3. Concepto y definiciones de la imagen corporal.
- 2.4. Teorías de la imagen corporal
- 2.5. Factores relacionados con la imagen corporal
 - 2.5.1 Factores mediadores
 - 2.5.1.1 Características personales
 - 2.5.1.2 Actividad físico-deportiva
 - 2.5.1.3 Carácter Occidental
 - 2.5.2 Factores causantes
 - 2.5.2.1 Los medios de comunicación
 - 2.5.2.2 Familia
 - 2.5.2.3 Relaciones interpersonales y amistades
 - 2.5.2.4 Las distorsiones cognitivas
 - 2.5.3 Los mecanismos de mantenimiento
- 2.6. Evaluación de la imagen corporal.
 - 2.6.1 Evaluación de la dimensión perceptiva.
 - 2.6.1.1 Métodos de estimación corporal global.
 - 2.6.1.2 Métodos de estimación de partes corporales.
 - 2.6.2 Evaluación de la dimensión cognitivo-actitudinal.
 - 2.6.3 Evaluación de la dimensión conductual.
- 2.7. Alteración de la imagen corporal y los TCA.
 - 2.7.1 Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA).
 - 2.7.1.1 Anorexia nerviosa
 - 2.7.1.2 Bulimia Nerviosa.
 - 2.7.2 Trastorno Dismórfico Corporal
 - 2.7.2.1 La Dismorfia Muscular
- 2.8. Teorías y estudios de la Satisfacción/ Insatisfacción.
 - 2.8.1 Estudios sobre insatisfacción corporal



**Aproximación conceptual: la Práctica de
Actividad Física y Deporte (PAFYD)**

Capítulo 1. Aproximación conceptual: la Práctica de Actividad Física y Deporte (PAFYD)

1.1. Concepto de Práctica de Actividad Física y Deporte (PAFYD)

A medida que la sociedad evoluciona, los conceptos de deporte, actividad física y ejercicio físico han ido cambiando, hecho este que ha supuesto cierta controversia y confusión de modo que se considera necesario definir qué es a lo que uno se refiere cuando aborda estos términos.

La revisión de las diferentes acepciones que la literatura contemporánea atribuye a los términos actividad física, ejercicio y deporte constituye un ejemplo del desacuerdo relativo que aún prevalece.

El concepto de “actividad física” durante siglos ha estado unido al estilo de vida del hombre, donde se asumían la actividad física y ejercicio como elementos necesarios para subsistir. Con la evolución y el desarrollo de las distintas culturas dicho significado ha ido cambiando partiendo como una actividad para la supervivencia y preparación militar característica de las civilizaciones más antiguas, hasta el significado actual en el que se aglutina diversas prácticas relacionadas con el ocio y tiempo libre y donde el papel de la actividad física con relación a la salud alcanza cada vez mayor relevancia.

Autores como Caspersen, Powell y Christenson (1985) definen la actividad física, como “todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que ocasiona un gasto de energía que dependerá de la masa muscular implicada, de las características de dicho movimiento, de la intensidad, duración y frecuencia de las contracciones musculares”. Estos autores asumen que todas las actividades de la vida cotidiana que supongan un movimiento y gasto desgaste de energía (andar, fregar, actividades motrices competitivas...) se incluyen en el apartado denominado “Actividad física”.

Sánchez Bañuelos (1996) considera la actividad física como “movimiento corporal de cualquier tipo producido por la contracción muscular y que conduce a un incremento sustancial del gasto energético de una persona”. Mientras que autores como Newel (1994) o Ries (2009) defienden que para que sea actividad física el movimiento debe ser consciente e intencionado. En esa misma línea, Devis (2000) añade en la definición de la actividad física un componente de intencionalidad y además dota al movimiento corporal, realizado por el

sistema musculoesquelético produciendo un gasto de energía y una experiencia personal, de la capacidad interactuar con los seres y al ambiente (Luis-de Cos, 2014). Asimismo, Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton y McPherson (1990) y Bouchard y cols. (2007) en sus investigaciones clasifican las actividades físicas en: actividades vinculadas a la ocupación laboral, actividades vinculadas a las tareas domésticas, educación física (como requisito en los sistemas educativos) y actividades físicas relacionadas con el ocio y la recreación.

Arrás y Romero (2002) van un poco más allá, y definen la actividad física como “Una acción corporal a través del movimiento que, de manera general, puede tener una cierta intencionalidad o no; en el primer caso, la acción corporal se utiliza con unas finalidades educativas, deportivas, recreativas, terapéuticas, utilitarias, etc.; en el segundo caso, simplemente puede ser una actividad cotidiana del individuo”. Chacón (2011) asume esta última definición, añadiéndole una pequeña matización, la intencionalidad de mejora de la condición física (mejora personal) determina la actividad física como actividad físico-deportiva.

En el caso del ejercicio físico, diversos autores se han esforzado por ofrecer una definición académica. Caspersen, Powell y Christenson (1985) definen el ejercicio como, una forma de actividad física de tiempo libre (no ocupacional), con objetivos externos y específicos como: mejorar la salud, la ejecución física o ponerse en forma. Se determina por la forma de ejecución, la intensidad, la frecuencia y la duración de las actividades. Así, se encuentra la acepción de Delgado y Tercedor (2002) quienes postulan que para que un movimiento sea ejercicio físico, tiene que tener las siguientes características: “Voluntariedad: actos de plena conciencia, Intencionalidad: actos con una intención clara, Sistematización: acto pensado con un determinado orden, intensidad y dificultad...”. Autores como Blair, Khol y Gordon (1992) definen el ejercicio físico como “cualquier movimiento del cuerpo, estructurado y repetitivo que tiene por objeto una mejora o mantenimiento de la condición física”. En la misma línea Tercedor (1998), asume que la diferencia entre actividad física y ejercicio físico radica en la intencionalidad y la sistematización, de tal forma que ir andando al trabajo no presenta una intención de mejorar la condición física en la mayoría de los casos, pero andar diariamente una hora con cierta intensidad sí lo pretende. Reflexionando sobre todas estas definiciones, se llega a la conclusión de que el ejercicio físico puede ser entendido como una parte de las actividades físicas que las diferencia del resto por sus objetivos de mejora de la condición física (Luis-de Cos, 2014).

Otro término que frecuentemente se utiliza como sinónimo de actividad física y ejercicio físico es el “deporte”. Este es un término, que a lo largo de la historia ha sufrido diversos cambios. Las primeras aportaciones escritas en las que aparece el término se remontan a un poema de Guillermo VII de Aquitania (1070-1172) , donde aparece el vocablo deporte como sinónimo de diversión, y el verbo deportar como recreo o pasatiempo. Las primeras publicaciones del término “disport” aparecen en Inglaterra del S.XVI, haciendo referencia a un variado número de pasatiempos y entretenimientos y de este surge el vocablo “sport”, que se generaliza como término técnico para englobar todas aquellas formas de recreación donde el ejercicio físico tiene un papel fundamental (Elias y Dunning, 1992). Es con el resurgir de la idea olímpica y con la organización de los Juegos Olímpicos de la Edad Moderna en Atenas (1896) cuando el término “deporte” obtuvo su internacionalización.

La concepción del término deporte cambia, a partir de los años 70, con la aparición del concepto “Deporte para Todos”, el Consejo de Europa dice que el deporte para todos “... abarca no solamente al deporte propiamente dicho sino que también, y quizá por encima de todo, varias formas de actividad física, desde los juegos espontáneos y no organizados hasta un mínimo de ejercicio físico realizado regularmente” (“Deporte para Todos”, 1970).

En Mayo del 1992, en Rodas, los ministros europeos responsables del deporte, definieron el deporte en la Carta Europea del Deporte en su artículo 2º como “cualquier forma de actividad física que, a través de participación organizada o no, tiene por objeto la expresión o mejoría de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o de la obtención de resultados en competición a todos los niveles”. Como indican García Ferrando y Llopis (2011), en la época contemporánea este concepto que se ha ido transformando paralelamente a la evolución de las sociedades en que se ha desarrollado, se puede considerar como un fenómeno social que se difunde rápidamente por todo el planeta.

Con el ánimo de mostrar las diferentes acepciones del término “deporte” se presenta la Figura 1.

Figura 1: *Definiciones del término deporte (Modificado de Luis-de Cos, 2014)*

Autor	Año	Definición concepto deporte
García Ferrando	(1990)	“Es una actividad física e intelectual humana, de naturaleza competitiva, y gobernada por reglas institucionalizadas”
Anshel y Fredson	(1991)	“El juego organizado que lleva consigo la realización de esfuerzo físico, se atiene a una estructura formalmente establecida, está organizado dentro de un contexto de reglas formales y explícitas respecto a conductas y procedimientos, y que es observado por espectador”
Shephard	(1994)	“Actividad física vigorosa que es emprendida en una búsqueda de placeres tales como la interacción social, animación, competición, peligro y estimulación vertiginosa”
Sanchez Bañuelos	(1996)	“Práctica de actividad física de carácter voluntario durante el tiempo libre, englobando prácticas físicas muy dispares”
Comellas	(1996)	“Cuando se realiza una actividad con una periodicidad, con una sistematización, orientado por un especialista que ofrece unos recursos técnicos que posibilitan no sólo la ejecución de la actividad corporal sino también el logro de un aprendizaje, con fines competitivos o no.”
Díaz	(2007)	“Cualquier actividad deportiva, lúdica y recreativa que organizada por su centro escolar, realiza el alumnado voluntariamente en horario no lectivo, dentro y fuera de sus instalaciones y en colaboración o no con otras entidades públicas o privadas”
Consejo de Europa COMPASS	(2007)	“Cualquier forma de actividad física que, a través de participación organizada o no, tiene por objeto la expresión o mejoría de la condición física o psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o la obtención de resultados en competición a todos los niveles”
Biddle y Mutrie	(2008)	“Modalidad de ejercicio, actividad reglada, estructurada u organizada y competitiva, que implica movimientos globales que se caracterizan por aplicar estrategias físicas, destrezas y azar”

Tras la revisión realizada se podría hablar de una doble concepción: la más restringida, a la cual se adhieren aquellos que entienden el deporte como una actividad con características definidas y cerradas, íntimamente ligado a la competición, y la tendencia más moderna, en la que se aborda el deporte desde una perspectiva más integradora que toma como referencia la definición de la Carta Europea del deporte que como se ha apuntado previamente dice así: “cualquier forma de actividad física que, a través de participación organizada o no, tiene por objeto la expresión o mejoría de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o de la obtención de resultados en competición a todos los niveles” (Consejo de Europa, 1992).

En esta línea más moderna se sitúa la actual idea popular de deporte en la que, la mayoría identifica gran parte de las actividades físicas con la práctica deportiva y tan sólo un grupo reducido se aferra a la vieja definición de deporte en la que solo se incluyen las prácticas y las modalidades de competición de corte federativo (Arribas, 2005; Aldaz, 2009; Contreras y cols; 2001; Luis-de Cos, 2014).

Independientemente de su edad, la práctica que realizan las personas puede ser muy variada; tanto si la realizan por su cuenta, participan en cursillos deportivos, desarrollan su actividad bajo el auspicio de una federación o desarrollan su práctica de forma autogestionada pueden practicar dicha actividad de forma sistemática, con una intencionalidad determinada de modo que pueden ser considerados deportistas.

En esta línea, Sánchez Bañuelos (1995) sostiene que “tanto la práctica de actividad física como del deporte, incluyen el concepto de ejercicio físico y que además en el uso vulgar de la población equipara el deporte y la actividad física como sinónimos”. Al hilo de esta afirmación se encuentran otros autores (Ruiz, García y Piéron, 2009; Valero, Ruiz, Gómez y De la Cruz, 2009) que hablan de actividad físico-deportiva definiéndola como, todas aquellas actividades motrices regladas o no, realizadas durante el tiempo libre y que tiene como finalidad la propia actividad o la mejora de la salud, tanto física como psíquica o el desarrollo de las relaciones sociales. De hecho, como indican algunos autores (Arribas, 2005; Arribas, Arruza, Gil de Montes, Aldaz e Irazusta, 2008), “es muy común, el uso de los términos ejercicio, actividad física y deporte, indistintamente para expresar el mismo concepto: la práctica de actividad sistemática que se realiza a través del movimiento corporal”.

Respecto al término deporte se podría decir que es un término en constante movimiento. Al tiempo que evoluciona la sociedad, se adapta a cada situación concreta, en este sentido, en tanto es cambiante, se aceptaría la concepción de “líquida” asociada al concepto de deporte (Aldaz, 2009); se describe la transformación de la práctica físico-deportiva en dos niveles, por un lado a nivel conceptual, como generación y regeneración de modalidades existentes y diferentes, y por otro lado a un nivel personal, donde la transformación de la práctica se ve influenciada a las necesidades acaecidas como consecuencia del ciclo vital (Arribas, Gil de Montes y Arruza 2011).

Las investigaciones más recientes dan un paso más y atribuyen al deporte el rango de factor de bienestar social, pues contribuye a la mejora de la condición física de sus participantes a la vez que facilita la integración de los individuos en la sociedad y el mantenimiento de la salud (García Ferrando y Llopis, 2011).

En el presente estudio se concibe el deporte desde una perspectiva amplia. Así pues, quien realiza deporte bajo el amparo de un club, asociación deportiva o federación se considera deportista, pero también se da esa consideración a quienes de forma habitual y sistemática realizan actividades físicas y deportivas de forma organizada o libre. Las

dificultades para el consenso en definir todo aquello que aglutina el deporte, conduce a decantarse por la aportación realizada por Arribas (2005) en su tesis doctoral, en la que se plantea la posibilidad de hablar de PAFYD (Práctica de Actividad Física y Deporte), acrónimo que desde una perspectiva integradora, describe ese concepto tan amplio. La PAFYD da cabida, tanto a quienes tienen una idea popular del deporte, como quienes, entienden el deporte unido a las actividades tradicionales de competición y a todo aquel individuo que de forma regular realiza algún tipo de actividad físico-deportiva de forma organizada no federada o incluso de forma libre.

1.2. Tipos de Práctica de Actividad Física y Deporte (PAFYD)

Desde la amplia concepción de deporte a la que se hace alusión en este trabajo se pueden diferenciar cuatro tipos de práctica de actividad física y deporte (PAFYD): Deporte Escolar, Deporte Federado, Deporte Organizado no Federado y Deporte Libre.

1.2.1 Deporte Escolar.

Se considera deporte escolar aquel que adecuándose a los objetivos propios de la edad, pone al alcance del alumnado la posibilidad de una práctica polideportiva y no orientada exclusivamente a la competición (Arribas, 2005).

Debido a que la población a la que va dirigido este estudio se encuentra en edad escolar y que la organización del mismo varía sustancialmente de una región a otra, se ha considerado oportuno profundizar en las características de este tipo de deporte.

En Gipuzkoa, la oferta de práctica física y deportiva que la Diputación Foral lanza a los escolares de entre 8 y 16 años se fundamenta en la Ley 14/1998, de 11 de Junio, en la que se considera “deporte escolar” aquella actividad deportiva organizada que es practicada por escolares en horario no lectivo durante el período de escolarización obligatorio. Suele practicarse en el propio centro escolar y los encuentros entre diferentes centros suelen tener lugar los sábados. El centro escolar ejerce, en muchas ocasiones a través de las asociaciones de madres y padres (AMPAS) como gestor de la actividad.

Toda la estructura del deporte escolar viene marcada por la normativa autonómica vigente sobre el deporte escolar (Figura 2). Dicha normativa contempla que el objetivo principal del deporte escolar es el desarrollo educativo del niño y niña practicante, a la vez

que satisfacer las necesidades individuales de cada deportista. De este modo, el deporte escolar estará orientado a la educación integral de los niños y niñas garantizando su acceso y participación en condiciones de igualdad y al margen de los estereotipos y roles en función del sexo, al desarrollo armónico de su personalidad, a la consecución de unas condiciones físicas y de la generación de un hábito deportivo que posibilite la práctica continuada del deporte en edades posteriores y que fomente las prácticas deportivas que permitan desarrollar una forma de vida saludable. Esta oferta pone al alcance de los escolares guipuzcoanos la posibilidad de una práctica polideportiva y no orientada exclusivamente a la competición (Luis-de Cos, 2014)

Figura 2. *Normativa autonómica en relación al deporte escolar*

Orden del 2 de Julio de 1985, por la que se regulan los Juegos Escolares de Euskadi
Orden de 29 de Julio de 1985 sobre el régimen disciplinario de las competiciones de Deporte Escolar
Ley 14/1998, de 11 de Junio, del deporte del País Vasco
Plan Vasco del Deporte 2003-2007 (se concreta el Modelo de Deporte escolar)
El Decreto 125/2008, de 1 de Julio, sobre el Deporte Escolar

Criterios tales como los itinerarios deportivos y las actividades que componen cada uno de ellos, las edades mínimas de iniciación en cada itinerario y en las diversas clases de competiciones, así como la implantación de cupos máximos de participantes en las competiciones orientadas al rendimiento deportivo, están regulados por el Decreto 125/2008, del 1 de julio sobre deporte escolar en el que se unifican las actuaciones en las tres provincias de la Comunidad Autónoma, fijando unas normas básicas para la implantación del Modelo de Deporte Escolar. Como indica Luis-de Cos (2014) en su tesis doctoral, tres son los itinerarios que se establecen:

- Itinerario de participación deportiva. El objetivo principal de este itinerario es que las y los jóvenes practiquen deporte y actividad física, conozcan distintas modalidades deportivas y adquieran un hábito deportivo y un modo de vida saludable.
- Itinerario de iniciación al rendimiento. Tiene por objetivo facilitar a aquellas niñas y niños, que entren en los cupos de participación y que lo deseen, la iniciación a una práctica deportiva focalizada hacia el rendimiento y la superación de objetivos deportivos.

- Itinerario de identificación de talentos y promesas deportivas. Su objetivo principal es detectar, seleccionar y desarrollar a escolares que, por sus actitudes y aptitudes, cumplen los requisitos para tener la consideración de posible talento o promesa deportiva.

Dentro de los distintos itinerarios deportivos se pueden ofertar las siguientes clases de actividades:

- *Actividades de enseñanza:* Son las actividades de formación deportiva no ligadas a la participación en competiciones. Se distinguen dos tipos:
 - Actividades de iniciación. Son actividades de enseñanza de las diversas modalidades deportivas, dirigidas a los y las escolares que deseen tomar parte en ellas.
 - Actividades de tecnificación. Son sesiones de entrenamiento dirigidas a la mejora de las aptitudes deportivas de los participantes en el itinerario de iniciación al rendimiento y de aquellos escolares detectados y seleccionados en el itinerario de identificación de talentos y promesas deportivas.
- *Actividades de competición,* se distinguen tres tipos:
 - Competiciones modificadas o de participación. Son aquellas competiciones deportivas que se desarrollan fuera de un esquema puramente selectivo.
 - Competiciones de iniciación al rendimiento. Son aquellas competiciones deportivas que tienen como objetivo facilitar la iniciación a una práctica deportiva focalizada hacia el rendimiento y la superación de objetivos deportivos.
 - Competiciones restringidas. Son aquellas competiciones deportivas restringidas a jóvenes que se identifiquen y seleccionen por su actitud y aptitud real y potencial.
- *Actividades de detección.* Son aquellas actividades con un número reducido de sesiones cuyo objetivo es descubrir la existencia de escolares con ciertas aptitudes y actitudes para el rendimiento en una modalidad deportiva.
- *Otras actividades:*

-Actividades deportivo-culturales. Son aquellas actividades de carácter cultural relacionadas con la historia y desarrollo de los deportes, el movimiento olímpico o cualquier otra actividad relacionada con el deporte escolar.

-Actividades recreativas. Son actividades en las que se practica una modalidad deportiva con ausencia de factores competitivos.

El decreto, marca a su vez el carácter de las actividades que se planteen cumpliendo criterios tales como: carácter formativo, insertadas en el proceso de educación integral y acorde con los objetivos generales del sistema educativo en general y del área de educación física en particular.

La peculiaridad de cada municipio y comarca, se ve atendida a través de acuerdos entre Diputación y Ayuntamientos, a través de estructuras en las que participan representantes de los colegios, técnicos deportivos municipales y/o comarcales y en determinadas cuestiones, clubes deportivos que se hallen comprometidos con el desarrollo del deporte escolar, que hacen posibles las adaptaciones precisas de los programas-marco, aprobados anualmente por la Diputación.

Coincidimos con Luis-de Cos (2014) en afirmar que es en la edad escolar donde ha de comenzar una adecuada iniciación a la práctica deportiva, entendiendo el deporte en la edad escolar como un componente de la educación integral del niño y de la niña, como medio para la transmisión de valores positivos y como garantía de la práctica deportiva futura.

1.2.2 Deporte federado

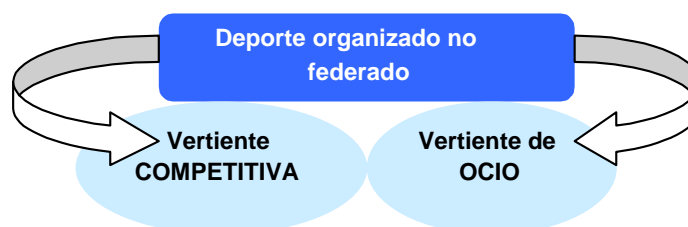
Se denomina deporte federado al que se realiza al amparo de una federación (Arribas, 2005). Los escolares pueden iniciarse en este tipo de deporte a partir de los 14 años y se caracteriza por la especialización deportiva y la posibilidad de competir regularmente. Las principales características son la obtención de ficha federativa y la posibilidad de competir. La ficha federativa supone además estar cubierto ante posibles accidentes o lesiones en la práctica de la actividad concreta en la que se está federado. Los jóvenes que optan por realizar deporte federado suelen estar asociados a clubes o asociaciones deportivas, los cuales, facilitan la organización de los eventos y gestionan los recursos necesarios para practicar las distintas modalidades deportivas tanto individuales como colectivas (Luis-de Cos, 2014).

1.2.3 Deporte organizado no federado

El deporte organizado no federado es aquel que engloba aquellas actividades físico-deportivas realizadas tanto con objetivos recreativos, como con objetivos relacionados con la salud, la socialización e incluso con objetivos competitivos. Según Arribas (2005) existe una doble vertiente en función de los objetivos planteados: la vertiente competitiva y la vertiente de ocio.

- Vertiente competitiva: Aglutina a los participantes que por edad u otros motivos, no participan en el deporte escolar pero sí que lo hacen en campeonatos o torneos no gestionados por las federaciones, y que se caracterizan por desarrollarse de forma estructurada, (p.e. torneos de barrio).
- Vertiente de ocio: Este tipo de actividades suele estar organizada por asociaciones, entidades públicas o incluso por los propios clubes. Generalmente estas modalidades aparecen enmarcadas en los programas de actividades que se ofrecen desde los servicios municipales. (p.e. programas de aeróbic, natación, bailes, ...) (Figura 3.).

Figura 3. Tipos de deporte organizado no federado. (Arribas 2005)



1.2.4 Deporte libre

Se entiende por deporte libre, a toda aquella actividad físico-deportiva que de forma habitual y sistemática es realizada por el deportista sin la intervención de ningún tipo de gestor ni intermediario (Arribas, 2005). En este apartado se agrupa a todo individuo que siguiendo la definición de “Deporte para Todos” del Consejo de Europa (1970), se autodefine como deportista; es decir, estarían enmarcados en este grupo de deportistas, tanto el sujeto que diariamente anda durante dos horas por prescripción facultativa, como el joven que diariamente se mete en el agua para hacer surf con el simple propósito de disfrutar (Arribas, 2005, Arribas y cols, 2011).

1.3. Revisión de Estudios relacionados con la Práctica de Actividad Física y Deporte (PAFYD)

1.3.1 Revisión de Estudios sobre PAFYD

En este apartado se revisan diversos estudios relacionados con los hábitos de PAFYD.

Como referencia, a nivel europeo y por la influencia sobre el presente trabajo cabe destacar el proyecto COMPASS (Co-ordinated monitoring of participation in sport in Europe). Además, se han revisado investigaciones sobre temáticas similares tanto a nivel estatal, de diferentes Comunidades Autónomas, así como estudios realizados en la comunidad Autónoma Vasca, algunos de los cuales se reconocen como pilares del estudio que da lugar a la presente tesis.

El Proyecto COMPASS

El año 1996 como iniciativa del Comité Olímpico Nacional Italiano (CONI), presidido por Mario Pescante y por UK Sport y Sport England, surge el Proyecto COMPASS (Co-ordinated monitoring of participation in sport in Europe) con el propósito de analizar los sistemas existentes de investigación sobre participación deportiva e identificar estrategias de armonización metodológica que posibilitasen una mayor comparabilidad entre los diferentes países. Este proyecto se inició con Italia y Reino Unido, a los que se unieron posteriormente, en 1998 Finlandia, Irlanda, Holanda, España, Suecia y en 1999 Portugal. La participación llegó a ser hasta de 27 países y los resultados se publican periódicamente por la Comisión Europea (Eurobarómetro de la actividad física y deporte, European Comisión, 2010). En este proyecto se trabajó en base a tres ejes;

- Conocer las acciones que se habían llevado a cabo en los diferentes países, en cuanto a la medición de la participación deportiva.
- Desarrollar un marco de referencia para el estudio comparativo.
- Elaborar una guía de buenas prácticas, criterios de trabajo y recomendaciones metodológicas para el desarrollo de investigaciones futuras.

Es importante reparar en la definición de deporte que se utilizó en este proyecto, fue clave la adopción de una definición conjunta. Se optó por la formulada en la Carta Europea del Deporte (1992) del Consejo Europeo, asumida por el Consejo de Europa (2007):

“Se entenderá por <<deporte>> todo tipo de actividades físicas realizadas que, mediante una participación, organizada o de otro tipo, tengan por finalidad la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales o el logro de resultados en competiciones de todos los niveles.”

Conscientes del carácter genérico de la definición adoptada otorgaban a cada país la capacidad de exponer una lista de actividades que ellos considerasen como deportivas completamente diferente. Con el objetivo de poder dar una definición que posibilitase una comparación transnacional, se creó la lista CILS-02 (Compass Internacional List of Sports) compuesta por 87 actividades deportivas, agrupadas en 5 bloques: deportes olímpicos de verano, deportes olímpicos de invierno, deportes no-olímpicos u olímpicos “discontinuos” (estos tres grupos de deportes están reconocidos por el Comité Olímpico Internacional), deporte para discapacitados, y otros deportes con reconocimiento internacional GAISF (General Association of International Sports Federations) solicitando a los diferentes países que incorporasen las actividades que, no constando en el CILS-02, fuesen propias de cada uno de ellos. De este modo, el Proyecto COMPASS ha dado con una metodología armonizada entre los diferentes países participantes en la medición de la práctica de actividad físico-deportiva, lo cual, a su vez, posibilita una mayor comparabilidad de los resultados.

Tres son los componentes para medir la participación deportiva en el COMPASS:

1.- Componente cuantitativo: medido mediante la frecuencia de participación a lo largo del último año. Así, las categorías van desde “intensiva” (aquellas personas que en el último año participaron en actividades físico-deportivas en al menos 120 ocasiones) hasta “no-participantes (a aquellas personas que en el último año no participaron en ningún tipo de actividad físico-deportiva). Entre estos dos extremos se encuentran quienes se enmarcan en la categoría de “regular” (aquellas personas que en el último año han participado en alguna actividad físico-deportiva con una frecuencia mayor o igual de 60 y menor de 120 ocasiones), “irregular” (aquellas personas que en el último año han participado en alguna actividad físico-deportiva entre 12 y 60 veces), y una definida como “ocasional” (aquellas personas que en el último año han participado en alguna actividad físico-deportiva en menos de 12 ocasiones pero más de 0). Son un total de cinco categorías referidas al componente cuantitativo para la medición de la participación (Figura 4.).

2.- Componente cualitativo: hace alusión al hecho de si la práctica de la actividad físico-deportiva fue competitiva o no.

3.- Componente organizacional: alude a si la práctica fue como miembro de algún club deportivo, asociación /federación o no, correspondientes únicamente a las categorías “intensiva” y “regular”.

Estos tres componentes determinan 7 perfiles de práctica sintetizada en el siguiente marco de referencia analítico (Figura 4.).

Figura 4: Resumen del Marco analítico COMPASS (Compass)

Marco Analítico COMPASS				
Perfil	Tipo Participación	Frecuencia (Nº de días en los que se realizó alguna práctica)	Miembro Club	Competitivo
<i>Perfil 1</i>	Competitivo, organizado, intensivo	≥ 120	Sí	Sí
<i>Perfil 2</i>	Intensivo	≥ 120	No	No
			Sí	No
			No	Si
<i>Perfil 3</i>	Regular, Competitivo y/o Organizado	≥ 60 y <120	No	Sí
			Sí	No
			Sí	Sí
<i>Perfil 4</i>	Regular, Recreativo	≥ 60 y <120	No	No
<i>Perfil 5</i>	Irregular	≥ 12 y <60	Sí	Sí
			Sí	No
			No	Sí
			No	No
<i>Perfil 6</i>	Ocasional	≥ 1 y <12	Sí	Sí
			Sí	No
			No	Sí
			No	No
<i>Perfil 7</i>	No Participante	ninguno	ninguno	ninguno

1.3.2 Estudios sobre PAFYD en España

En el Estado Español, Manuel García Ferrando, por encargo del Consejo Superior de Deportes (CSD) es quien viene estudiando el comportamiento deportivo de los españoles de manera quinquenal desde 1980. Los comportamientos deportivos, actitudes, opiniones y valores en torno al deporte de la población española de 15 a 74 años (García Ferrando, 2006b) son aspectos que se ven reflejados en este trabajo longitudinal como lo demuestra en su último trabajo (García Ferrando y Llopis, 2011) en el que también compara sus resultados con los de otros países europeos que siguen las directrices marcadas por el proyecto COMPASS

Se han hallado otros estudios sobre población adulta llevados a cabo en el Estado entre los que destacan los estudios regionales realizados en Valencia en el año 2000 (co-dirigido junto con Juan A. Mestre por García Ferrando), los estudios realizados con poblaciones adultas como en Andalucía, donde se encuentran trabajos como el dirigido por José M^a Otero Moreno “Hábitos y actitudes de los andaluces ante el deporte 2002”, estudios a nivel provincial como el estudio sobre “Hábitos y actitudes de los sevillanos ante el deporte”, realizado por el Observatorio del deporte de Andalucía en el 2006 y 2008. Asimismo se ha revisado el estudio dirigido por Francisco Ruiz Juan y María Elena García Montes (2005) “Hábitos físico-deportivos de los almerienses en su tiempo libre”, y el realizado por Francisco Ruiz, M^a Elena García y Maurice Piéron (2009) en las provincias de Almería, Granada y Murcia. En el entorno más cercano se encuentra el estudio coordinado entre las universidades de Sevilla, Oviedo y el País Vasco “Hábitos de Práctica de Actividad Físico-deportiva y Estilos de vida en la población adulta de Asturias, Gipuzkoa y Sevilla” (2006) del cual han surgido dos tesis doctorales (Aldaz, 2009; Chacón, 2011). Todos ellos utilizan como denominador común aspectos tales como la frecuencia y la duración de la práctica, asimismo coinciden en el aumento de práctica físico-deportiva de la población estudiada, los motivos por los que la realizan, factores que determinan la práctica, etc.; sin embargo las diferentes formas de medir los indicadores abordados en cada trabajo, imposibilitan las comparaciones entre ellos.

La etapa que se aborda en este trabajo, la adolescencia, ha sido también objeto de diversos trabajos que se presentan a continuación.

Uno de los primeros estudios que a nivel estatal aborda la práctica de jóvenes y adolescentes es el realizado por Isabel Balaguer (2002) quien coordinó el estudio “Estilos de vida en la adolescencia” en la comunidad Valenciana. En él se analizaron aspectos sobre el

estilo de vida. Concluye que los adolescentes valencianos si son activos pero no cumplen las recomendaciones mínimas de la OMS sobre la practica semanal.

Moreno, C; Muñoz-Tinoco, V; Pérez, P; Sánchez-Queija, I, Granado M.C; Ramos, P. y Rivera, F. (2008) en su trabajo “Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años”, realizaron un estudio en todo el territorio estatal con 21811 escolares encuestados de 11 a 17 años, (10232 chicos y 11577 chicas). Concluyeron que la población adolescente realiza su PAFYD una media de 3.4 días/semana las chicas y los chicos 4.2 días/semana (entendida la práctica como realizar más de 60 minutos de actividad física al día, no necesariamente seguida). Del mismo modo se observa una disminución de los días practicados a medida que aumenta la edad, es decir, los chicos de 11 años practican una media de 4.4 días/semana frente a los chicos de 17 años que lo hacen 3.9 días/semana. Las chicas a su vez de 4 días a la semana de práctica de actividad física con 11 años, pasan a 3 días/semana a los 17 años.

Otro estudio que aborda la edad referida, es el Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados o Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), es un proyecto auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el que participan más de 40 países occidentales. En la actualidad y desde la edición de 2001/02 el Equipo HBSC Español está dirigido por la Doctora Carmen Moreno, miembro del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla. Desde la edición del 2001/2002 el estudio se lleva a cabo gracias a un convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Salud Pública) y la Universidad de Sevilla.

Con el objetivo de obtener indicadores estadísticos de la actividad físico-deportiva que realizan los escolares andaluces y conocer la evolución de los hábitos deportivos de los jóvenes, el Instituto Andaluz del Deporte publicó en 2007 un estudio denominado “Hábitos y actitudes de los andaluces en edad escolar ante el deporte, 2006”. La muestra está compuesta por 3159 escolares de las 8 provincias, con edades comprendidas entre 6 y 18 años. Los resultados más destacables de dicho estudio, indican que la mayoría de los escolares andaluces había realizado actividad físico-deportiva fuera del centro escolar en el último año. Más de la mitad de los adolescentes de entre 13 y 17 años, realizaba actividad físico-deportiva fuera del centro escolar con una frecuencia superior o igual a dos días a la semana. (29.2% uno o dos días a la semana y el 33.9% tres o más días a la semana). El Instituto Municipal del Deporte del Ayuntamiento de Sevilla publicó también en 2007, un estudio del Observatorio

del Deporte de Sevilla sobre “Hábitos y actitudes de los sevillanos en edad escolar ante el deporte”. La muestra contaba con 1074 escolares de entre 6 y 18 años destacando el alto nivel de participación en actividades deportivas realizadas fuera del horario lectivo (71.7%) siendo los chicos quienes practicaban actividad físico-deportiva en mayor proporción (20% aproximadamente) que las chicas. Se constata, al igual que en otros estudios, el descenso de la práctica físico-deportiva a medida que aumenta la edad: de 6-9 años decía practicar el 76.9%, en la franja de 13-16 años, un 66,7% decía practicar actividad físico-deportiva fuera del horario lectivo, mientras que a los 17-18 años lo hacía el 61,54%. El interés baja a medida que aumenta la edad. Entre las modalidades más practicadas por los chicos destacan el fútbol (74.8%), baloncesto (29%) y el tenis (22.9%). Las chicas prefieren la natación (34.3%) y las actividades de gimnasio (21.3%) pero también un porcentaje similar (22.9%) realiza fútbol. Respecto a la frecuencia de práctica de los escolares, se observa que el 39.2% hace actividad físico deportiva más de tres veces por semana y el 34,6% una o dos veces por semana, el resto dedica menos días a este tipo de actividad.

Otro estudio sobre los hábitos de práctica de actividades físicas en el que participaron 2834 escolares de entre 10 y 17 años de seis ciudades de Asturias, Granada, La Rioja, Madrid, Valencia y Valladolid con (Hernández y cols; 2008) concluye que solo un tercio de la población encuestada realizaba “juegos y actividades de calle” más de tres días a la semana, y coincidiendo con otros estudios mencionados, la práctica desciende a medida que aumenta la edad.

La publicación titulada “La educación física, los estilos de vida y los adolescentes: cómo son, cómo se ven, qué saben y qué opinan” (Hernández y Velázquez, 2007), en la misma línea, concluye que el porcentaje de población que realiza algún tipo de actividad física va descendiendo con el incremento de la edad, pasando de un 80% practicantes en 4º de primaria a un 58.6% de practicantes en 4º de la ESO, siendo que la duración en minutos de práctica también se reduce con la edad. Nuviala, Munguía, Fernández, Ruiz y García (2009) destacaron en su estudio sobre la tipología de las ocupaciones de los adolescentes españoles, realizado con escolares de 10 a 16 años de edad de las provincias de Huelva (25,3%), Sevilla (39.3%) y Zaragoza (35.4%), que el 79.1% realizaban una o menos de una hora diaria de actividad físico-deportiva en su tiempo libre, siendo la media en un día entre semana de 46 minutos (Luis-de Cos, 2014).

Un estudio realizado en La Rioja (Ramos, Ponce de León y Sanz, 2010) sobre la practica físico-deportiva de los adolescentes de esta comunidad destaca la mayor participación de los chicos y un mayor porcentaje de abandono en el grupo de las chicas. El abandono lo relacionaron con la edad de iniciación en la PAFYD, siendo los que más tarde empezaban los que experimentan un mayor abandono. Piéron, M. y Ruiz Juan, F; publicaron en el año 2010 un estudio realizado en centros de Enseñanza Secundaria de las provincia Almería, Granada y Murcia con una muestra de 6362 alumnos de entre 12 y 20 años. Respecto a los resultados de práctica de actividad físico-deportiva, a las edades afines a las de la presente investigación, se destaca la diferencia por sexos. En Almería y Granada, al igual que ocurría en otros estudios, descende la práctica de los jóvenes de más edad. En Murcia sin embargo destaca el aumento en el porcentaje de practicantes chicas pues a los 12 años practicaban el 38.6% y a los 17 el 42.9%.

Otro trabajo publicado en 2010 (Caro, 2010), mostraba los resultados del estudio realizado sobre a los hábitos de práctica físico-deportiva de los alumnos de Huelva. Los resultados señalaron que el 62.3% de la muestra realizaba actividad físico-deportiva de forma habitual siendo la distribución por razón de sexo equivalente (47% de las chicas y 48% de los chicos) con una frecuencia, en su mayoría, alta (3 veces por semana o más el 74%), coincidiendo con otros estudios en que la participación descende a medida que los jóvenes se hacen mayores (los alumnos de 6º de primaria, practicaban habitualmente un 62.4%, y en contra los alumnos de 2º de bachiller tan sólo practicaban el 14.2%). Entre los motivos que les impulsaban a realizar actividad físico-deportiva, destacaban “hacer ejercicio físico”, “mantenerse y/o mejorar la salud”, “gusto por la actividad física” o “diversión y pasar el tiempo”.

Se ha revisado una investigación en la que se relacionaban la práctica de actividad físico-deportiva con percepción de salud en poblaciones rurales de Aragón (Nuviala y cols; 2010). Se observaron diferencias significativas en función del sexo, siendo los niños los que más práctica realizaban y al igual que en otros estudios, los escolares de cursos inferiores dedicaban más tiempo a realizar actividad física en actividades físicas organizadas. En cuanto a la percepción de salud, observaron que aquellos que estaban adscritos a programas de actividad física organizada se percibían en mejor estado de salud.

En una investigación realizada por el Consejo Superior de Deportes (CSD) en 2011, “Los hábitos deportivos de la población escolar en España” con una muestra de 17632

escolares, se definió un nuevo Índice de práctica de actividad físico-deportiva para la población escolar, siguiendo las recomendaciones de la OMS(2010). Este índice se realizó partiendo del número de horas de actividad físico-deportiva (organizada y no organizada) que realizaban los/as escolares fuera del horario lectivo y se clasificaron en cuatro perfiles: Personas sedentarias 0-2 horas de práctica semanales; Personas moderadamente sedentarias 3 horas de práctica semanales; Personas moderadamente activas 4 horas de práctica semanales; y Personas activas más de 5 horas de practica semanales (CSD, 2011). Siguiendo este criterio, el 43% de la población escolar era activa y el 35% sedentaria. Según el sexo las chicas tenían un porcentaje mayor de sedentarismo (46%) que los chicos (24%). Como en el resto de estudios anteriormente comentados, el índice de sedentarismo aumenta con la edad, siendo en los escolares de 10-11años (22%) el menor índice y el mayor en los escolares de 16-18años (49%). Es destacable, que el descenso de la actividad es más acusado en las chicas llegando a alcanzar en edades entre 16-18 años un índice de sedentarismo de un 67%. Respecto a las actividades deportivas organizadas más practicadas por los chicos destacaban el fútbol (33%), fútbol sala (11%) y el baloncesto (9%). En el caso a las chicas, destacaban las danzas (22%), la natación (12%) y el baloncesto (9%).

En el año 2012, García, Rodríguez, Sánchez, y López, realizaron un estudio en el que analizaban las actividades físico-deportivas que realizan los escolares de primaria de la Región de Murcia durante su tiempo de ocio. Los resultados obtenidos afirman que el 79.4% realiza ejercicio físico o deporte fuera del horario lectivo. Según indican, los chicos poseen un mayor nivel de actividad física habitual durante el tiempo de ocio.

Reigal, Videra, Parra, y Juárez. (2012) publicaron un estudio sobre relaciones entre la práctica de actividad físico deportiva en la adolescencia y diversas autoevaluaciones como el autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital. En el estudio participaban 1504 adolescentes de la ciudad de Málaga con edades comprendidas entre los 14 y 16 años. Los resultados muestran que los adolescentes que realizan práctica físico-deportiva tienen mejor percepción de su habilidad física, de su condición física, de su autoconcepto físico general y del autoconcepto general. Además, tienen una mejor percepción de salud y satisfacción vital.

Recientemente, en un estudio realizado por Vaquero-Cristóbal, Isorna, y Ruiz (2013), relacionaron el consumo de tabaco con la práctica de actividad físico-deportiva. Los resultados demostraron que entre los sujetos activos hay un mayor porcentaje de no

fumadores que entre los sedentarios, a lo cual hay que añadir las ventajas sobre la salud que tiene la práctica físico-deportiva (Luis-de Cos, 2014).

Entre los últimos estudios revisados se encuentran el de Reverter y cols. (2014) que tratan los niveles de práctica de niños y niñas de 6 a 12 años. Concluyeron que el 34,4% de la población no realiza ejercicio físico, además observaron diferencias por sexo siendo los chicos los que más practican. En la misma línea se haya el estudio de Urrutia (2014) centrado en población adolescente de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) cuyos resultados apoyan la idea de que los chicos presentan mayores índices de práctica físico-deportiva y se perciben más competentes y socialmente más aceptados.

Figura 5: Investigaciones que analizan la PAFYD en poblaciones españolas de adolescentes y jóvenes. (Adaptado de Luis-de Cos, 2014)

Estudios	Autor	Año
Alumnos de bachiller de 16-17 años	Torre y Cárdenas.	1997
Escolares de 12 a 16 años Comarca subética cordobesa	Camacho, Manzanero y Guillen	2002
Adolescentes de la Comunidad de Valencia. (11-15 años)	Balaguer, I.	2002
Adolescentes aragoneses, 10-16 años.	Nuviala, Ruiz y García	2003
Escolares valencianos de 13 a 18 años	Gutierrez y Escartí	2003
Adolescentes de Tenerife, 13-17 años	Rodríguez y cols.	2004
Adolescentes provincia de Murcia. (14 a 17 años)	Galvez, A.	2004
Adolescentes de 3º de la ESO de Aricel (Granada)	Chillón.	2005
Escolares de la ESO Almería	Pierón, García, Ruiz y García.	2005
Población escolar guipuzcoana (15-18 años)	Arribas, S.	2005
Adolescentes españoles (11-17 años)	Moreno y cols.	2006
Estudiantes ESO madrileñas.	Camacho, Fernández y Rodríguez	2006
Adolescentes de 9 a 17 años de la Comunidad de Madrid.	Hernández y Velázquez.	2007
Población rural de Sevilla (12- 16 años)	Hoyo y Sañudo.	2007
Población escolar andaluza (6-18 años)	Observatorio andaluz del deporte	2007
Población escolar sevillana (6-18 años)	Inst. municipal deportes sevillano	2007
Población española de 11-17 años.	Moreno y cols.	2008
Alumnos de secundaria de Castilla la Mancha	Fernández, J.	2008
Alumnado de la ESO de la provincia de Granada	Macarro, J.	2008
Adolescentes de la provincia de Murcia. (14 a 18 años)	Valverde, L.	2008
Adolescentes provincia de Huesca: (1º a 4º de Eso)	Serra, J.R.	2008
Alumnos de la ESO y ESPO de las provincias de Almería, Granada y Murcia	Pierón, Ruiz, García, y Díaz.	2008
Estudiantes	Gallego, B.	2009
Poblaciones rurales de Huelva, Sevilla y Zaragoza(10-16 años)	Nuviala y cols.	2009
Jugadores de deportes colectivos de federaciones de Extremadura. 11-16 años.	Almedo y cols.	2009
Escolares de la ESO de la provincia de Almería (12-16 años)	Ruiz.	2010
Alumnos de la provincia de Huelva, 6 de Primaria, 4º Eso y 2º Bachiller	Caro, L.M.	2010
Alumnos de enseñanza secundaria de 12-18 años	Ruiz y Piéron.	2010
Adolescentes riojanos	Ramos, Ponce de León y Sanz.	2010
Adolescentes de Aragón	Nuviala y cols.	2010
Escolares de España: 6 a 18 años.	CSD.	2011
Escolares de la provincia de Murcia	García y cols.	2012
Adolescentes ciudad de Málaga	Reigal y cols.	2012
Adolescentes	Vaquero y cols.	2013
Escolares de Torrevieja (Alicante)	Masiá y cols	2014
Adolescentes de la CAV	Urrutia, S.	2014
Adolescentes de la CAV	Luis de Cos, I	2014

1.3.3 Estudios realizados en la Comunidad Autónoma Vasca

La Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) está formada por tres provincias geográficamente limítrofes: Bizkaia, Araba y Gipuzkoa. La idiosincrasia de los habitantes de estas provincias es similar, siendo que las diferencias geográficas conducen a una gestión diferenciada del deporte escolar en cada una de ellas.

En Álava, no se conoce ningún estudio sobre los hábitos de PAFYD de la población.

En Bizkaia se realizaron los estudios titulados “Hábitos deportivos de la población de la comarca de la margen izquierda: Barakaldo, Portugaleta, Santurtzi y Sestao: año 1992” y “Hábitos deportivos de la población de Bizkaia: año 2001” ambos realizados por Marian Ispizua . Posteriormente, en el año 2008, Goio Calderón realizó un estudio para la Diputación Foral de Bizkaia, sobre los Hábitos Físico Deportivos de la población de Bizkaia. Dicho estudio encuestó a 526 personas mayores de 14 años en el que se estudiaba la disponibilidad de tiempo libre de la población vizcaína, la tendencia de los hábitos de la práctica físico-deportiva en el tiempo libre y el grado de interés por el deporte así como por el nivel de práctica físico-deportiva de la población encuestada. Este trabajo concluye que, el 52.6% de la población encuestada realiza actividad físico-deportiva. De este porcentaje de participantes, el 82.7% lo hace mínimo 2 días a la semana. Por edades, la población más joven, menores de treinta años, presentan un mayor nivel de práctica físico-deportiva (63%), que se va reduciendo con el aumento de edad.

La investigación de la que se nutre la presente tesis se centra en los jóvenes de Gipuzkoa. Entre los estudios realizados en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, destacan los realizados por el grupo de investigación IKERKI 05/30, con el que como he comentado anteriormente, vengo colaborando desde hace algunos años. En esta provincia se han realizado estudios tanto en población adulta como relativos a los hábitos físico-deportivos de los estudiantes. En cuanto a los estudios sobre la población adulta, se encuentra el Proyecto titulado “Hábitos de práctica de actividad físico-deportiva y estilos de vida en la población adulta de Gipuzkoa”. En esta investigación participaron 1008 guipuzcoanos y guipuzcoanas mayores de 18 años. Entre sus conclusiones destaca el alto porcentaje de personas activas, pues el 80% de los encuestados declara realizar actividad físico-deportiva de forma habitual (2 o 3 días/semana). En este trabajo destaca la idea de “transformación” de la práctica, pues concluye que la población a medida que cumple años y sufre los cambios propios de la edad, adapta su forma de realizar PAFYD y el tipo de modalidad a las necesidades presentes

(Arribas, 2005), de modo que se pasa de actividades grupales y de moderada a alta intensidad a actividades de gestión libre y menor intensidad mientras que la frecuencia con la que la practican aumenta (Arribas y cols. 2011).

Respecto a la población juvenil, se han realizado dos trabajos sobre los hábitos físico-deportivos. El primero, la tesis realizada por Arribas (2005) titulada “La Práctica de Actividad Física y Deporte (PAFYD) en escolares de 15-18 años de Gipuzkoa: Creencias sobre su utilidad y relación con la Orientación Motivacional, Diversión y Satisfacción” y el segundo, el Proyecto I+D+I, titulado “Análisis y valoración de la influencia que ejerce la participación en programas de deporte juvenil en el desarrollo psicosocial y en los hábitos de práctica deportiva de los jóvenes de 12 a 17 años” y en el cual está enmarcada la presente tesis. Arribas (2005) evaluó la práctica de la actividad física y deportiva de 3080 escolares de Gipuzkoa de entre 15 y 18 años. En este estudio detectó que existía un elevado porcentaje de participación en actividades físico-deportivas. Luis de Cos (2014) comprobó que el porcentaje de participación disminuía a medida que aumentaba la edad de los sujetos estudiados. Respecto al tipo de deporte, el más practicado entre los chicos resultó ser el federado. Sin embargo, en el caso de las chicas, las modalidades no federativas, tenían mayores índices de participación. Es interesante señalar, que era en el periodo escolar cuando había un mayor porcentaje de participación en las diferentes modalidades deportivas, en comparación con el periodo estival. En cuanto a las modalidades más practicadas se encontraban el fútbol, seguido por el baloncesto y actividades individuales como la natación y el ciclismo. Al igual que en otras ocasiones, en este estudio, las chicas presentaban mayores tasas de abandono de la actividad físico-deportiva y la edad en la que más abandono se producía era a los 16 años. Las causas que más señalaban era falta de tiempo, los estudios y el aburrimiento. Es en esta tesis donde aparece por primera vez el término PAFYD para describir de forma integradora la idea del deporte que se practica en la sociedad actual (Luis-de Cos, 2014). En la presente tesis, como se explicará más adelante, se asume esta visión.

Entre los estudios que abordan la realidad de los hábitos físico-deportivos de la CAPV, como apunta Luis de Cos (2014) se encuentra el estudio sobre los hábitos de práctica físico-deportiva de la población adulta realizado en el 2004 por el Gabinete de Prospección Sociológica a petición del Instituto Vasco de Educación Física de (IVEF) bajo el título “La población de la CAPV y el deporte”. En él se entrevistó a 2954 personas mayores de 16 años y los resultados obtenidos indican que la población encuestada practica al menos un deporte. En esta misma franja de edad, los deportes más practicados son el fútbol y el baloncesto.

Respecto a la frecuencia de práctica, la mitad de los adolescentes de 16 y 17 años de la CAV dicen practicar tres o más días a la semana. Los motivos que este grupo de población dice impulsar su práctica, son por diversión y gusto al deporte.

Como apunta Luis-de Cos (2014), otro estudio realizado a nivel autonómico es el informe Deloitte, encargado por la Dirección de Deportes del Departamento de Cultura del Gobierno Vasco y publicado en el 2009. El objetivo de este estudio es conocer el nivel de práctica deportiva de la CAPV (Comunidad Autónoma del País Vasco), a través de la explotación de la Encuesta de Hábitos Deportivos realizada en abril del 2008. Participaron 1.001 sujetos de 15 a 75 años quienes expresaban sus realidades en base a 5 apartados: 1/nivel de participación deportiva, incluyendo aspectos como la frecuencia, duración de la práctica, deportes más practicados, etc. 2/ Grado de satisfacción de la ciudadanía con respecto a la oferta de las instalaciones deportivas públicas o privadas, además muestran la percepción sobre el apoyo de las Instituciones. 3/ Opinión de la población vasca sobre la utilidad/beneficio asociados a la práctica deportiva. 4/ Visión de los hábitos relacionados con el deporte, como la asistencia a eventos deportivos, el gasto mensual en deporte, el nivel de voluntariado, o nivel de sedentarismo. 5/ Percepción de la ciudadanía sobre el nivel de violencia en el deporte vasco y la opinión acerca de la oficialidad de las selecciones deportivas vascas. De los resultados obtenidos destacar el alto grado de participación en actividades físico-deportivas (54%). De estos practicantes, el 84% realiza actividad físico-deportiva al menos una vez por semana

Capítulo

2



Imagen Corporal

Capítulo 2. Imagen Corporal

2.1. Introducción

La importancia de la imagen corporal (de ahora en adelante IC) es cada vez más patente en la sociedad actual. Cada vez son más comunes los problemas asociados a la IC. Hasta hace unas pocas décadas los problemas asociados a la imagen corporal eran en su mayoría poco conocidos y no se les prestaba excesiva atención, pero con el paso del tiempo, estos han ido extendiéndose hasta llegar a parecer una epidemia.

El cambio en los estilos de vida promueve una vida menos activa y más sedentaria; al mismo tiempo los modelos sociales conducen a veces a patologías derivadas como extremo opuesto a la obesidad creciente. Parte de este problema surge cuando la publicidad empleada para promocionar y vender productos se lleva a cabo mostrando como ideales de belleza las figuras esqueléticas y poco saludables, que no se corresponden con la realidad, es ahí donde comienza a gestarse un gran problema.

La aparición masiva de problemas en la salud asociados a los trastornos de conducta alimentaria (de ahora en adelante TCA) han provocado que se multipliquen el número de estudios encargados en analizar cómo se desarrolla la IC de las personas y en qué medida está viéndose afectada por los estilos de vida, la publicidad, etc.

La mala alimentación, el descenso en la práctica de actividad físico deportiva a todos los niveles, el sedentarismo que se está extendiendo entre la sociedad y los malos hábitos y estilos de vida poco saludables, son las causas hacia las que los investigadores apuntan como detonantes de los problemas asociados al sobrepeso. Por otro lado, crecen los TCA producidos por la equivocada asociación con unos ideales corporales de belleza excesivamente delgados que requieren el poner en riesgo la propia salud en aras de su cumplimiento. El continuo mensaje de que el ideal de belleza es el de una figura esquelética, provoca que incluso gente con una figura corporal, a priori normal (teniendo en cuenta su IMC), se muestre insatisfecha con su imagen corporal y comience a tomar medidas para adelgazar (o muscularse), cuando en muchos casos no es necesario.

Tal es el alcance de esta “epidemia”, que el pensamiento de que el ideal corporal para una chica es una imagen corporal esquelética y para el chico un cuerpo sin grasa pero musculado, se ha ido expandiendo de manera brusca en poco tiempo, afectando

principalmente a los países occidentales en un inicio pero que con el paso del tiempo ha ido poco a poco haciéndose hueco en diferentes países de cultura oriental. Entre los hombres quienes en el pasado no se veían tan influenciados por su aspecto, se aprecia la creciente preocupación por lograr una figura acorde con los ideales estéticos. Hoy en día sin embargo, entre los varones, los ideales estéticos suelen identificarse en mayor medida con figuras musculosas, o con la pérdida de peso, y no tanto con figuras esqueléticas como ocurre por lo general entre las chicas.

El surgimiento y la expansión de todos estos problemas asociados con la imagen corporal, han provocado que desde varios sectores se promocionen ciertas medidas para el cuidado de los problemas asociados a la IC por un lado, y por otro, luchar contra el alarmante aumento de los niveles de sobrepeso y obesidad. La práctica de actividad físico-deportiva es una de las medidas más efectivas, si no la única, para combatir la obesidad y el sobrepeso en la población.

El presente estudio se centra concretamente en la PAFYD, como actividad que pudiera influir en la mejora de las cualidades físicas y reducir los niveles de obesidad y sobrepeso. La PAFYD también podría favorecer ciertos factores psicológicos, claves desde el punto de vista de este estudio, para luchar contra los trastornos asociados a la imagen corporal.

2.2. Antecedentes de la imagen corporal

Lejos de considerar el concepto de IC como algo actual, encontramos las primeras referencias a principios del siglo XX en el campo de la neurología. Raich (2004) definía y entendía la imagen corporal como una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Pero es en estas últimas décadas cuando se ha disparado la preocupación a unos niveles no conocidos hasta la fecha.

Haciendo una revisión acerca de la evolución del término IC, se encuentran varias aportaciones interesantes. Bonnier en 1905 acuña el término de “aschemata”, para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral. Posteriormente, Pick en 1922, para referirse a problemas con la propia orientación corporal, utiliza el término de “autopagnosia” indicando que cada persona desarrolla una imagen espacial corporal, que es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial. Otra aportación relevante es la de Henry Head, que en los años 20 propuso que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un standard con el cual se comparan los

movimientos del cuerpo, y empezó a utilizar el término “esquema corporal”. En 1935, el autor Paul Schilder en su libro “The Image and Appearance of the Human Body”, propone la primera definición que se realiza evitando aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, creando así una definición multidimensional:

“La imagen del cuerpo 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, 1955.).

Autores como Baile (2003) destacan el carácter psicoanalítico de las definiciones de la primera mitad del siglo XX, en las que se presta especial atención a las manifestaciones inconscientes. Con el paso de los años, las definiciones del término fueron adquiriendo un marcado carácter perceptivo, cognitivo (pensamientos, valoraciones) y conductual; que son las principales características de la imagen corporal que se destacan en los últimos años.

En lo que se refiere a la imagen corporal propiamente dicha, se considera que como entidad nosológica propia, existe una alteración grave de la imagen corporal que históricamente se denominaba “dismorfofobia”, y que actualmente es considerado como Trastorno Dismórfico Corporal (APA, 1994) o síndrome de distorsión de la imagen. Es un trastorno de la percepción y valoración corporal que consiste en una preocupación exagerada por algún defecto inexistente en la apariencia física, o bien, en una valoración desproporcionada de posibles anomalías físicas que pudiera presentar un individuo aparentemente normal. La preocupación provocada por la distorsión en la valoración provoca malestar/insatisfacción clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Esta preocupación desproporcionada no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporal en la anorexia nerviosa (Baile, 2003).

La preocupación por la imagen corporal es una epidemia que en las últimas décadas afecta a más gente y que se extiende por mayor número de lugares. Esta preocupación por la imagen corporal, por el aspecto físico o por alcanzar los vigentes cánones de belleza, mueve enormes cantidades de dinero, genera una ingente cantidad de información y publicidad, ocupa gran espacio en los medios audiovisuales y atrae la atención del público (García-Camba, 2004), y por otro lado favorece la aparición de trastornos asociados a la imagen corporal como son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno dismórfico

corporal. Trastornos que debido a su rápida expansión están al orden del día. Hoy quienes gozan de una buena presencia cuentan con mayores posibilidades laborales, de relaciones humano-afectivas y de aceptación social, lo que equivale a prestigio, seguridad y superioridad (Toro, 1988).

2.3. Concepto y definiciones de la imagen corporal.

A continuación se procede a delimitar el concepto de la imagen corporal presentando las principales definiciones elaboradas por los distintos autores ocupados del estudio de la imagen corporal. Como afirma Baile (2003) a día de hoy aún no se dispone de una definición rotunda de imagen corporal, y para poder avanzar en la precisión del término se deberá asumir que estamos ante un constructo teórico multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados se podrá intuir a qué a nos referimos.

Como se viene diciendo se han hecho multitud de esfuerzos por definir el término IC. Skrzypek, Wehmeier y Remschmidt (2001) realizaron una revisión de más de 100 trabajos relacionados con imagen corporal, en los que se concluyó que “el concepto de imagen corporal no ha sido definido todavía de forma concluyente y la tarea de medir las alteraciones de la imagen corporal de una forma objetiva es todavía un desafío formidable”

Debido a la dificultad de encontrar una definición válida para el término de imagen corporal, que además satisfaga a los trabajos de los distintos campos de estudio, provoca que se considere el concepto de la imagen corporal como algo complejo. Esta complejidad se debe en gran medida a que se ha definido de maneras muy diferentes, y desde diversos campos científicos. Se han hallado estudios relacionados con la imagen corporal provenientes de la psicología, la psiquiatría, medicina y sociología. Pero las primeras referencias en relación al término de imagen corporal proceden del campo de la neurología. Desde este punto de vista, la imagen corporal constituye una representación diagramática de la conciencia corporal consecuencia de una alteración en el funcionamiento cortical (Baile, 2003). Hoy en día, esta afirmación es considerada básica para explicar los trastornos dismórficos y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

La imagen corporal comprende diferentes dimensiones (Brown, Cash y Milkulka, 1990) las actitudes, la cognición, el comportamiento, los afectos, el miedo a ser obeso, la distorsión del cuerpo, la insatisfacción corporal, la evaluación de los demás es imprescindible para poder explicar aspectos de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto

(Fernández, 2008). La mayoría de las investigaciones de la imagen corporal se centran en la relación de la imagen corporal con estas variables y con otras como la preferencia por la delgadez, la restricción al comer y la percepción, quedando patente la importancia tanto del concepto de imagen corporal como su relación con otras variables.

Los autores Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (1998), recogen una serie de definiciones de imagen corporal y términos cercanos a la misma, como son la satisfacción corporal, exactitud de la percepción del tamaño, satisfacción con la apariencia, etc. Finalmente concluyeron que el uso de una expresión u otra depende más de la orientación científica del investigador, que del aspecto concreto de la imagen corporal que se va a investigar o incluso de la técnica de evaluación disponible.

Algunos autores advierten la necesidad de distinguir entre la representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto. En este sentido, Gardner (1996) argumenta que la imagen corporal incluye dos componentes, uno perceptivo que hace referencia a la estimación del tamaño y apariencia, y otro actitudinal que recoge los sentimientos hacia el propio cuerpo.

Pruzinsky y Cash (1990) consideran que la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y que no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad. Destacan las siguientes características del concepto de imagen corporal:

-Es un concepto multifacético.

-La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia, es decir el cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a cómo nos percibimos a nosotros mismos

-La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.

-La imagen corporal no es fija, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.

-La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo se encuentra influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.

-La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.

Los autores Pruzinsky y Cash (1990) destacan en su trabajo la necesidad de distinción de las diferentes imágenes corporales que ellos defienden (perceptual, cognitiva y emocional), las cuales se interrelacionan entre sí:

-Imagen perceptual. Se refiere a los aspectos perceptivos de nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.

-Imagen cognitiva. Incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.

-Imagen emocional. Incluye los sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo

Thompson (1990) al igual que Pruzinsky y Cash también divide la imagen corporal, en este caso distingue tres aspectos fundamentales; además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales (considera un sólo componente cognitivo-emocional), incluye un componente conductual que se basa en las conductas que tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por lo tanto, para Thompson (1990), los tres componentes principales de la imagen corporal son:

- Perceptual o perceptivo. Precisión con que se percibe el tamaño de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a distorsiones en la percepción del tamaño por sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales), o por subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que corresponde).
- Cognitivo-afectivo o subjetivo: Corresponde al grado de satisfacción corporal y se traduciría en actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la

apariencia física. (La satisfacción, preocupación y la ansiedad son fenómenos incluidos en este componente).

- Conductual: Lo compondrían las conductas derivadas de la percepción (positiva o negativa) del cuerpo que afectarían a los sentimientos (satisfacción o insatisfacción) asociados a esa percepción, como por ejemplo conductas de evitación en las que se puede uno sentir incómodo.

Rosen (1995) contempla una concepción del término de imagen corporal similar a la de Thompson, ya que diferencia aspectos perceptivos, aspectos subjetivos (satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales, considerándolo como un concepto referido a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

Por otro lado, Slade (1994) centra su explicación en una representación mental, que se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, definiéndola como:

“una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”

A nivel nacional, en los últimos años, se encuentran mayor número de aportaciones y definiciones. Raich (2001) propone una definición integradora de imagen corporal en la que considera la imagen corporal como:

“...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.”.

Autores destacados en los últimos años como Baile (2003), basándose en definiciones propuestas previamente por otros autores, define la imagen corporal como:

”Constructo psicológico complejo, que se refiere a como la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas”.

Otra aportación relevante a nivel nacional es la de Contreras, Gil, García, Andujar, Hidalgo, Padilla, y Rodríguez. (2006) quienes consideran que la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que se tiene de todo el cuerpo como de cada una de sus partes, así 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.

Tras haber presentado las principales concepciones de lo que se entiende por imagen corporal, se aprecian algunas características comunes resaltadas por varios autores. Son varios los que comienzan apuntando su origen como un proceso perceptivo, a raíz del cual se da una evaluación de la imagen propia. Esta representación mental se ve influenciada por los sentimientos y pensamientos a través de los cuales se provocan cambios. De ahí que otra de las características que destacan varios autores sea la capacidad dinámica del concepto, ya que la imagen corporal sufre cambios a través del tiempo debido en parte a la influencia social. En cuanto a los componentes que comprende la imagen corporal, existe consenso en destacar el componente perceptivo a raíz del cual surgen las distorsiones. Otro de los componentes, en el que coinciden señalar varios autores, es el componente cognitivo, matizado por algunos como cognitivo afectivo o subjetivo, dependiendo del autor, pero que destaca por originar las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones hacia la imagen corporal. En cuanto al tercer componente que la mayoría de autores revisados destaca, se refiere al componente conductual, responsable de las conductas que surgen como consecuencia de los componentes anteriores.

2.4. Teorías de la imagen corporal

A lo largo de la historia, se han ido confeccionando diferentes teorías acerca del significado del concepto de la imagen corporal y lo que comprende. A continuación se procede a presentar las principales teorías desarrolladas por los distintos autores.

En primer lugar, se presentan las Teorías socioculturales, estas teorías defiende el concepto de que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad, y sustentado por los diferentes medios es interiorizado, principalmente por las mujeres, debido a la elevada dependencia existente entre la autoestima y el atractivo físico. Además desde esta teoría se defiende que el ideal estético corporal que se propone en la actualidad es el de un cuerpo con

un peso muy bajo, y los modelos que se toman como referencia son por lo general los de figuras esqueléticas, tanto que son ideales difíciles de alcanzar hasta por las más jóvenes.

Desde estas teorías el sobrepeso y la obesidad se convierten en un estigma social dado que se identifica el ser obeso con ser una persona descuidada, poco saludable y poco atractiva. A ojos de esta sociedad actual “uno pesa lo que quiere” independientemente de las circunstancias que rodeen a la persona.

Otra de las teorías, la Teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal, la cual se puede considerar como una teoría complementaria a la teoría sociocultural. La presión sociocultural hacia un modelo corporal delgado potencia la preocupación por el peso, esto provoca comparaciones con el ideal socialmente sancionado, o lo que es lo mismo, la insatisfacción corporal aparece a raíz de la discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal. Se considera que la insatisfacción no solo afecta al aspecto personal, sino que se extiende a otras áreas como la autoestima, provocando que la persona subestime cualquier otra área de sus capacidades o incluso de su aspecto corporal.

Por otra parte, Williamson (1990) basa la explicación de su modelo en tres variables principales, a través de las cuales creó lo que se conoce como Modelo de Williamson.

- Distorsión perceptual del tamaño. Se obtiene al dividir la estimación que el sujeto hace de su tamaño corporal por el tamaño real.
- Preferencia por la delgadez. Emplea el tamaño corporal ideal como estandar para juzgar el propio cuerpo y el de los demás. Se le pide al sujeto que estime el tamaño corporal que cree tener, y también se le pide que haga una estimación del tamaño corporal que desearía.
- Insatisfacción corporal. Se ha empleado como índice de insatisfacción corporal estimado y el tamaño corporal. De la diferencia entre el tamaño estimado y el tamaño corporal ideal se obtiene un resultado, cuanto mayor sea la diferencia entre ambas, mayor será la insatisfacción corporal.

El mismo año en que Williamson desarrolla su modelo, Richards, Thompson y Coover (1990) crean el suyo propio, que se distingue por ser un modelo causal que incorporaba variables hipotéticamente de una imagen corporal negativa y la conexión de éstas con la disfunción alimentaria. Este modelo se centra únicamente en las alteraciones actitudinales de la imagen corporal y su propósito principal no es dar una explicación exhaustiva de los factores causales de las alteraciones de la imagen corporal, sino de la

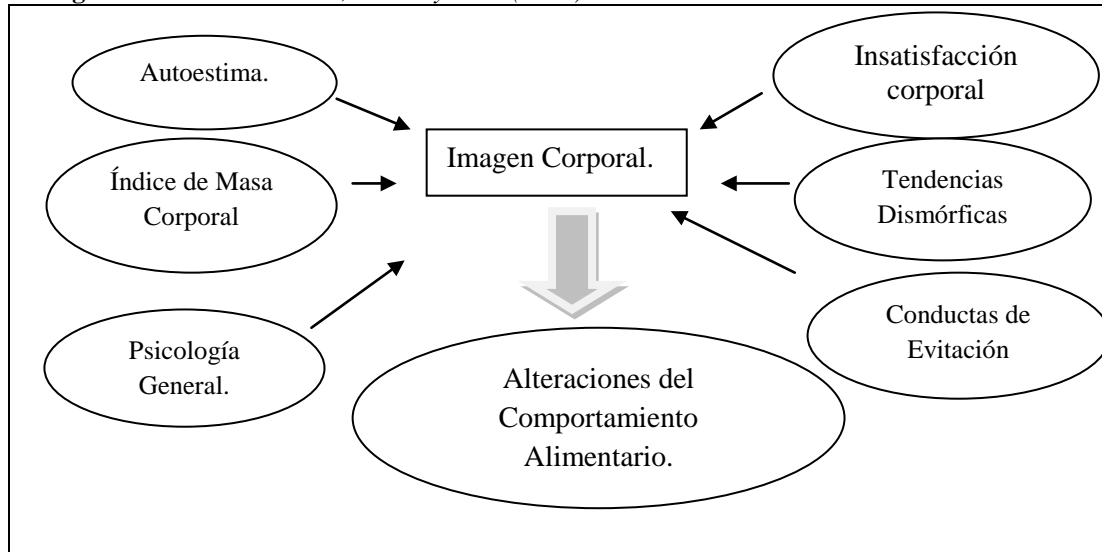
conexión de éstas con los trastornos alimentarios. A través de este modelo se predice que el sobrepeso provocará un incremento en las burlas hacia el sujeto, empobreciendo de esta manera la imagen corporal. Sin embargo, habiendo recibido burlas o no, existirá un efecto directo del estatus de peso sobre una imagen corporal negativa. Para estos autores, las variables que resultaron causalmente relevantes en la gestación de una imagen corporal negativa resultaron ser: el peso objetivo en el momento actual, historia de burlas por la apariencia física y peso percibido.

Pocos años más tarde surgió la Teoría de Slade (1994), que investiga los factores que influyen en la imagen corporal, sin profundizar en las alteraciones y/o trastornos. Para Slade la imagen corporal es: “una representación, mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”.

A nivel nacional, destaca el Modelo de Raich, Torras y Mora (1997). Estos autores estudiaron la relación de diferentes variables con la imagen corporal, así como la relación de la insatisfacción corporal con los trastornos alimentarios.

En el cuadro explicativo que se presenta a continuación, puede observarse como existe una relación directa entre la autoestima, el índice de masa corporal (IMC) y la psicopatología general con la insatisfacción corporal.

Figura 6: Modelo de Raich, Torras y Mora(1997).



Otra teoría relevante de la imagen corporal, es la Teoría del desajuste adaptativo. Desde esta teoría se considera que la imagen corporal cuenta con cierta estabilidad, por lo que cuando se producen cambios recientes en el tamaño corporal no se incorporan inmediatamente, sino que persisten durante cierto tiempo. Así mismo considera necesaria cierta dosis de “inputs” sensoriales, referidos a los cambios para la incorporación de éstos en la representación corporal. Este es el intervalo de tiempo en el que se mantiene el esquema del tamaño corporal. Esta teoría contempla que la sobreestimación que se observa en sujetos anoréxicos se debe a que tanto la pérdida de peso como la del tamaño corporal, no se habrían integrado en la imagen del sujeto, manteniendo la imagen previa a la pérdida de peso.

Derivadas de las diferentes teorías expuestas, surgen en el campo de la psicología una serie de hipótesis en relación a la I.C. que se presentan a continuación.

- La hipótesis de la sensibilización anormal: esta hipótesis contempla que la sobrestimación en anoréxicas refleja su miedo a ganar peso. Consideran que la sobrestimación sería una proyección a nivel perceptual, provocada por las preocupaciones por el tamaño y peso de cada uno.

- La hipótesis del artefacto perceptual: pretende explicar la sobrestimación obtenida en laboratorio a través de aparatos o fórmulas matemáticas. La fórmula empleada para calcular el grado de sobrestimación se obtiene dividiendo el tamaño corporal estimado por las medidas reales del sujeto.

Estimacion corporal/medida reales x 100.

Puntuaciones inferiores a 100 indican subestimación, puntuaciones superiores sobreestimación, y la puntuación de 100 una precisión perceptiva.

Parece que un tamaño corporal reducido, independientemente de la existencia o no de un trastorno alimentario, induce niveles de sobrestimación superiores a los observados en sujetos de tamaño corporal normal.

Todas estas teorías resaltan la importancia de la I.C. en el desarrollo saludable de las personas que viven en sociedad.

2.5. Factores relacionados con la imagen corporal

Existen varios factores, que favorecen el desarrollo y mantenimiento de una imagen corporal negativa. A la hora de presentar los distintos factores que afectan a la imagen corporal, se ha considerado dividirlos en dos: los factores mediadores, y los factores causantes.

2.5.1 Factores mediadores

2.5.1.1 Características personales

Además de los factores externos, se han encontrado determinadas características personales que facilitan la aparición y el mantenimiento de las alteraciones de la imagen corporal. Las principales características personales que se han estudiado son: la maduración, el género, IMC, la personalidad, la orientación sexual y la actividad físico-deportiva.

- **Proceso de maduración:** Se considera la adolescencia como la edad en la que existe mayor riesgo para sufrir algún trastornos asociado a la imagen corporal, ya que la adolescencia es una etapa en la que los individuos sufren significativos cambios, tanto físicos como psicológicos, los cuales afectan a la construcción de la imagen corporal. Además de los cambios propios de la edad, los adolescentes se ven influenciados en gran medida por los ideales corporales correspondientes a la sociedad actual, ya que en la actualidad nos vemos inmersos en una cultura caracterizada por defender ideales corporales esqueléticos. En esta etapa el desarrollo físico, contradice el ideal corporal

de la cultura de la delgadez y el consiguiente deseo de asemejarse a este modelo parece desencadenar patologías del trastorno de la imagen corporal (Cruz y Maganto, 2002). Además tanto la autoimagen general, como la autoestima, van a depender enormemente del grado de satisfacción o insatisfacción hacia su cuerpo (Toro, 2004). Casper y Offer (1990) afirman que, cuanta más preocupación por el peso y las dietas, más insatisfacción corporal, peor autoimagen, mayores estados depresivos y mayor malestar general se presenta en el adolescente.

En cuanto a los numerosos cambios que se han comentado que se producen en la época adolescente, señalar que los cambios neurobioquímicos, psicológicos y sociales, son un factor de riesgo añadido al inicio de trastornos de la imagen corporal y también de TCA (Crisp, 1984).

Hermes y Keel (2003) consideran que son los cambios corporales, y no la edad ni el modelo estético los que más contribuirían a crear insatisfacción corporal, aunque parece más lógico que las consecuencias cognitivas y emocionales de percibir los cambios en un contexto de delgadez ya interiorizado contribuirían de manera determinante a este hecho. Existen estudios en los que los adolescentes con una maduración temprana pueden presentar mayor predisposición a la insatisfacción corporal. Por ejemplo, Ohring, Graber y Brooks-Gunn, (2002), consideran que las jóvenes más satisfechas y con menos trastornos, son las que inician la pubertad más tarde, frente a las jóvenes que comenzaban la pubertad antes, las cuales podían ser objeto de un trastorno con mayor facilidad. Cooper y Goodyer (1997) pusieron de manifiesto que, a medida que aumentaba la edad mayor era el porcentaje de chicas que tenían una importante preocupación por su cuerpo. Para Toro (2004), al inicio de la etapa adolescente se fraguan una serie de actitudes y conductas que eclosionan en etapas posteriores. Se considera que el aspecto físico se convierte en uno de los ejes de preocupación de la personas en estas edades (Meyer, 1987) Por su parte, Fox (1997) señala que la apariencia física juega un papel vital en las relaciones con los demás, en el funcionamiento psíquico y en la sexualidad.

Relacionando la importancia que tiene la edad en la imagen corporal y el sexo, algunos estudios corroboran que en todas las edades las mujeres manifiestan tener más insatisfacción con su peso que los hombres (Leal, Weise y Dood, 1995). Otros estudios destacan la influencia de los medios de comunicación sobre los adolescentes

a la hora de adoptar y mantener las normas que impone la cultura de la delgadez (Gómez Peresmitré, 1993; Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1989). Por su parte, Brownell y Napolitano (1995) piensan que el mayor grado de insatisfacción es mostrado por las chicas, dado que se sabe poco de la exposición que sufren los chicos de los ideales que promueven los medios de comunicación; así mismo consideran que los niños desde muy temprana edad y de forma cotidiana se exponen a modelos corporales. Gómez Peresmitré (1997) entiende que, las figuras ideales se van conformando de forma natural y a través del juego y posteriormente en la pre-adolescencia o en la adolescencia los chicos y las chicas intentan ponerlos en práctica. También hay que tener en cuenta que en la pubertad se producen muchos e importantes cambios corporales; estos cambios, entre las chicas, por lo general no son interpretados como parte de la maduración corporal sino que lo consideran un síntoma de obesidad. Las chicas más afectadas suelen ser las que sufren un mayor cambio, o las que experimentan los cambios en primer lugar; considerando estos cambios signos de obesidad. Los chicos por su parte, experimentan los cambios más tarde y lo que más les preocupa es la baja estatura o la falta de fuerza, añorando los rasgos más propios de la masculinidad (Raich, 2001).

- Género. Por lo general, la imagen corporal se ha considerado más un problema del colectivo femenino que del masculino, pero con el paso del tiempo, se ha producido un cambio. A partir de los años noventa se empezó a encontrar mayor preocupación por su cuerpo en los chicos, aunque el origen de la preocupación era significativamente diferente al caso de las mujeres. Mientras que los cánones femeninos de belleza giran en torno a un cuerpo delgado, los cánones de belleza masculinos se refieren a un cuerpo musculado, paulatinamente y a lo largo de los años ha ido incrementando el volumen muscular ideal (Leit, Pope y Gray, 2001).

Como se ha indicado, esta problemática en parte se evidencia tanto por factores cultural, como por la influencia de otros factores, como el que constituye la presión por el cuidado de la imagen corporal, que es mayor en las mujeres que en los hombres. Autores como, Garner (1997) llevaron a cabo un estudio para comprobar cómo había evolucionado la preocupación por la imagen corporal de los años 70 a los 90. En 1972 sólo el 15% de los hombres manifestaban estar insatisfechos con su imagen corporal (25% de las mujeres), en los años 80 el porcentaje se incrementó hasta el 34% (38% en mujeres) para, por último, ascender hasta el 47% (56% mujeres) en 1997. Esta

insatisfacción con la imagen corporal ha llevado a los hombres a iniciar conductas para mejorar su apariencia física, como las dietas, el uso de cosméticos y la práctica de ejercicio físico (Baile, Monroy y Garay, 2005). A pesar que las mujeres muestran una insatisfacción corporal mayor que los hombres, muchos estudios destacan que la insatisfacción entre los hombres también es destacable. Offer, Schonert y Boxer (1996) obtuvieron en sus investigaciones con adolescentes, que mientras las chicas se sienten menos atractivas al desarrollarse, los chicos suelen mejorar su imagen corporal e incrementar su satisfacción al aumentar de peso, por lo que entendemos que existe un doble estándar corporal en función del género, lo que hace que la vigorexia predomine entre los varones y que la prevalencia de los TCA entre los hombres sea aproximadamente una decima parte de la de las mujeres; es decir más del 90% de los casos, se observan en mujeres.

- Índice de masa corporal. El índice de masa corporal (IMC) percibido alto es un factor objetivo que justificaría la insatisfacción corporal por el factor cultural del canon de belleza delgado. Espina y cols. (2002), en un estudio con adolescentes, mostró la relación existente entre el índice de masa corporal con la insatisfacción corporal. En el estudio los obesos puntuaron más alto en el Body Shape Questionnaire, puntuando más alto en insatisfacción. En un estudio similar, Rodríguez y Cruz (2006) compararon la imagen corporal entre mujeres latinoamericanas residentes en el País Vasco y un grupo de mujeres guipuzcoanas, encontrando que las mujeres con un IMC declarado más alto mostraban mayor insatisfacción corporal.

En el lado opuesto, se encuentra que una puntuación baja en el IMC puede ser indicador/síntoma de distorsión de la imagen corporal o de TCA. Cruz y Maganto (2002) en un estudio con adolescentes comprobaron el valor explicativo de la insatisfacción con la imagen corporal y del IMC sobre los TCA. Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Yenes, y Alemán. (2001) analizando los resultados de los grupos de jóvenes con TCA en comparación con el grupo control, encontraron que tanto los sujetos que padecían TCA y como los sujetos con sobrepeso eran los que mostraban mayor insatisfacción. Fernández (2008).

- Personalidad. El afecto negativo relacionado con una autoestima baja, en ambos sexos, se ha asociado con predisposición a la insatisfacción corporal. En las chicas la

insatisfacción está orientada a perder peso, mientras que en los varones se relaciona con un deseo de ganar músculo. (McCabe y Ricciardelli, 2003).

- Orientación sexual. Algunos han sido los estudios que han demostrado que la insatisfacción corporal varía en función del tipo de inclinación sexual (Siever, 1994). En este estudio, los resultados indican que entre las chicas heterosexuales y lesbianas, estas últimas presentaban menor insatisfacción corporal y menos preocupación por su apariencia física que las heterosexuales. En las comparaciones entre los grupos de chicos heterosexuales y homosexuales, sucedió lo contrario, el grupo de chicos homosexuales presentó mayor preocupación por su imagen corporal y tendieron a experimentar, en mayor número que los heterosexuales, insatisfacción corporal.

2.5.1.2 Actividad físico-deportiva

Existen dos vertientes distintas acerca de la relación entre los practicantes de actividad físico-deportiva y la alteración perceptiva de su imagen corporal. Por un lado se encuentran estudios que apuntan a que las personas que practican deporte habitualmente pueden presentar mayor riesgo de padecer trastornos alimentarios debido al propio ambiente deportivo, que llega no sólo a precipitar este tipo de desorden en una persona predispuesta sino que incluso lo legitima (Wilmore, 1991). Por otro lado, se encuentran estudios que analizan la existencia de una relación positiva entre la imagen corporal y la PAFYD, con el fin de lograr una mayor satisfacción corporal y una autoimagen corporal más real (Taylor, Sallis y Needle, 1985).

Entre los estudios que apuntan a una relación negativa entre la PAFYD y la imagen corporal se distinguen entre los estudios que se centran en el deporte recreativo y los que se enmarcan en el deporte de rendimiento. Los primeros, se centran en estudiar los trastornos asociados a la IC con la motivación de realizar PAFYD pensando en la mejora de apariencia física (Camacho, 2005; Hubbard, Gray y Parker, 1998; McDonald y Thompson, 1992; Tiggemann y Williamson, 2000). En estos estudios se parte, por lo general de la existencia previa de una imagen corporal poco saludable. En cuanto a los estudios que se centran en la relación negativa de la imagen corporal con el deporte orientado al rendimiento (no sólo el deporte de élite), cabe comentar que las investigaciones se han centrado en conocer qué presiones sufren los y las deportistas para lograr el ideal corporal específico de cada deporte, teniendo como objetivo final lograr mejores resultados (Hausenblas y Carron, 1999; Johnson, Powers y Dick, 1999; Powers y Johnson, 1996).

Se han revisado estudios que han confirmado que los deportistas tienen menor porcentaje de grasa y/o menor índice de masa corporal (Huddy y Cash, 1997; Waaler, 1998), debido a que gracias a la PAFYD desarrollan un cuerpo más delgado, musculoso, en definitiva un cuerpo que se encuentra en mejor forma y, por tanto, más cercano a los cánones estéticos (Rodin y Larson, 1992). Así, perciben que sus cuerpos se asemejan más al cuerpo ideal, evaluando sus cuerpos mejor y quedando más satisfechos con su apariencia física (Waaler, 1998). Pero, tanto o más importante que la propia percepción, es la visión que tienen los demás de nuestro físico, ya que ello influye decisivamente en el autoconcepto corporal (Lerner, 1987; Lerner y Jovanovic, 1990). De esta manera, los deportistas son percibidos por los otros como con un cuerpo físicamente atractivo, lo que a menudo resulta en un feedback positivo que tiende a mejorar la satisfacción (Tucker, 1987).

La segunda explicación nace a raíz de que la participación deportiva se asocia a una autoestima más elevada, que protegería contra los trastornos de la imagen corporal y los desórdenes alimentarios (Smolak, Murner y Ruble, 2000). Esta mayor autoestima, derivada de la práctica de ejercicio físico, se debe, en gran parte, a un aumento del sentido de competencia física que, en última instancia, revertiría en una mejora de la imagen corporal (Phelps, Jennifer, Nathanson y Nelson, 2000; Sonstroem, 1997; Urrutia, 2014.)

2.5.1.3 Carácter Occidental

Uno de los factores más influyentes de las alteraciones de la imagen corporal es el concepto cultural de belleza dominante en cada sociedad (Acosta y Gómez, 2003). Cada cultura establece un estereotipo propio de lo bello y lo feo.

Como plantean Merino, Pombo y Godás (2001), la cultura de la delgadez en la que actualmente nos vemos inmersos establece un estereotipo corporal excesivamente delgado, capaz de desencadenar una serie de valores y normas que determinan una cadena de comportamientos relacionados con la talla, peso y figura corporal, comportamientos que, muy probablemente, conducirán al desarrollo de un problema o trastorno alimentario.

Algunos estudios apuntan a que la insatisfacción corporal en relación con el deseo de obtener un cuerpo más musculado está más relacionada con las culturas occidentales. Los autores Jeffrey, Gray y Pope (2005) concluyeron en sus investigaciones que los hombres de Taiwán estaban menos descontentos con su cuerpo que los occidentales y menos deseosos de estar más musculados.

2.5.2 Factores causantes

2.5.2.1 Los medios de comunicación

Los medios de comunicación social ejercen un papel decisivo en la propagación y exaltación de los prototipos estéticos. La publicidad lo invade todo; las manifestaciones de estética corporal son constantes en el cine, mundo de la canción y la moda, en los programas de televisión. Vivimos en una época tan sensual que sólo los cuerpos perfectos son válidos para vender coches, detergentes, viviendas o productos alimentarios; una imagen, hoy más que nunca, vende más que mil palabras (Gervilla, 2002).

En la cultura actual uno de los factores más importantes de difundir el ideal estético a la sociedad en general son los medios de comunicación, en gran parte debido al poder de expansión con el que cuentan. Hoy en día está la presión cultural por el modelo femenino de delgadez, por el prototipo musculoso de los hombres y, en ambos casos, por la estigmatización de la obesidad, esta extensamente documentada, siendo factores todos ellos asociados con posibles trastornos alimentarios (Acosta y Gómez, 2003). En 1994, Stice, Schupak-Neuberg, Shaw y Stein propusieron un modelo para explicar la influencia de los medios de comunicación sobre los T.C.A. Estos autores establecieron la mediación de una insatisfacción corporal basada en la interiorización previa del ideal corporal delgado, estrechamente asociado al actual papel social de la mujer. Los medios influyen tanto en la definición general de este papel como en la específica de la apariencia física.

2.5.2.2 Familia

Otro factor importante, es el de los grupos de referencia, entre los que por lo general destaca la familia. La familia es la encargada de transmitir los ideales corporales imperantes en la sociedad, siendo la familia (así como los iguales). La teoría del aprendizaje social propone que los padres son importantes agentes de socialización que influyen en la imagen corporal de sus hijos mediante el modelado, el feedback y la instrucción (Kearney-Cooke, 2002).

Debido a la cantidad de tiempo que se comparte tanto con la familia como con los iguales, además de la importancia de su opinión, los posibles comentarios negativos hacia la persona, pueden en ocasiones propiciar un ambiente que induce a la insatisfacción corporal. Rieves y Cash (1996) estudiaron como el grado de insatisfacción corporal de madres e hijas era muy similar.

2.5.2.3 Relaciones interpersonales y amistades

Un factor íntimamente ligado al anterior es el de las relaciones interpersonales y las amistades que consiste en el resultado de comparar la visión que tenemos de nosotros mismos, con la visión que tienen los demás de nosotros. El feedback que recibimos por parte de los otros contribuye a la formación y desarrollo de nuestra imagen corporal. Existen tres procesos interpersonales primarios que juegan un papel importante en el desarrollo de la imagen corporal: las apreciaciones reflejadas, el feedback y la comparación social (Tantleff-Dunn y Gokke, 2004).

Las amistades en la edad adolescente, son por lo general un factor importante en la formación de la imagen corporal. Es habitual que los jóvenes que pertenecen a un mismo grupo social compartan tanto, ciertos comportamientos sociales (desde una similar forma de vestir hasta compartir hobbies) así como la forma de apreciar ciertas cosas (entre ellas la forma de valorar la figura). La percepción que, sobre todo las chicas, tienen de las opiniones y conductas de las amigas referentes a la IC, junto a la intensidad con la que se comparan con el cuerpo de otras, son factores que ayudan de manera importante a su grado de insatisfacción respecto a su cuerpo. (En Toro, 2004).

Por último, en cuanto a las relaciones interpersonales y las amistades, destacar una característica especial que se da en las relaciones en los más jóvenes. Se trata de que las burlas juegan un papel muy importante, ya que el ser criticado y sufrir burlas por los grupos de iguales acerca de la apariencia o de la figura, en la época adolescente puede afectar a la imagen corporal que uno tiene de sí mismo y transferirse a la edad adulta, y modificar la autoimagen.

2.5.2.4 Las distorsiones cognitivas

A pesar de que todos estamos inmersos en la misma cultura, no todas las personas se ven influenciadas por la presión sociocultural de la misma manera; al igual que ocurre con el contexto familiar o social en el que cada cual se desenvuelve.

Las personas con trastorno de la imagen corporal desarrollan creencias acerca de la apariencia física y de las implicaciones para sí mismas que influyen sus pensamientos, emociones y conductas. Estas creencias se forman durante la primera adolescencia, cuando la auto-identidad y el desarrollo físico están cambiando rápidamente. Como afirma Ellis (2000),

sentimos tal como pensamos y como actuamos; es decir, nuestros sentimientos dependen de cómo interpretemos, juzguemos o pensemos.

2.5.3 Los mecanismos de mantenimiento

Raich (2004) expone ciertos mecanismos de mantenimiento del Trastorno de la IC. La autora comenta que las experiencias vividas y la presión social sufrida pueden ayudar a desarrollar una autoimagen negativa, pero señala que el pasado no lo es todo y que las causas actuales son más importantes. Es decir, lo que sería el aquí y ahora, que afectan a las experiencias corporales en la vida diaria. El feedback que recibiremos de nuestra actuación servirá para confirmar nuestros juicios, interpretaciones o pensamientos.

Raich considera que los Mecanismos de Mantenimiento existentes son en primer lugar, la atención selectiva hacia las partes del cuerpo que preocupan al individuo. En segundo lugar; las conductas de evitación, como puede ser no llevar determinada ropa. Y por último los rituales de comprobación y confirmación. Como preguntar continuamente por presencia o ausencia de un defecto.

2.6. Evaluación de la imagen corporal.

Como se ha afirmado anteriormente, el concepto de la imagen corporal es un constructo multidimensional (Sands, 2000). Se considera importante, explicar que en cuanto a la evaluación de la imagen corporal, por lo general, todas las técnicas propuestas persiguen detectar algún tipo de alteración o trastorno (Baile, 2003) ya sea relacionado con el índice de insatisfacción, ya sea relacionado con los TCA, etc. La clasificación de las herramientas de evaluación de la imagen corporal van a depender en gran parte de cómo entiende el autor el concepto de imagen corporal.

En la mayoría de casos, las técnicas que se han propuesto se centran en evaluar dos de sus componentes, el perceptivo, y el subjetivo o cognitivo- actitudinal. Con el paso del tiempo, y el aumento de estudios se pensó en medir el componente conductual también (Rosen, Salzberg, Srenick, y Went, 1990). En definitiva, y tal y como dice Raich (2001), no se han propuesto técnicas que evalúen la Imagen Corporal de forma “pura”, es decir como constructo psicológico sin alterar.

A continuación se presentan las técnicas existentes para evaluar los distintos factores asociados a la imagen corporal. Se ha decidido dividir en 3 partes: la dimensión perceptiva, la cual se refiere al grado de precisión con el que el/la paciente percibe la forma y tamaño de su cuerpo considerado globalmente o parcialmente (determinadas partes del mismo) (Fernández, 2008). La dimensión cognitivo actitudinal, la cual se centra en las creencias que el individuo tiene tanto acerca de su cuerpo como de partes de éste, además de las actitudes que estas creencias despiertan hacia el propio cuerpo (Fernández, 2008), y por último, la dimensión conductual, en la que intervienen las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan.

A continuación, se presentan las diferentes herramientas de medición de la imagen corporal separadas en base a la clasificación de dimensiones que se acaban de comentar, y que coinciden con la propuesta por Raich (2001).

2.6.1 Evaluación de la dimensión perceptiva.

La medición de la dimensión perceptiva se encarga de medir el grado en cómo perciben la forma y el tamaño de su cuerpo las personas, estudiando el valor de la discrepancia entre lo que el sujeto considera que mide su cuerpo o partes del mismo, y la medida objetiva de lo que se esté midiendo (Fernández, 2008)

Existen dos métodos diferentes para llevar a cabo la medición del componente perceptivo: Métodos de estimación corporal global y Métodos de estimación e partes corporales.

2.6.1.1 Métodos de estimación corporal global.

Aunque no estén muy extendidas, existen unas herramientas denominadas, procedimientos por distorsión de la imagen corporal, que consisten en calcular el índice de precisión perceptiva a través de la desviación de la imagen modificada que se le presenta al sujeto mediante videos distorsionados, distorsión a través de espejos o distorsión de fotografías a través de lentes anamórficas.

Más relevantes y populares son, los procedimientos de evaluación a través de siluetas y fotografías corporales que por lo general consisten en evaluar la imagen corporal a través de las respuestas de los sujetos a la hora de identificar su propia imagen (video, imagen, fotografía) de entre varios modelos, además con este método también se puede evaluar la

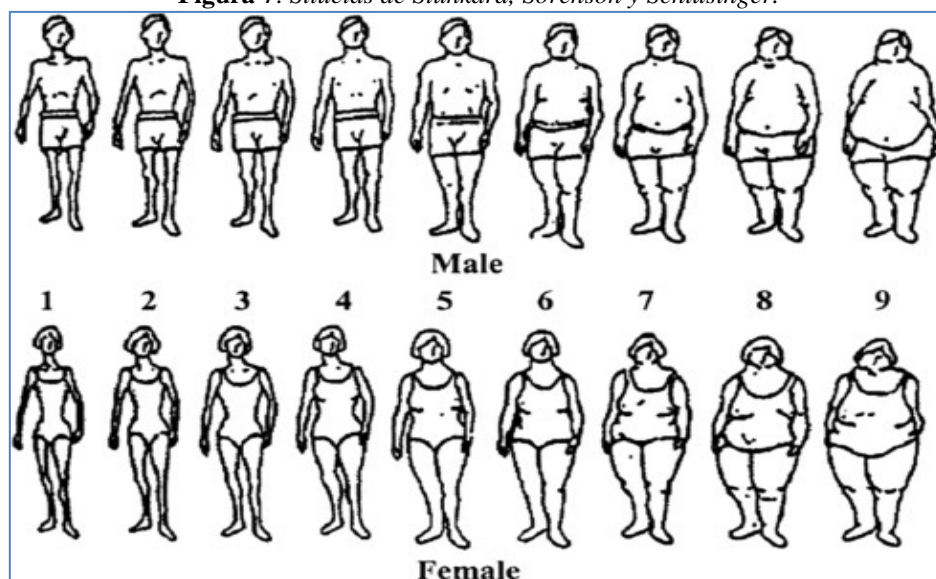
insatisfacción corporal estableciendo la diferencia entre como se ven los sujetos y como les gustaría verse (Fernández, 2008).

La desviación de la imagen modificada presentada por el individuo de su imagen real permite calcular la precisión perceptiva y en su caso la distorsión perceptiva. La desviación de la imagen modificada presentada por el individuo de su imagen real permite calcular la precisión perceptiva y en su caso la distorsión perceptiva. Con este método también se puede evaluar la insatisfacción corporal estableciendo la diferencia entre como se ven los sujetos y como les gustaría verse. A continuación presentamos los test de siluetas más empleados y conocidos por orden cronológico.

-Siluetas de Stunkard, Sorenson y Schlusinger. (1983)

Test de siluetas que consta de 9 figuras en el que se representan imágenes tanto masculinas como femeninas que cubren un continuo de forma ascendente, es decir, las figuras que aparecen representadas van desde las muy delgada, pasando por la delgada, de peso normal, llegando hasta las gruesas y acabando en las muy gruesas.

Figura 7: *Siluetas de Stunkard, Sorenson y Schlusinger.*

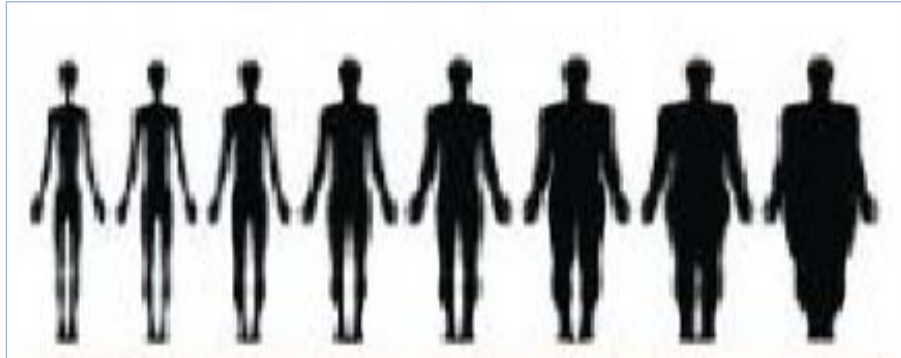


-Siluetas de Bell, Kirkpatrick y Rinn. (1986)

Sus autores, Bell, Kirkpatrick y Rinn, crearon una herramienta de 8 siluetas femeninas, la cual es conocida como el *Silhouette Measurement Instrument*. Las siluetas van desde la extremadamente estrecha hasta la extremadamente gruesa. Se pide a las chicas que identifiquen cuál es la figura que mejor se corresponde con su cuerpo (autopercebida), y cuál es la imagen que les gustaría tener (ideal). Se obtiene el resultado como consecuencia de la

diferencia entre la imagen ideal y la imagen autopercebida. Si este resultado es positivo, indica que la insatisfacción es por querer engordar, y si el resultado es negativo se interpreta que la insatisfacción se debe a que se quiere adelgazar.

Figura 8: *Siluetas de Bell, Kirkpatrick y Rinn.*



-Siluetas de Collins. (1991)

Test de 7 siluetas ligeramente ladeadas, y con bastantes detalles como pelo, ojos, nariz, boca, etc. El test fue creado a partir de las siluetas de Stunkard y cols. Confeccionado para evaluar las percepciones de la imagen corporal en adolescentes, ya sean chicos como chicas, ya que comprende dos escalas, una para cada sexo. Como en los casos anteriores ambas escalas siguen un orden desde muy delgado/a a muy grueso/a. Las cuestiones que se les plantean a los adolescentes son ¿A que figura te asemejas más? Y ¿A que figura te gustaría parecerte?

Figura 9: *Siluetas de Collins.*



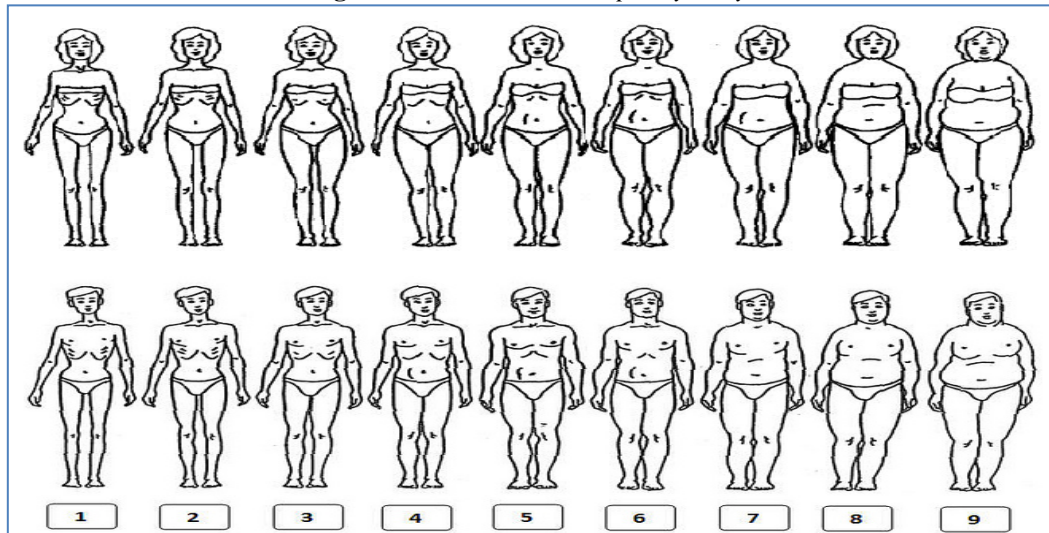
-Siluetas de Thompson y Gray. (1995)

Estos autores son los creadores del test de siluetas conocido como *Contour Drawing Rating Scale*. En él, se muestran 9 siluetas femeninas, y 9 siluetas masculinas, en orden de

menor peso a mayor peso. Las siluetas se presentan con bastantes detalles, ojos, nariz, boca, pelo.

Se les pregunta que señalen qué figuras consideran delgadas, normales y gordas. Además se les pregunta ¿Qué figura representa tu peso actual?; ¿Cuál sería tu figura ideal?

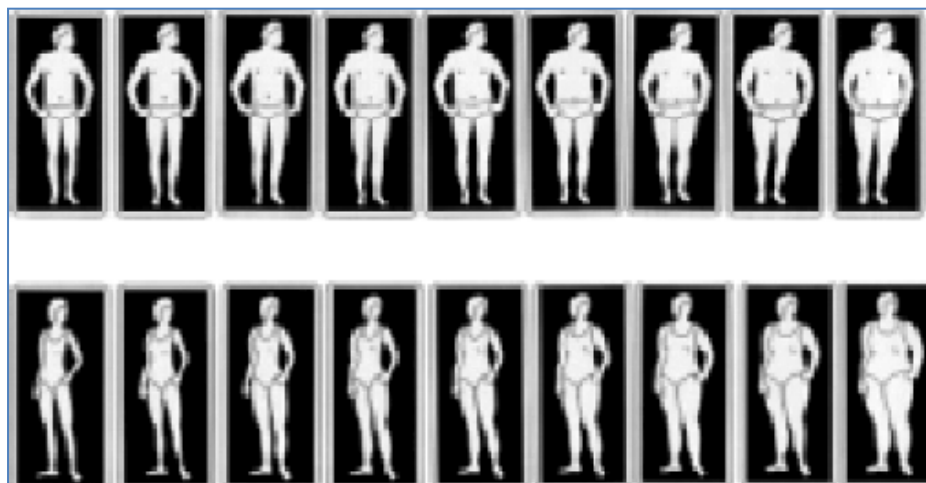
Figura 10: *Siluetas de Thompson y Gray.*



-Siluetas de Kearney, Kearney y Gibney. (1997)

Test formado por 9 imágenes corporales masculinas y 9 siluetas femeninas, las cuales se presentan ligeramente ladeadas y con algún ligero detalle como es el pelo, por otro lado decir que se dividen en cuatro categorías; Silueta 1(delgado), Siluetas 2-5 (normal), Siluetas 6 y 7 (sobrepeso), y siluetas 8 y 9 (Obesidad). Los sujetos deben escoger la silueta que consideran se corresponde con la suya propia.

Figura 11: *Siluetas de Kearney, Kearney y Gibney.*



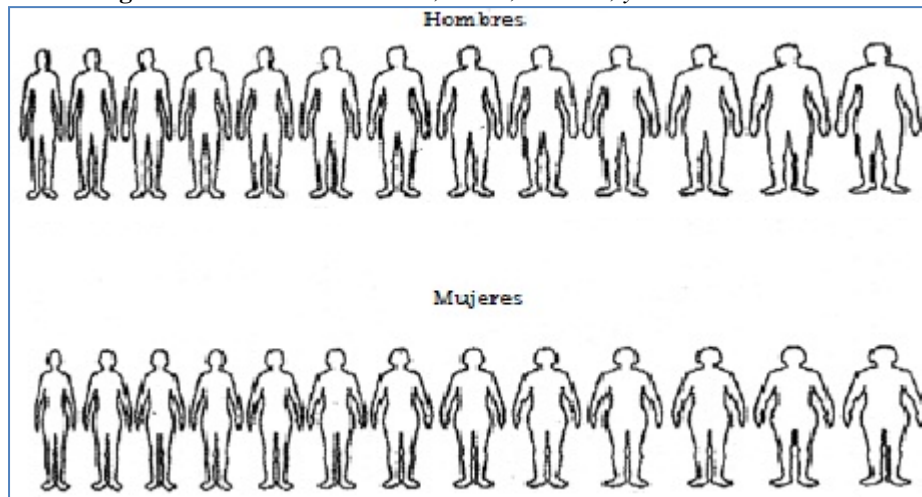
-Siluetas de Gardner, Stark , Jackson, y Friedman. (1999)

Test de 13 siluetas, sin detalles en la cara, de pelo, (también existe una versión con 17 siluetas), en el que la figura central se corresponde con un valor de 0 y las 6 figuras a la izquierda (orden descendente, mayor peso) obtienen valores negativos de -1 hasta -6, y las 6 figuras situadas a la derecha (orden ascendente, mayor peso) obtienen valores positivos de 1 hasta 6.

A los sujetos se les presentan dos cuestiones; la primera ¿Cuál es la imagen corporal que percibe como propia?, y la segunda ¿Cuál es la imagen corporal que desearía tener? A través de la diferencia entre ambas (deseada-percibida) se obtiene el índice de insatisfacción con la imagen corporal, si el resultado es negativo, la insatisfacción se produce porque el sujeto desea adelgazar, y si el resultado es positivo la insatisfacción se produce porque el sujeto desea engordar.

Además el encuestador puede estimar cual es la estimación que él considera real, y a través de la diferencia entre este valor y la imagen percibida se obtiene el valor de lo que se considera el índice de distorsión de la imagen corporal.

Figura 12: *Siluetas de Gardner, Stark , Jackson, y Friedman.*

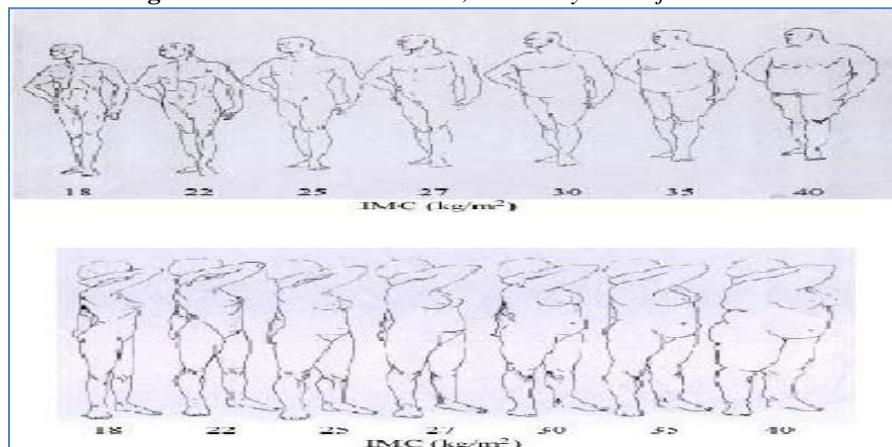


-Siluetas de Montero, Morales y Carbajal. (2004)

En este test se emplean 7 siluetas que se presentan ligeramente ladeadas y con algún detalle como ojos, orejas, nariz. Las figuras se corresponden con valores del IMC, en el caso de los chicos suponiendo 1,75 cm, y en el caso de las chicas 1,65 cm de talla, las siluetas masculinas se corresponden con un IMC de 18, 22, 25, 27, 30, 35, 40. Los sujetos deben

elegir una silueta a raíz de la cuestión: Cuando miras al espejo ¿Con cuál de estas imágenes te sientes más identificado?

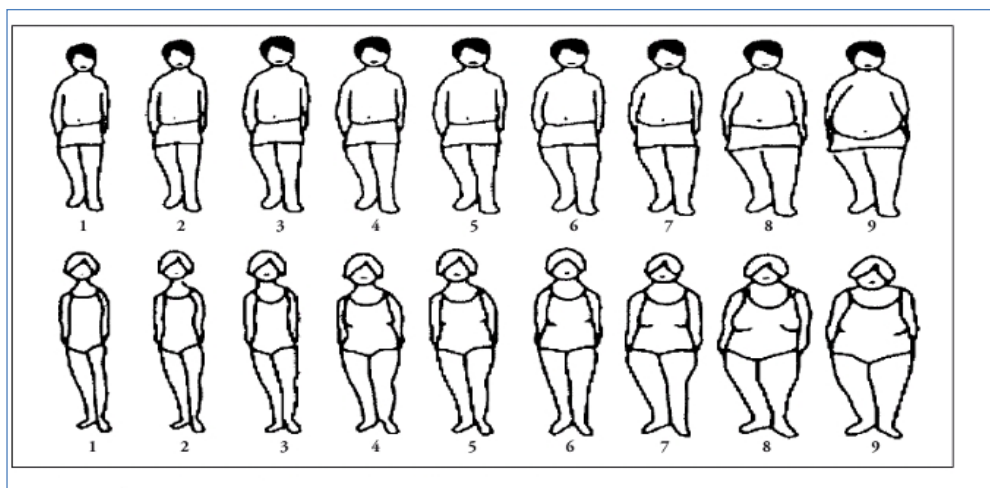
Figura 13: *Siluetas de Montero, Morales y Carbajal.*



-Siluetas de Osuna, Hernández, Campuzano y Salmeron. (2006)

Test de 9 siluetas, creado para la población mexicana. A través del cual se les pide que seleccionen la silueta que mejor representa la imagen del participante. Según los autores las siluetas del 1 al 3 corresponderían con delgada-normal, de 4-6 sobrepeso, y de 7-9 obesidad. Las siluetas están hechas con pocos detalles pero si el de pelo.

Figura 14: *Siluetas de Osuna, Hernández, Campuzano y Salmerón.*



Como se ha dicho anteriormente, además de los test de siluetas existen los test de fotografías, como por ejemplo es Test de Fotografías corporales de Harris y cols. (2008).

2.6.1.2 Métodos de estimación de partes corporales.

Estos métodos se centran en realizar estimaciones en alguna parte del cuerpo (caderas, brazos, piernas, etc.). Dentro de ellos existen distintos métodos: métodos analógicos y métodos de trazado de imagen:

- Los métodos analógicos consisten en la estimación de la amplitud frontal o lateral de un segmento corporal a través de dos puntos luminosos cuya distancia puede ampliarse o reducirse a voluntad del propio sujeto. La discrepancia entre la estimación con estas medidas y las medidas reales obtenidas con un calibrador corporal permiten calcular el índice de precisión perceptiva del tamaño.
- Los métodos de trazado de imagen utilizan dos piezas de madera que el sujeto aproxima o aleja según atribuya su tamaño corporal, o un cordón de manera que la distancia entre los dedos que lo sostiene represente la longitud de un segmento corporal. Normalmente, se pide que realice estimaciones de las zonas que más insatisfacción produzcan al sujeto. Posteriormente por medio de un calibrador se toman medidas reales y se calcula el índice de Precisión Perceptiva (IPP): $IPP = (\text{estimación cm} / \text{medida real cm}) \times 100$. Un IPP de 100 indica precisión perceptiva, índices superiores a 120 indicarían sobrestimación mientras que índices inferiores a 80 subestimación. Algunos ejemplos de este métodos son: *El Procedimiento de Marcado de Imagen* (Askevold, 1975); *Body Image Detection Device* (Ruff y Barrios, 1986); *Lighf Beam Apparafus* (Thomson y cols; 1986).

En opinión de Thompson (1996), los métodos de estimación global son más fiables que los de estimación de partes, pero a pesar de ello, no existe, por el momento, un procedimiento óptimo de evaluación perceptiva. (Thompson, 1996). Además se considera que al evaluar el tamaño del cuerpo hay que tener en cuenta las variables que pueden influir en el grado de precisión perceptiva (la habilidad visoespacial del paciente, el entrenamiento en la medida utilizada, los efectos de la evaluación repetida, la ropa que lleva puesta el paciente, la iluminación, la comida consumida previamente, las instrucciones y el tamaño actual del sujeto).

2.6.2 Evaluación de la dimensión cognitivo-actitudinal.

El concepto de dimensión cognitivo-actitudinal hace referencia a las creencias que el sujeto tiene sobre su cuerpo o sobre determinadas partes de éste, así como a las actitudes que éstas creencias producen hacia el propio cuerpo. La mayoría de procedimientos para evaluar las emociones ligadas a la imagen corporal evalúan básicamente el grado ó índice satisfacción/ insatisfacción corporal y son considerados como los procedimiento que mejor discriminan los trastornos de la imagen corporal (Fernández, 2008). Para la medición de la dimensión cognitivo-actitudinal, se diferencian dos tipos de métodos: Cuestionarios y Entrevistas.

- Cuestionarios.

A continuación, en el Figura 15, se presentan y describen a modo de resumen los cuestionarios más importantes creados para medir la imagen corporal.

Figura 15. Cuestionarios relacionados con la medición de la imagen corporal

Cuestionario	Autores	Descripción
<p>El EDI, <i>Eating Disorders Inventor</i> Inventario de los Desordenes alimenticios.</p>	<p>Garner, Olmstead y Polivy (1983).</p>	<p>Fue diseñado inicialmente para valorar trastornos alimentarios, contiene una subescala de Insatisfacción Corporal (IC). Esta escala consta de 9 ítems que evalúan la creencia de que determinadas partes son demasiado grandes.</p>
<p>MBSRQ, <i>Multidimensional Body Self Relations Questionnaire</i> Cuestionario multidimensional de las relaciones del cuerpo.</p>	<p>Cash (1990).</p>	<p>La versión original consta de 69 ítems (en español de 72) que pueden contestarse en una escala de 5 puntos agrupados en 7 subescalas factoriales (BSRQ) y 3 subescalas adicionales. Tiene tres escalas actitudinales (evaluación, atención/importancia, conducta) en tres subescalas o dominios somáticos (apariencia, destreza física y salud). La traducción y adaptación de este cuestionario al español la realizaron Raich, Torras y Mora (1997).</p>
<p>BSQ, <i>Body Shape Questionnaire</i> Cuestionario sobre la figura/silueta corporal.</p>	<p>Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987).</p>	<p>Consta de 34 ítems que evalúan insatisfacción corporal y preocupación por el peso. La adaptación española ha sido efectuada por Raich et al; (1996), es un cuestionario que evalúa aspectos actitudinales de la imagen corporal en términos de satisfacción/insatisfacción corporal y preocupación por el peso y la figura. Permite discriminar entre sujetos sin problemas, sujetos preocupados por su imagen corporal y personas con TCA.</p>
<p>BCS, Body Cathexis Scale.</p>	<p>Secord y Jourard (1953).</p>	<p>Consta de 46 cuestiones que se relacionan con partes y funciones del cuerpo. Cada paciente valora cómo siente cada parte y función corporal en una escala likert de 5 opciones.</p>
<p>BAQ, Ben-Tovim Walter Attitudes Questionnaire. Cuestionario de actitudes de Ben Tovim Walter.</p>	<p>Ben-Tovim y Douglas-Kok (1991).</p>	<p>Presenta 48 ítems en respuestas agrupadas en cinco subescalas: sentimiento de estar gordo, estigma, atractivo, fuerza y adecuación y buen peso y línea.</p>
<p>BIAS, Body Image Anxiety Scale. Escala de Ansiedad de la imagen corporal.</p>	<p>Reed, Thompson y Brannick (1990).</p>	<p>Evalúa la ansiedad-estado que se relaciona con el peso y con zonas corporales no relacionadas con el peso. Presenta una escala con cuatro puntos que describe la frecuencia con la que se producen los sentimientos de ansiedad hacia el cuerpo. La ansiedad estado se valora en tres diferentes situaciones diseñadas para producir baja, media y elevada ansiedad. La ansiedad rasgo mide ansiedad corporal generalizada, no situacional.</p>
<p>Body Esteem Scale. Escala de la Estima Corporal.</p>	<p>Mendelson y White (1982).</p>	<p>Se ha utilizado en niños y adolescentes. Refleja cómo una persona valora su apariencia física.</p>

Cuestionario	Autores	Descripción
OSIQ, Offer Self-Image Questionnaire. Prueba del cuestionario de Autoimagen.	Offer, Ostrov, Howard y Doland (1982).	Autoinforme para adolescentes entre 14 y 18 años. Consta de 130 ítems repartidos en 11 escalas. Presenta una subescala de cuerpo y autoimagen que puede utilizarse como medida de evaluación general de la apariencia.
BIATQ, Body Image Automatic Thoughts Questionnaire. Cuestionario de los pensamientos automáticos de la imagen corporal.	Cash, Counts y Huffine (1990).	Valora las distorsiones cognitivas a causa de la apariencia. Consta de dos categorías, correspondientes a pensamientos positivos y pensamientos negativos valorados de 1 a 6 en función de la frecuencia con la que el individuo piensa que le suceden.
CIMEC. Cuestionario de Influencias del Modelo Estético-Corporal.	Toro, Salamero y Martínez (1994).	Consta de 40 ítems que evalúan la presión percibida por el individuo de los medios de comunicación y del entorno social inmediato, hacia el adelgazamiento. El análisis factorial reveló la existencia de 5 factores que explicaban el 52,7% de la varianza total: el factor I, "Preocupación por la imagen corporal, el factor II, "Influencia de los anuncios", el factor III, "Influencia de los mensajes verbales, e I factor IV, "Influencia de los modelos sociales" y el factor V, "Influencia de las situaciones sociales" y con cuyos ítems se formó el CIMEC-26. Tiene buena capacidad discriminativa entre pacientes anoréxicas y controles y adecuada consistencia interna..
<i>Body Attitude Test</i> (BAT). Test de las Actitudes Corporales.	Probst, Vandereycken. Van Coppenolle y Vanderlinden (1995).	Evalúa distintos aspectos de la insatisfacción con el cuerpo, como son pensamientos, emociones y las actitudes hacia determinadas características corporales. Está compuesto por 20 ítems que se evalúan en una escala Likert de 6 puntos (desde nunca hasta siempre).
<i>Eating Attitudes Test</i> . (EAT-40). Cuestionario de las actitudes hacia la comida.	Gamer y Garfinkel (1979).	Está compuesto por 40 ítems que evalúan un amplio rango de actitudes y comportamientos relacionados con la anorexia nerviosa.
RSES. <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> . Cuestionario de Autoestima de Rosenberg.	Rosenberg (1965).	Fue diseñado para evaluar los sentimientos globales de autovaloración y auto aceptación. Consta de 10 ítems y, aunque originalmente se elaboró con las características de una escala Guttman, su utilización habitual recurre al formato Likert de cuatro alternativas de respuesta que van desde muy de acuerdo (1) hasta muy en desacuerdo (4).

- Entrevistas.

Tras haber presentado los principales cuestionarios, a continuación se describen las entrevistas más importantes creadas para medir la imagen corporal.

Figura16. *Entrevistas relacionadas con la medición de la imagen corporal*

Entrevista.	Autor.	Descripción.
BDDE, Body Dysmorphic Disorder Examination, adaptada por Raich, Torras y Mora. Examen de los desordenes dismórfico corporales.	Rosen y Reiter (1995).	Evalúa aspectos cognitivos así como conductuales y no valora solamente la insatisfacción corporal sino que discrimina sobre las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia. Al sujeto se le pide al comienzo que describa aquella parte de su apariencia que le ha disgustado más en las últimas cuatro semanas.. A continuación se intenta establecer si el pensamiento es delirante o no, y si algunas actividades se han llevado a cabo para remediar tal defecto. Los ítems restantes investigan sobre los diferentes síntomas que han estado presentes en las últimas cuatro semanas. Cada uno de éstos puede puntuarse entre 0 y 6. La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones de todas las respuestas excepto de algunas. Presenta buena consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez concurrente y predictiva. El punto de corte es igual o superior a una media de 60. (Rosen y Reiter, 1995).
Y-BOCS. <i>Escala de Yale Brown</i> de medición del Trastorno Obsesivo Compulsivo adaptada al Trastorno Dismórfico	Philips (1996).	A través de esta escala se puede valorar la severidad del trastorno dismórfico en la última semana. Consta de 10 ítems, que se refieren a los pensamientos y a las conductas. Incluye preguntas sobre comprensión o conciencia del problema y evitación. Se utiliza como entrevista semiestructurada; el entrevistador debe aclarar el contenido de las preguntas aunque es el sujeto quien en último término decide la puntuación que asigna a cada pregunta.

2.6.3 Evaluación de la dimensión conductual.

La medición de la dimensión conductual es sobre la que menos tiempo se lleva trabajando.

Algunos de los cuestionarios citados anteriormente incluyen evaluación de conductas (MBSRQ, BSQ, BDDE o *escala Yale Brown* modificada) pero el instrumento creado específicamente para evaluar las conductas asociadas a los trastornos de la imagen corporal es el BIAQ, *Body Image Avoidance Questionnaire* (Cuestionario de evitación a causa de la imagen corporal) de Rosen, Salzberg, Srenick y Went (1990). Consta de 19 ítems (escala de frecuencia de cinco puntos) en los que se evalúa la frecuencia con que se practican conductas que denotan cierta preocupación por la apariencia física y conductas de evitación. Consta de 4 subescalas: Vestimenta, Actividades sociales, Restricción alimentaria, Pesarse y acicalarse.

2.7. Alteración de la imagen corporal y los TCA.

En la mayoría de estudios relacionados con el estudio de la TCA, se destaca el poder dinámico de la imagen corporal, además se intenta apreciar la relación con la aparición de distintas alteraciones relacionadas con la conducta alimentaria, siendo parte fundamental en la gran mayoría de los estudios la relación de la imagen corporal de los sujetos.

Los términos “Alteración de la imagen corporal” e “insatisfacción corporal”, son dos términos que a menudo tienden a confundirse, dado que el primero engloba al segundo. (Thompson, 1990; Vaz, Peñas y Ramos, 1999). Existen varias alteraciones de la imagen corporal distintas, entre las distintas alteraciones se encuentran varias alteraciones que tienen relación con la conducta alimentaria, y las cuales son por lo general las más extendidas, en parte porque son las alteraciones que a mayor número de personas afectan, estos desordenes alimentarios son conocidos por la población como anorexia y la bulimia nerviosas, y como se ha comentado son las entidades diagnósticas más estudiadas. (Goñi y Rodríguez, 2004)

Ya en 1903, Janet se refiere a “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo” que implica el miedo a ser visto como ridículo. Bruch (1962) describía una alteración de la imagen corporal en las anoréxicas y la definía como una desconexión entre la realidad de la forma y estado del cuerpo de las anoréxicas y de cómo ellas se veían, y concretamente como una distorsión en la autopercepción del tamaño del cuerpo. Garner y Garfinkel (1981) señalan que las alteraciones de la imagen corporal incluyen dos aspectos relacionados: distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y la alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura.

En general, para que se pueda considerar que existe alteración de la imagen corporal debe existir la distorsión de alguno de los componentes de la misma. Hablar de alteración exige especificar qué aspecto de la imagen corporal se considera alterado. Por ejemplo el término “distorsión perceptual” aludiría a la estimación del tamaño, e “insatisfacción corporal” a la alteración en las emociones y actitudes hacía el tamaño y la forma del cuerpo (Baile, 2003). Por lo general, el término “insatisfacción corporal” se emplea para referirse a la puntuación obtenida en una escala de nueve ítems referidos a diferentes partes del cuerpo, junto a la satisfacción/insatisfacción que suscitan (Garner, 1998) o como la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales (Sepúlveda, Botella y León, 2001), otros autores se refieren a la discrepancia entre la figura que se

considera actual y la que se considera ideal, elegidas entre una serie de siluetas dibujadas (Gardner, Strak, Jackson y Friedman, 1999), esta última es la idea que se corresponde con la concepción de insatisfacción de la imagen corporal que se va a emplear en el presente/este trabajo.

Baile (2002) destaca varias características en relación al concepto de alteración de la imagen corporal. En primer lugar destaca la multidimensionalidad del propio constructo de imagen corporal, y considera que no existe una expresión única para referirse a la alteración-trastorno-desviación, el mismo término es en ocasiones utilizado por diferentes autores, pero lo operativizan de forma diferente, y utilizan diferentes técnicas de medida. A raíz de esto, algunos autores proponen que el término más global podría ser "alteración/trastorno de la imagen corporal" y que éste englobaría a los demás, como distorsión perceptual, insatisfacción corporal... (Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1994). Para evitar confusión al hablar de alteración de la imagen corporal, debería indicarse a que faceta o aspecto se refiere (alteración a nivel perceptual, actitudinal, emocional, conductual).

Rosen, Reiter, y Orosan (1990) proponen que el trastorno de la imagen corporal se defina como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. En relación a los mecanismos de mantenimiento de Rosen (1990) cita entre estos la atención selectiva hacía la parte del cuerpo que preocupa, las conductas de evitación (como no llevar determinada ropa para asistir a determinadas reuniones), y los rituales de comprobación y confirmación (como preguntar repetidamente por la ausencia de un defecto a mirarse a menudo al espejo).

Raich (2001) considera que los trastornos de la imagen corporal comprenden e influyen en todos los componentes en los que se divide la imagen corporal. En el caso de Raich considera que el trastorno afecta a nivel perceptivo, cognitivo y conductual.

- Aspecto perceptivo: la persona ve su defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en realidad, a esto se llama: distorsión perceptiva.
- Aspecto conductual: Organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Estas personas pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo o ante cualquier superficie reflejante. Solicitan continuamente información tranquilizadora sobre su defecto y se comparan con otros

individuos. Estas conductas, tienden por un proceso de reforzamiento negativo, a mantener e incrementar la ansiedad por su apariencia.

- Aspecto cognitivo: Ideación sobrevalorada que considera que aunque la insatisfacción corporal es muy frecuente, sobre todo en las mujeres, esto no es suficiente para definir en Trastorno de la Imagen Corporal. Los individuos con este trastorno devalúan la apariencia intensamente, imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia y cuando hacen una jerarquía de valores personales, los suelen colocar en primer lugar, con lo que tienden a subestimarse. Aunque puede presentarse en cualquier momento, es aún más intensa en las situaciones sociales en las que la persona se siente autoconsciente y espera ser escudriñada por la otra gente.

Las creencias y pensamientos que presentan las personas con trastorno/alteración de la imagen corporal se han descrito como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios (De Leon, Bott y Simpson, 1989; Hollander y Aronowitz). Es difícil distinguir entre ellos y parece que no existe un único patrón de pensamientos. Phillips y McElroy (1993) tras el estudio de multitud de casos, concluyen que el pensamiento varía en un continuo que va desde una ligera convicción hasta el delirio en el trastorno de la imagen corporal. El pensamiento obsesivo en el trastorno de la imagen corporal se refiere a los pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de la apariencia. Pueden reconocer que su preocupación es excesiva aunque estén convencidos del defecto de su apariencia. Para Goñi y Rodríguez (2004), una característica esencial de las creencias y pensamientos que presentan las personas con trastorno de la imagen corporal es la aparición de obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios, maneras todas ellas de interpretar los acontecimientos y de prever el futuro. Las distorsiones cognitivas provocan emociones negativas y predisponen a actuar de manera incorrecta.

A la hora de comprobar la existencia de alteraciones de la imagen corporal se ha comprobado cómo las alteraciones dan lugar a cuadros clínicos de diversa naturaleza, tanto física como psíquica, en donde se puede comprobar que algunos están perfectamente situados en las clasificaciones de las enfermedades mentales, y otros con poca precisión, incluso no reconocidos como tales en lo que a nosología se refiere. La distorsión de la imagen propia es relativamente frecuente, pero su carácter patológico depende de su gravedad, así como de su incidencia en la actividad de la vida. Por esto se considera muy importante intentar establecer

el punto de corte entre lo normal y lo anómalo, y por eso resulta necesario fijar criterios diagnósticos y una definición operativa clara (De la Serna, 2004).

2.7.1 Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA).

En las últimas décadas los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, han generado una importante atención social y un importante corpus científico, analizando la etiología, clínica asociada, tratamientos eficaces, etc.; Dado que una alteración de la imagen corporal (insatisfacción corporal) se ha considerado clave dentro los posibles factores predisponentes, y otra alteración (distorsiones perceptivas del tamaño corporal) como un criterio

Aunque los TA no suponen una nueva patología (existen relatos medievales de una misteriosa enfermedad, caracterizada por una gran pérdida de peso de una dieta de hambre autoimpuesta), no ha sido hasta las últimas décadas del siglo XX que se ha extendido por todas las sociedades del planeta. En este sentido, cuando lo que algunos calificaron de epidemia moderna de Europa Occidental y EE.UU (Palmer, 2001), ya ha avanzado hasta las zonas donde inicialmente se creía culturalmente incompatible, incluyendo China, India, México y Brazil. (Gordon, 2001).

Este hecho se debe a la gran importancia social otorgada a este tipo de trastorno y a la gran cantidad de estudios científicos realizados sobre el tema que han detectado la gran influencia que ejercen los TCA. La relevancia de la imagen corporal sobre los TCA viene dada porque los criterios diagnósticos más importantes de los TCA son la distorsión y la alteración de la imagen corporal. Este esfuerzo en su estudio ha proporcionado gran información científica, pero ha polarizado las aportaciones, pues ha provocado que se estudie la imagen corporal casi exclusivamente como una variable asociada a los TCA (Baile, 2003).

Los trastornos alimentarios tienen como característica central el trastorno de la imagen corporal. La similitud de los trastornos es evidente en los criterios diagnósticos “Preocupación persistente con el peso y la silueta” (APA, 1987) o “La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales” (APA, 1994). De hecho, una gran proporción de mujeres con diagnóstico de trastorno dismórfico, tienen una historia o presentan los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno alimentario (Hollander, Cohen y Simeon, 1993; Jackman, Williamson Funsch y Warner , 1994; Phillips y McElroy, 1993). Los trastornos alimentarios en personas con una apariencia normal, son esencialmente

trastornos dismórficos más anomalías en la conducta alimentaria (Rosen, 1995). Las conductas purgativas en las bulimias son equiparables a los remedios de belleza utilizados por las personas con trastorno dismórfico. Asimismo, las personas con trastornos alimentarios tienen otras preocupaciones corporales que las estrictamente referidas al peso o la silueta (Rosen, Reiter y Orosan, 1995). Pese a que dos importantes trabajos (Rusell, 1970; Slade y Rusell, 1973) pusieron de manifiesto que el miedo a estar gordo es un elemento central de la psicopatología de los TCA, y que la alteración de la imagen corporal que se detecta principalmente, es la tendencia a ver el cuerpo con más tamaño que el real, lo que se denominó de forma general: sobreestimación

En cuanto a las explicaciones para el fenómeno de los TCA, Raich (2004) en base a diferentes autores establece dos vertientes:

- Por un lado ha aparecido un culto a la delgadez que ha pervertido las sociedades, y dentro de ellas, a las culturas educativas. Se han distorsionado las creencias acerca de la salud, la alimentación y el apetito, tejiendo una red que se ha extendido sobre toda nuestra cultura (Kirk, 1999).
- Por otro lado, los TCA también se pueden entender como patologías que han surgido de la creencia sincrética de las mujeres sobre la feminidad de la delgadez, creada o favorecida por los medios de comunicación (Bray, 1996).

Ambas afirmaciones parecen complementarse ya que en muchos países occidentales, se está dando cada vez en mayor medida un énfasis a la necesidad de hábitos de vida saludables, relacionados sobre todo con una adecuada alimentación y con la práctica como medio de combatir la obesidad.

2.7.1.1 Anorexia nerviosa

Hilde Bruch (1962) fue la primera en sugerir la existencia de una alteración de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Bruch en la década de los años 60, comenzó proponiendo los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas, dio a conocer por vez primera la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno. A raíz de este momento se adquirió conciencia a nivel científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para medirla y conocerla mejor. Bruch (1962) considera que:

“Lo prototípico de la anorexia nerviosa no es la gravedad de la malnutrición per se, sino más bien la distorsión de la imagen corporal asociada a ésta: la ausencia de preocupación por la inanición, incluso en estados avanzados”.

Lo que significa que es el malestar resultante de la comparación y evaluación negativa de la imagen corporal que el sujeto considera como propia, frente a la imagen corporal deseada lo que se considera que constituye el principal factor que precede a la intención de adelgazar. A tal malestar se le conoce como insatisfacción corporal, también denominado por la literatura estima corporal negativa. En el contexto de los TA, la insatisfacción corporal es consecuencia de la discrepancia existente entre el cuerpo percibido y el cuerpo deseado. Cuando la discrepancia entre el cuerpo ideal interiorizado y la imagen corporal (el cuerpo percibido o experimentado) es excesiva, la valoración del cuerpo se hace negativa.

Bruch destaca que la anorexia nerviosa tiene tres características, un paralizante sentimiento de ineficacia personal, la incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo, y por último, una alteración de la imagen corporal negativa con el consiguiente riesgo de que también lo sea la autoestima general.

Con el paso del tiempo, la comunidad científica ha continuado interesándose más por los TCA en general, y en la anorexia nerviosa en particular debido a que gran parte de la sociedad se ha visto afectada por problemas con la imagen corporal, además, son bastantes los estudios que han puesto de manifiesto que la distorsión perceptiva corporal es significativamente superior en pacientes con TA que en controles (Rodríguez, Beato, Rodríguez y Martínez, 2003; Sepúlveda, Botella y Leon, 2001). Así, Sunday, Halmi, Werdann, y Levey (1992) observaron que comparadas con controles de diverso tipo, las pacientes anoréxicas sobrevaloraban el tamaño de sus caderas y el grosor relativo de su cuerpo

Por su parte, Garner y Garfinkel (1981) tras una exhaustiva revisión sobre la evaluación de la imagen corporal en una revisión sobre herramientas de evaluación de la imagen corporal en anorexia nerviosa, proponen que la alteración puede expresarse a dos niveles:

-Una alteración perceptual, esta alteración perceptual se hace patente cuando se demuestra incapacidad para estimar con exactitud la imagen corporal y las dimensiones de sus partes

-Una alteración cognitivo-afectiva hacia el cuerpo. Descontento provocado por la presencia de emociones o pensamientos negativos por culpa de la apariencia física

A continuación, se presentan los criterios que utiliza el DSM IV para diagnosticar la anorexia nerviosa:

- Las personas con este trastorno mantienen un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla. En este sentido, el peso de la persona debe ser inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y talla, de acuerdo con alguna de las tablas de la *Metropolitan Life Insurance*. Otro parámetro es el determinado por el índice de masa corporal que ha de ser igual o inferior a $17,5\text{kg/m}^2$. Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total, aunque también existen otras formas como la utilización de purgas o el ejercicio físico.
- Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o convertirse en obesas. Este miedo, generalmente, no desaparece aunque el individuo pierda peso y de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.
- Algunas personas se encuentran obesas, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupados porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen gordas. El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo extraordinario de disciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que esta pueda tener implicaciones clínicas graves.
- En niñas que ya han tenido la primera regla, la amenorrea es indicadora de una disfunción fisiológica. La amenorrea es consecuencia, generalmente, de la pérdida de peso, pero una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía.

2.7.1.2 Bulimia Nerviosa.

Además de la anorexia nerviosa, se encuentra otro TCA muy extendido entre la población. Este otro trastorno se conoce como la bulimia nerviosa, que consiste

principalmente en comer grandes cantidades de comida y en compensar estos atracones con métodos compensatorios inapropiados para evitar que se dé aumento de peso.

Por lo general, las personas con bulimia nerviosa se caracterizan en poner demasiado énfasis tanto en el cuidado de su peso como en el de las siluetas corporales, estos factores son considerados como los más importantes a la hora de determinar la autoestima. Estos sujetos coinciden con los que padecen anorexia nerviosa en el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Además la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Los criterios diagnósticos de la enfermedad según el DSM IV son los siguientes:

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. También por la sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento. Estos atracones que se producen pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos autodepresivos y estado de ánimo depresivo. Asimismo, se acompañan también de sensación de falta de control (Contreras, Gil, García, Andújar, Hidalgo, Padilla, y Rodríguez, 2006)
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas y otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo. Los individuos pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y las siluetas corporales. Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y las siluetas corporales, y estos factores son los factores más importantes a la hora de determinar la autoestima. Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo.

Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

2.7.2 Trastorno Dismórfico Corporal

Históricamente las primeras referencias aparecen a finales del siglo XIX cuando Morselli acuña el término de dismorfofobia (miedo a la propia forma del cuerpo). Con el paso del tiempo se eliminó el término “fobia” y se acuñó el término Trastorno Dismórfico incluido como un tipo de categoría diagnóstica en los DSM. El trastorno dismórfico se trata de un conjunto de aspectos (sobreestimación, distorsión de la imagen, insatisfacción, etc.) que representan un grado más severo de malestar que el de una simple alteración.

El trastorno dismórfico aparece en el DSM III R, en el DSM IV y en el DSM IV TR. (APA, 1987; APA, 1994, APA, 2002) y está incluido en los trastornos somatoformes. Los criterios diagnósticos son:

- Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- La preocupación provoca malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo insatisfacción con el tamaño y las siluetas corporales en la anorexia nerviosa) (APA, 1994).

Las quejas que típicamente se han aportado en la literatura científica de pacientes del trastorno dismórfico suelen ser acerca de una anormalidad completamente imaginaria. A veces las quejas pueden tener una base real y ser notadas por las otras personas, pero no hasta el punto que él o ella imagina. Estas quejas sólo pueden contemplarse como trastorno dismórfico cuando el defecto es exagerado y se acompaña de una preocupación trastornante e incapacitante (Phillips, 1996).

2.7.2.1 La Dismorfia Muscular

La Dismorfia Muscular o también conocida más popularmente como vigorexia es un tipo muy específico de trastorno dismórfico corporal concreto, en el que se considera que la

persona se encuentra con carencia de tonicidad y musculatura, lo que por lo general, conlleva a largas sesiones de ejercicio físico con el objetivo de ganar musculatura y tonicidad.

La gran mayoría de investigaciones encuentra que las mujeres corren mayor riesgo y prevalencia de los trastornos de la imagen corporal que los hombres, pese a que en los últimos tiempos se haya percibido que los hombres cada vez son más susceptibles a estos trastornos. Muchos acuden a gimnasios para adelgazar en el caso de que exista sobrepeso y otros muchos acuden obsesionados en conseguir cuerpos más musculosos, no es casualidad que cada vez sea más frecuente el fenómeno de la vigorexia o dismorfia muscular. Como se ha dejado intuir, la característica principal de la dismorfia muscular es la subestimación muscular por parte del afectado, el sujeto se percibe menos musculoso de lo que realmente es. En ocasiones los afectados perciben que son musculosos pero quieren estarlo más. A lo comentado, se le añade el sentimiento de insatisfacción corporal además de intentar de manera obsesiva aumentar su musculatura (Facchini, 2006). Los comportamientos asociados a la dismorfia muscular son principalmente: excesivo tiempo en el gimnasio levantando pesas; conductas de verificación (pesarse, medirse, compararse); conductas evitativas (de lugares, personas, actividades); dietas especiales (hiperproteicas e hipograsas) y abuso de esteroides anabolizantes (Mangweth, Pope, Kemmler, Ebencichler, Hausmann, De col, Kreutner, Kinzl, y Biebl, 2001).

Algunos autores, como Fernández (2008), previenen de la importancia de diferenciar entre un leve entusiasmo por el fisicoculturismo de la dismorfia muscular, pues esta última se asocia con una marcada insatisfacción corporal y de las conductas anteriormente señaladas (Fernández, 2008). También hay que diferenciar la dependencia al ejercicio y la dismorfia muscular. La persona que tiene dependencia al ejercicio hace ejercicio aeróbico compulsivamente y busca el efecto de aumentar el estado de ánimo; la persona con dismorfia muscular limita el ejercicio aeróbico para proteger la masa muscular. Los TCA y la dismorfia muscular tienen en común la preocupación por la imagen corporal, las conductas de verificación y conductas alimentarias especiales pero, mientras que en los TCA el individuo se preocupa de la obesidad y desarrolla primariamente desajustes alimenticios y secundariamente ejercicio, en la dismorfia muscular el deseo de adquirir tamaño provoca primariamente ejercicio y secundariamente influye en la alimentación (Mangweth, Pope, Kemmler, Ebencichler, Hausmann, De col, Kreutner, Kinzl, y Biebl, 2001; Pope, Gruber, Choi, Olivardia, y Phillips, 1997).

En cuanto a las razones de por qué aparece la dismorfia muscular, los estudios apuntan a la mezcla de un cúmulo de variables, como son las genéticas, culturales y psicológicas. Los factores predisponentes serían una sintomatología obsesiva-compulsiva, déficits en la constitución del narcisismo y la presión social occidental por tener un cuerpo musculoso (Facchini, 2006). En cuanto a la edad de mayor riesgo, se apunta a que está situada entre los 15 y los 30 años (Facchini, 2006) pero en los años de la adolescencia la preocupación por la imagen corporal aumenta de manera importante debido en su mayoría a los cambios físicos y psíquicos que sufren.

Está demostrado que el constructo “imagen corporal” está involucrado en este trastorno, lo que significa que la insatisfacción y la distorsión de la imagen del propio cuerpo son parcialmente responsables de los trastornos alimentarios (Vaz, Salcedo, González y Alcaiana, 1992). Las investigaciones indican que, en concreto, una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, vinculada a una insatisfacción corporal, está en la base de estos trastornos (Toro, Salamero, y Martínez, 1995).

2.8. Teorías y estudios de la Satisfacción/ Insatisfacción.

En el ámbito académico el término satisfacción también se ha utilizado en disciplinas muy diferentes, dependiendo del contexto en el que se usa el término de satisfacción, se referirá a diferentes cuestiones, ya que se puede emplear para hacer referencia a la satisfacción con la vida, como para la satisfacción laboral, la satisfacción sexual, y en nuestro caso satisfacción con la imagen corporal. Por otro lado, pese a que como hemos dicho antes, el término cada vez está más extendido, no existe mucha información acerca de lo que el concepto de la satisfacción/insatisfacción implica y significa. Maslow en 1943 utilizó el término para referirse a la sensación que se producía cuando se satisfacían las necesidades básicas (Pirámide Maslow o también conocida como la jerarquía de las necesidades humanas). El concepto que se defiende a través de esta jerarquía, es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención y empiezan a ser importantes sólo cuando se han satisfecho las necesidades inferiores de la pirámide. Dependiendo de la evaluación que se haga se podrá decir si se siente satisfacción o insatisfacción, en el caso de que el resultado sea el que suscite sentimientos y sensaciones positivas hablamos de satisfacción, en caso contrario, de no sentirnos cómodos, hablamos de insatisfacción. El Diccionario de la Lengua Española define de varias maneras el término satisfacción como la:

“Acción de satisfacer”; “Gusto, placer, contento”; “Realización del deseo o gusto”; “Razón o acción con la que se responde enteramente a una queja”; “Presunción, vanagloria”; o “Reaparición de una acción injusta o punible, cumpliendo absolutamente las obligaciones que pesan sobre el deudor”. (RAE).

El significado etimológico del término “satisfacción”, conduce a una palabra compuesta que incluye la ACCIÓN, acompañada del prefijo proveniente del latín “satis” que significa bastante, suficiente.

“Suele decirse que la fuente de la satisfacción es tomar bastante acción para cumplir un deseo”.

Uno de los usos más difundidos del término satisfacción es aquel que hace referencia al gusto, o al placer en relación al estado de la mente, generado por una mayor o menor, optimización del feedback cerebral, mediante este feedback se consigue que las diferentes zonas cerebrales compensen el potencial energético dando una sensación de plenitud. Se considera que cuanto mayor sea la capacidad de neurotransmitir mayor será la posibilidad de satisfacción. En caso contrario, de que no se consiga la optimización del feedback cerebral, aparecerá la insatisfacción y el individuo de inmediato empezará a sentir inquietud y disgusto como consecuencia de ello.

En este estudio se toma la relación del concepto de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, que se considera importante, principalmente por considerar la insatisfacción corporal como un indicador de los TCA (Raich, Mora, Soler, Clos, Zapater, 1996), los cuales, como se ha dicho anteriormente son un importante objeto de estudio, debido a la gran importancia e influencia que están adquiriendo en las últimas décadas.

2.8.1 Teorías de la satisfacción.

Al usar el término de satisfacción/insatisfacción asociado a tan diversos usos, aparece la satisfacción relacionada con distintas teorías, que a su vez están relacionadas con diferentes aspectos. Como se ha comentado anteriormente, el concepto de satisfacción puede estar asociado a diferentes ámbitos, es por ello que a la hora de presentar teorías relacionadas con este concepto, se encuentra que dependiendo del área de conocimiento desde el que se hable

el concepto de satisfacción hará referencia a una cosa o a otra. En este caso hace referencia al gusto y placer resultante de la imagen corporal.

En este estudio se entiende que el concepto de la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal es la sensación producto de la comparación entre la imagen percibida y la imagen ideal o deseada por el sujeto. Dependiendo del resultado de la comparación interna que cada sujeto realiza se produce satisfacción o insatisfacción, ya que se considera a los términos de satisfacción e insatisfacción como mutuamente excluyentes y como parte de un mismo continuo en el que cada uno de los términos forma parte de cada uno de los extremos del mismo continuo.

En este estudio se hace referencia a la insatisfacción con la imagen corporal, y se considera que el término hace referencia al malestar producido por la percepción de la imagen corporal y por su valoración subjetiva. Por tanto si existe un bienestar derivado de la imagen corporal se deduce que existirá una imagen adecuada que hará que el sujeto se sienta satisfecho. De esta manera se puede operativizar el término insatisfacción como la discrepancia entre el cuerpo real (el que tiene el sujeto), con el cuerpo ideal (el que me gustaría tener). Este es el concepto de insatisfacción que está presente en el inicio de muchas disfunciones conductuales y que es la base de los instrumentos de medida.

La satisfacción con la imagen corporal es una variable importante porque resume la calidad de vida de un individuo y está relacionada estrechamente con otras variables como la autoestima, la depresión, el locus of control, etc. (Robinson, 1969). Se define normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo (Veenhoven, 1984), que, a su vez, es considerado como una actitud (Argyle, 1987). Además se considera que la PAFYD está relacionada con la satisfacción corporal, aunque se han encontrado indicios de que excesiva PAFYD puede actuar de manera negativa en la imagen corporal, lo normal es que una cantidad de PAFYD controlada beneficie la imagen corporal (Taylor, Sallis y Needle, 1985).

Si bien tradicionalmente la insatisfacción corporal se ha circunscrito casi de manera exclusiva a contextos o sociedades occidentalizadas, el paso del tiempo y la globalización han puesto de manifiesto que este fenómeno, conjuntamente con la preocupación por el peso, son elementos presentes en casi todas las culturas, entendiendo por cultura el conjunto de conocimientos compartidos por un grupo de individuos que tienen una historia común y participan en una estructura social.

Los resultados demuestran la existencia de un efecto directo de la actitud hacia la apariencia física sobre la insatisfacción con la imagen corporal. Esta influencia puede ser explicada por la teoría de las comparaciones sociales de Festinger (1957), la cual establece que la insatisfacción con la imagen corporal es consecuencia de comparar la propia imagen con un ideal estético interiorizado y valorado por el individuo, es decir que a mayor discrepancia se generará una mayor insatisfacción con la figura corporal que se tiene .

La literatura revisada muestra la existencia de un efecto directo de la actitud hacia la apariencia física sobre la insatisfacción con la imagen corporal, para poder explicarlo nos sustentamos en la teoría de las comparaciones sociales de Festinger, (Festinger, 1957, citado por Pyszczynski y cols; 1985) en general hace referencia a la comparación que hace el sujeto de sus opiniones y habilidades con respecto a las de su grupo. Con el tiempo, el concepto se amplió para incluir la búsqueda de información sobre las emociones de los otros y hoy el término no se limita a describir las comparaciones que hace el sujeto con individuos similares a él sino también las que realiza con otros de habilidades o características muy dispares a las suyas, las cuales tendrían efectos muy importantes en la autoevaluación del sujeto que las realiza. Se establece que la insatisfacción con la imagen corporal es consecuencia de comparar la propia imagen con un ideal estético interiorizado y valorado por el individuo, o sea que a mayor discrepancia se generará una mayor insatisfacción con la figura corporal que se tiene (Festinger, 1957).

Otros autores señalan tres fuentes primarias de influencias socioculturales: la familia, los amigos y los medios de comunicación, y sostienen que la presión de estas tres fuentes, juntas o separadas, puede llevar a los individuos a internalizar mensajes sociales acerca de la importancia de la delgadez y a la creencia de que la belleza física es la base del éxito en la vida (Blowers, Loxton, Grady- Flessner, Occhipinti y Dawe, 2003; Stice, 2002). En consecuencia, al evaluar que no se posee este atributo puede generar un juicio de que no se es exitoso y por lo tanto estos pacientes obesos se muestran insatisfechos con la vida.

A través de la “teoría del autoesquema” elaborada por Markus (1977), Myers y Biocca proponen una modificación en el año 1992, para poder explicar cómo se asimilan los mensajes y los valores transmitidos por los medios de comunicación y como estos influían posteriormente sobre el sentido del Yo.

La teoría de la objetivación plantea, que las mujeres con mayor insatisfacción corporal y con más miedo a ganar peso podrían tener más interiorizado el ideal corporal de la mujer en

la sociedad, y debido a esta mayor toma de autoconciencia corporal se podría producir una evitación de experiencias sexuales (Calado, Lameiras y Rodríguez, 2004).

En esta teoría se considera que las mujeres de la sociedad occidental están inmersas en una cultura dominante masculina en la que se trata de forma diferente los cuerpos de los hombres y de las mujeres.

Esto tiene como consecuencia que sea mucho más probable que el cuerpo de las mujeres se mire, evalúe y sea potencialmente más objetivado que el de los hombres (Fredrickson y Roberts, 1997). En los escasos estudios con mujeres universitarias se ha encontrado que la autoobjetivación se relaciona positiva y significativamente con alta vergüenza corporal y síntomas de trastornos alimentarios (Frederickson, Roberts, Noll, Quinn y Twenge, 1998; Noll y Frederickson, 1998). Esto se podría deber a que el estándar de belleza que la objetivación envuelve es extraordinariamente difícil de conseguir, lo que conlleva un descontento entre el deseo de parecer y la realidad.

Autores como Odgen (2003), que proponen que la insatisfacción corporal se produce en tres circunstancias:

- Cuando hay una distorsión de la imagen corporal (creo que soy más gordo de lo que soy).
- Cuando existe discrepancia respecto del cuerpo ideal (creo que soy más gordo de lo que me gustaría ser).
- Cuando se emiten respuestas negativas ante el cuerpo (no me gusta mi cuerpo).

La insatisfacción corporal es un rasgo común dentro de una sociedad que como la nuestra glorifica la belleza, entendida ésta como delgadez. El malestar que el propio cuerpo o la apariencia física suscita en un sujeto favorece la toma de decisión y la puesta en práctica de una dieta restrictiva motivada por el fuerte deseo de adelgazar para, de este modo, alcanzar el modelo corporal esbelto culturalmente establecido.

2.8.2 Estudios sobre insatisfacción corporal

En este apartado se presentan los estudios más relevantes realizados en los últimos tiempos en relación con la insatisfacción con la imagen corporal.

En primer lugar, se presentan los estudios relacionados con la comparación de las puntuaciones de grupos de distinto sexo. Los estudios realizados para valorar la insatisfacción corporal demuestran que gran parte de las chicas y algo menos de los chicos les gustaría estar más delgados de lo que están. Por ejemplo, Toro y cols. (1989) hallaron que un 26% de las adolescentes estudiadas se sentían insatisfechas con su cuerpo y se percibían gordas, a pesar de que sólo un 1% de ellas lo estaba. Estudios más actuales sitúan los porcentajes de insatisfacción corporal entre el 59% (Wardel y Marsland, 2000) y el 51-58% (Laquatra y Clopton, 1994). Resultados similares obtuvieron en su investigación Cash y Henry (1995) con un 48% de las mujeres que evaluaban negativamente su apariencia física u Olesti-Baiges y cols. (2007) con un 47,7%.

En España, Cruz y Maganto (2002) realizaron una investigación en adolescentes a los que se les administró un cuestionario de siluetas. Comprobaron cómo el 60% de las chicas les gustaría estar más delgadas frente al 23% de los chicos. Además, en este mismo estudio, el 54% de los varones estaban satisfechos con su cuerpo y sólo el 33% de las mujeres, igualmente el 22% de los chicos les gustaría estar más gordos pero en las chicas sólo lo pensaban el 7%. En otro estudio, De Gracia y cols. (1999) encontraron que más de la mitad de las adolescentes encuestadas (53.8%) expresaban preocupación por su imagen corporal y deseos de estar delgadas. Esta preocupación estaba asociada a una mayor influencia del modelo estético de delgadez.

En un estudio con jóvenes españoles (Baile, Guillén y Garrido, 2002) observaron que a los 12-13 años se muestran niveles muy bajos de insatisfacción corporal sin diferencias entre los chicos y las chicas. Los chicos mantuvieron su puntuación de insatisfacción corporal en el intervalo de edad 12-13 a 17-19; las chicas la incrementaron en el intervalo que va de 12-13 a 15-16, manteniéndolo posteriormente en niveles similares en edades posteriores, lo que apuntaría la idea de que la insatisfacción corporal se instaura en el período que va de los 12 a los 16 años. (Baile y cols, 2002).

Por su parte, Raich, Torras y Figueras (1996), realizaron un estudio con universitarios, en el que los hombres en general, deseaban ganar peso, incluso los que presentaban sobrepeso

(12% deseaban pesar más). Las mujeres, en cambio, deseaban estar más delgadas. El 18% de las chicas con infrapeso deseaba pesar aún menos, el 82% de las que estaban en un peso saludable, y el 100% de las que presentaban sobrepeso también querían pesar menos. Lameiras, Calado, Rodríguez, Fernández (2003) se centraron en universitarios sin TCA, obtuvieron que el 70% de las chicas y el 52.8% de los chicos querían pesar menos, a pesar de que el 84% de ellas se encontraban en normopeso y ellos presentaban sobrepeso en un 24.3%. En esta misma investigación fueron más los chicos que querían pesar más (chicos 23.6%; chicas 11%) y que estaban satisfechos con su peso (chicos 23.6%; chicas 18.8%).

En las investigaciones que se centran en la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y el IMC se encontraron resultados bastante contradictorios. En algunos, se señala al IMC como un indicador muy importante para predecir la satisfacción corporal (Jones, 2004; Stice, Whitenton, 2002), otras investigaciones contradicen estos resultados al no encontrar diferencias significativas que relacionen la insatisfacción corporal y el IMC (Murdey, Cameron, Biddle, Mashall y Gorely, 2005).

Utilizando el Body Shape Questionnaire (BSQ), que valora el grado de insatisfacción corporal, Espina y cols. (2002) obtuvieron en adolescentes que la preocupación por la imagen corporal aparece en el 32.5% de las chicas, aumentando con la edad, y el 8.9% de los chicos. En ambos sexos la relación entre la preocupación por la IC y el índice de masa corporal (IMC) fue positiva. Ballester, De Gracia, Patiño, Suñol y Ferrer (2002), hallaron que un 9% de las mujeres adolescentes manifestaron una preocupación extrema por su figura y peso, mientras que el 13.1% mostraba una preocupación moderada.

Martínez y Veiga (2007) en sus estudios con adolescentes en la comunidad de Madrid, encontraron que tanto el IMC, como la actividad física están relacionados con la insatisfacción corporal. Además encontraron diferencias por edad en las puntuaciones medias de insatisfacción, no se aprecian tales diferencias en las comparaciones por sexo.

En los estudios relacionados con los TCA, como la anorexia y la bulimia nerviosa. Bruch (1962), encontró que en los pacientes con TCA la percepción que tienen de su cuerpo, y la realidad no concuerdan. Por su parte, Damani, Button y Reveley (2001) destacaron en sus investigaciones que tanto las mujeres diagnosticadas de TCA como las mujeres del grupo control, hacían énfasis por igual en la importancia de estar delgadas y en la apariencia física. En cambio, las primeras valoraban negativamente todo el cuerpo, mientras que las segundas eran más capaces de estimar de forma positiva algunas partes de su cuerpo. Sepúlveda,

Botella y León (2001), realizaron una revisión sobre la alteración de la imagen corporal en los TCA, destacando la importancia de las actitudes y los sentimientos en relación a la propia figura, concluyendo que la insatisfacción corporal es más típica de los sujetos con TCA, que los sujetos del grupo control.

II. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

II: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

CAPÍTULO 3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.3. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.4. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO

3.5. PROCEDIMIENTO

3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Capítulo



3

Diseño de la Investigación

Capítulo 3. Diseño de la investigación.

En este capítulo se describe el proceso a seguir para la realización de la investigación y se desarrolla el planteamiento de la misma. De esta manera, se presenta el problema, se especifican los objetivos e hipótesis, se describe la muestra del estudio, se explica la metodología utilizada y el diseño de investigación, así como el instrumento empleado para recoger la información relativa a la PAFYD, el IMC declarado y la Imagen Corporal de los jóvenes guipuzcoanos y chilenos.

3.1. Planteamiento del problema de investigación.

Se dice que el lugar en el que se vive es el reflejo de la vida que allí se desarrolla. Si como indica Luis-de Cos (2014) en su tesis doctoral, se presta atención al entorno urbano se puede observar el por qué del devenir de la inactividad física en niños y adolescentes. La escasez de zonas amplias de juego, los carteles que rezan “prohibido jugar al balón” así como normativas que desplazan a los adolescentes que practican modalidades como el “skate” lejos de la vía pública, convierten a las ciudades modernas en lugares llenos de restricciones para desarrollar la PAFYD. Parece contradictorio que todo esto suceda cuando, al mismo tiempo, desde el ámbito científico y académico, cada vez son más numerosos los estudios que atribuyen a los años de la niñez y primera juventud principal relevancia en la creación y mantenimiento de hábitos de práctica físico-deportiva (Balaguer, 2002; Nuviala y cols; 2003; Piéron y Ruiz, 2010; Ramos, Ponce de León y Sanz, 2010; Ries, 2009; Serra, 2008). Sin embargo, numerosos estudios han mostrado la disminución de la práctica durante la etapa adolescente (Bauman, Ries, Sallis, Well, Loos y Martin, 2012; CSD, 2011; Serra, 2008). Al tiempo, la Organización Mundial de la Salud anuncia el aumento de la obesidad infantil a causa, entre otras, de la falta de actividad físico-deportiva (OMS, 2012).

Por otro lado, la información que los diferentes medios de comunicación lanzan a la población en general y a la juventud en particular está llena de mensajes en los que la imagen juega un papel relevante. Esa imagen va ligada por lo general a cuerpos esbeltos y definidos también conocidos como “slim” generando en ocasiones situaciones que conducen a la obsesión por la imagen corporal (Merino, Pombo y Godás, 2001). Por lo que se aprecia una doble vertiente: por un lado los problemas derivados de un exceso de celo por conseguir una imagen corporal idónea, y por otro, con la necesidad de solventar los males derivados del creciente sedentarismo así como los problemas de exceso de peso. Ante esta situación surge el

interés por profundizar en lo que sobre estos temas acontece a nuestro alrededor. Así pues, ésta investigación pretende responder a la necesidad de conocer qué sucede con la PAFYD de los jóvenes guipuzcoanos, hacernos una idea de cuál es el IMC declarado de los estudiantes y determinar en qué grado están (o no) satisfechos con su imagen corporal. Asimismo se presenta la oportunidad de comparar la situación de los jóvenes guipuzcoanos con población de la misma edad de Chile.

Para responder a todo ello se han planteado los objetivos que se describen en el siguiente apartado.

3.2. Objetivos e hipótesis

La práctica de actividad físico-deportiva se presenta en el siglo XXI como elemento necesario para combatir la inactividad fruto de un cambio de estilo de vida ligado a los avances técnicos y tecnológicos (Palacios, 2011). La falta de espacios se suma a las medidas, cada vez más restrictivas, del uso de los espacios urbanos, lo que hace pensar en estilos de ocio alejados de la práctica físico-deportiva. No obstante, la revisión científica induce a plantearse la necesidad de indagar en este tema, comparando grupos de población con similares características (Arribas, 2005; Nuviala y cols; 2003; Piéron y cols; 2010; Ramos y cols; 2010).

Siguiendo esta recomendación, el propósito de este estudio es:

“Analizar y relacionar la práctica de actividad física y deporte (PAFYD) que realizan los jóvenes de 13 a 17 años de Gipuzkoa con su índice de masa corporal (IMC) declarado y aspectos de la imagen corporal para, posteriormente, realizar una comparación transcultural de la citada población con jóvenes de Chile.”

Para llevar a cabo este propósito se articulan cuatro ejes. El primero está relacionado con la Práctica de Actividad Física y Deporte (PAFYD) que realizan los jóvenes de Gipuzkoa, el segundo eje estudia el Índice de Masa Corporal (IMC) declarado, el tercero de los ejes se centra en aspectos relacionados con la Imagen Corporal y el cuarto y último eje, hace referencia al estudio transcultural en el que se comparan las realidades de los jóvenes de Gipuzkoa y jóvenes de Chile.

A continuación se establecen los objetivos específicos enlazados con las hipótesis que guían la presente investigación.

En relación con el primer eje, PAFYD:

Objetivo 1: -Analizar y valorar la Práctica de Actividad Física y Deportiva (PAFYD) de los y las jóvenes de 13 a 17 años de Gipuzkoa profundizando en características tales como la intensidad, duración y frecuencia, y atendiendo a la edad y el sexo.

Del que se derivan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: *Los chicos practican PAFYD en mayor porcentaje que las chicas, siendo que a medida que avanza la edad descende el número de jóvenes que realiza PAFYD.*

Hipótesis 2: *Los chicos tienen hábitos de PAFYD de mayor intensidad, duración y frecuencia que las chicas siendo que a medida que avanza la edad la intensidad la práctica aumenta.*

En el segundo Eje, IMC:

Objetivo 2: -Conocer y estudiar la evolución del Índice de Masa Corporal (IMC), atendiendo al sexo y edad de los participantes. para relacionarlo con la práctica de actividad física y deporte (PAFYD)

Del que se derivan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 3: *El IMC de la mayoría de los jóvenes de Gipuzkoa se encuentra en normopeso siendo en todos los casos el IMC de las chicas más bajo que el de los chicos.*

Hipótesis 4: *Los jóvenes que presentan mayores niveles de frecuencia, duración e intensidad en su práctica físico-deportiva son quienes tienen un IMC menor.*

En el tercer eje, Imagen Corporal:

Objetivo 3: -Estudiar la imagen percibida, la imagen deseada y el grado de satisfacción/insatisfacción que los jóvenes de Gipuzkoa presentan con respecto a su imagen corporal.

Del que se derivan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 5: *Los chicos y chicas de Gipuzkoa presentan índices diferentes con respecto a su imagen percibida.*

Hipótesis 6: *Los chicos y chicas de Gipuzkoa presentan índices diferentes en cuanto a la imagen deseada.*

Hipótesis 7: *Las chicas de Gipuzkoa se muestran más insatisfechas con su imagen corporal que los chicos.*

Hipótesis 8: *Los más jóvenes se sienten más insatisfechos con su imagen corporal y a medida que se hacen mayores se sienten más conformes con su realidad.*

Objetivo 4: - Analizar la relación entre las características de la PAFYD (frecuencia, duración, intensidad) y la imagen percibida, la imagen deseada y el índice de satisfacción/insatisfacción que las y los jóvenes guipuzcoanos presentan con respecto a su imagen corporal.

Del que se derivan la siguiente hipótesis:

Hipótesis 9: *El índice de insatisfacción con la imagen corporal se ve afectado por las características de frecuencia y duración de la PAFYD, sintiéndose más insatisfechos quienes menos tiempo dedican a dicha práctica.*

Objetivo 5: - Analizar la relación entre el IMC y la imagen deseada, la imagen percibida y el índice de satisfacción/insatisfacción que las y los jóvenes de Gipuzkoa presentan con respecto a su imagen corporal.

Del que se derivan la siguiente hipótesis:

Hipótesis 10: *Los jóvenes que presentan un IMC asociado al “normopeso” son quienes se encuentran más satisfechos con su imagen corporal.*

En el cuarto eje, estudio transcultural:

Objetivo 6: -Comparar la realidad de los jóvenes de Gipuzkoa y Chile en relación al índice de satisfacción/insatisfacción con su imagen corporal.

Del que se deriva la siguiente hipótesis:

Hipótesis 11: *Los jóvenes guipuzcoanos están menos satisfechos con su imagen corporal que los jóvenes chilenos, siendo las chicas de Gipuzkoa las que más insatisfechas se presentan.*

Figura 17. Resumen objetivos e hipótesis.

EJES	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
Eje 1.PAFYD	1-Analizar y valorar la Práctica de Actividad Física y Deportiva (PAFYD) de los y las jóvenes de 13 a 17 años de Gipuzkoa profundizando en características tales como la intensidad, duración y frecuencia, y <i>atendiendo a la edad y el sexo.</i>	Hipótesis 1: <i>Los chicos practican PAFYD en mayor porcentaje que las chicas, siendo que a medida que avanza la edad descende el número de jóvenes que realiza PAFYD.</i> Hipótesis 2: <i>Los chicos tienen hábitos de PAFYD de mayor intensidad, duración y frecuencia que las chicas siendo que a medida que avanza la edad la intensidad la práctica aumenta.</i>
Eje 2.IMC	2-Conocer y estudiar la evolución del Índice de Masa Corporal (IMC), atendiendo al sexo y edad de los participantes. para relacionarlo con la práctica de actividad física y deporte (PAFYD)	Hipótesis 3: <i>El IMC de la mayoría de los jóvenes de Gipuzkoa se encuentra en normopeso siendo en todo los casos el IMC declarado de las chicas más bajo que el de los chicos.</i> Hipótesis 4: <i>Los jóvenes que presentan mayores niveles de frecuencia, duración e intensidad en su práctica físico-deportiva son quienes tienen un IMC menor.</i>
Eje 3.Imagen corporal	3-Estudiar la imagen percibida, la imagen deseada y el grado de satisfacción/insatisfacción que los jóvenes de Gipuzkoa presentan con respecto a su imagen corporal.	Hipótesis 5: <i>Los chicos y chicas de Gipuzkoa presentan índices diferentes con respecto a su imagen percibida..</i> Hipótesis 6: <i>Los chicos y chicas de Gipuzkoa presentan índices diferentes en cuanto a la imagen deseada</i> Hipótesis 7: <i>Las chicas de Gipuzkoa se muestran más insatisfechas con su imagen corporal que los chicos.</i> Hipótesis 8: <i>Los más jóvenes se sienten más insatisfechos con su imagen corporal y a medida que se hacen mayores se sienten más conformes con su realidad.</i>
	4-Analizar la relación entre las características de la PAFYD (frecuencia, duración, intensidad) y la imagen percibida, la imagen deseada y el índice de satisfacción/insatisfacción que las y los jóvenes guipuzcoanos presentan con respecto a su imagen corporal.	Hipótesis 9: <i>El índice de insatisfacción con la imagen corporal se ve afectado por las características de frecuencia y duración de la PAFYD, sintiéndose más insatisfechos quienes menos tiempo dedican a dicha práctica.</i>
	5-Analizar la relación entre el IMC y la imagen deseada, la imagen percibida y el índice de satisfacción/insatisfacción que las y los jóvenes de Gipuzkoa presentan con respecto a su imagen corporal.	Hipótesis 10: <i>Los jóvenes que presentan un IMC asociado al “normopeso” son quienes se encuentran más satisfechos con su imagen corporal</i>
Eje 4. Estudio transcultural	6-Comparar la realidad de los jóvenes de Gipuzkoa y Chile en relación al índice de satisfacción/insatisfacción con su imagen corporal.	Hipótesis 11: <i>Los jóvenes guipuzcoanos están menos satisfechos con si imagen corporal que los jóvenes chilenos, siendo las chicas de Gipuzkoa las que más insatisfechas se presentan.</i>

3.3. Método y diseño de la investigación.

Tras plantear los objetivos de la investigación a continuación se selecciona la muestra, el método, las técnicas de investigación y el instrumento que mejor se adapten a los objetivos del estudio.

El diseño del estudio es ex post facto, basado en variables existentes previas a la intervención de los investigadores. La metodología utilizada en esta investigación es una metodología cuantitativa. Se centra en la medición cuantitativa de variables y en el análisis de las relaciones entre las mismas. El estudio es descriptivo y correlacional.

3.4. Contextualización del estudio.

La parte principal de este estudio se centra en la provincia de Gipuzkoa, en la Comunidad Autónoma del País Vasco (España). Esta provincia, para su gestión económica, política y social está dividida en siete comarcas, que engloban el conjunto de todos los municipios: Bidasoa, Donostialdea, Alto Deba, Bajo Deba (en esta investigación se ha tomado estas dos comarcas unificadas), Urola, Goierri y Tolosaldea, que ha sido tenido en cuenta en la presente tesis como referente para la selección de la muestra representativa de la población de entre 13 y 17 años.

Para dar respuesta al cuarto eje, comparación transcultural, se contó con un grupo de 128 jóvenes chilenos de 13 y 14 años, de la provincia de Iquique concretamente.

- **Descripción de la población. Muestra del estudio**

- Muestra de Gipuzkoa.**

- Antes de que se recogieran los datos, se realizó una selección previa de centros. Los centros seleccionados inicialmente, estaban ubicados en poblaciones de más de 4.000 habitantes localizadas en la provincia de Gipuzkoa, para que pudieran albergar escolares de las edades motivo de estudio, desde 1º hasta 4º de educación secundaria obligatoria y 1º y 2º de bachillerato. El nivel de confianza es del 95%, con un error muestral para el total de la muestra que se sitúa alrededor del $\pm 5\%$.

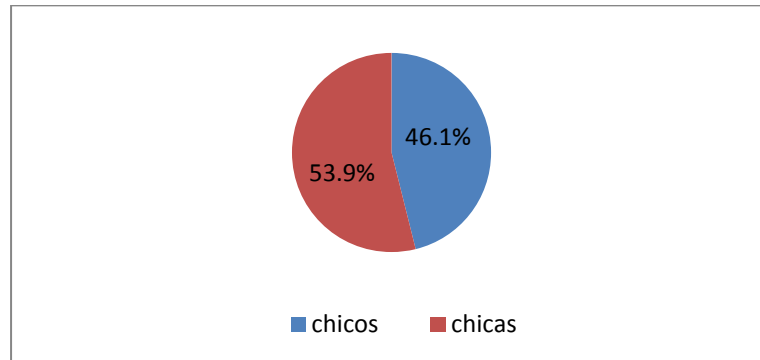
- Inicialmente se contó con una muestra total de 882 sujetos de edades comprendidas entre los 13 y los 17 años. Se eliminaron 93 de ellos por no haber respondido a las cuestiones que se les planteaban. Posteriormente, y como se ha explicado en el apartado de análisis

estadísticos, y tratamiento de datos se eliminaron 73 sujetos por considerar sus respuestas relativas a la imagen percibida y el IMC declarado como “poco coherentes”, por lo que finalmente se contó con una muestra de 713 jóvenes, de entre 13 y 17 años pertenecientes a la provincia de Gipuzkoa.

La técnica de muestreo empleada para reunir la muestra ha sido aleatoria y estratificada siendo las variables elegidas: el sexo y la edad.

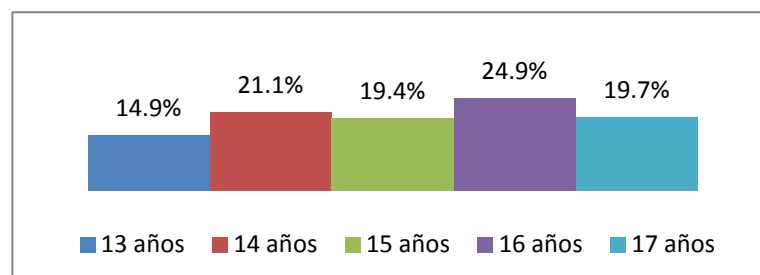
En cuanto a la distribución de la muestra total en función del sexo, gráfico 1, se ha apreciado que 329 de los jóvenes son chicos, suponiendo un 46.1%. Por otro lado, se aprecia que un 53.9% de la muestra está compuesta por chicas, lo que suponen 384 chicas participantes en el estudio.

Gráfico 1. *Muestra guipuzcoana por sexo.*



En el gráfico 2. se presenta la distribución de los 713 sujetos totales en función de la edad, como se puede comprobar la muestra está compuesta por 87 jóvenes de 13 años lo que supone un 14.9% del total de la muestra, 150 sujetos de 14 años que son un 21.1% del total, 141 sujetos de 15 años, siendo un 19.4% del total, 182 sujetos de 16 años que suponen un 24.9% de la muestra total. La muestra restante la forman los jóvenes de 17 años, 149 jóvenes que suponen el 19.7%.

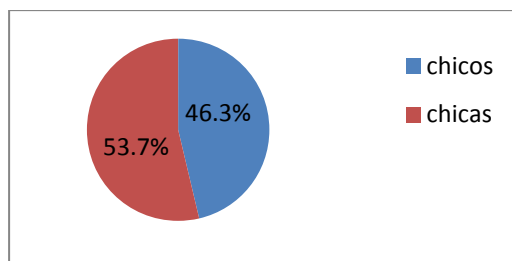
Gráfico 2. *Muestra guipuzcoana por edad.*



-Muestra de Chile.

En cuanto a la muestra de los jóvenes chilenos (gráfico 3), decir que es una muestra de conveniencia. Está compuesta por 128 jóvenes de 13 y 14 años, se ha apreciado que 59 de ellos son chicos, lo que supone un 46.3% del total de la muestra de chilenos, mientras que 69 son chicas, que suponen un 53.7% del total de la muestra de chilenos.

Gráfico 3. *Muestra chilena por sexo.*



- **Variables.**

A continuación se presentan las distintas variables que se han trabajado, parte de estos ítems trataban acerca de las dimensiones que se han estudiado en el siguiente trabajo y que a continuación se presentan:

-Variables antropomórficas: relacionadas con el sexo, la edad, el peso y la altura.

-Variables relacionadas con la PAFYD: Si se práctica o no actividad físico deportiva, la Frecuencia, la Duración y la Intensidad.

-Variables relacionadas con la imagen corporal. Relacionadas imagen percibida, imagen deseada e índice de insatisfacción con la imagen corporal.

Variables antropomórficas. Se preparo un cuestionario “ad hoc” para las cuestiones relacionadas con el sexo, y la edad. Y como anteriormente se les habían hecho el reconocimiento médico en centro escolar, se les pregunto por su peso y su altura, a través de las cuales obtuvimos la medida del IMC declarado.

A través de estas variables será posible conocer los datos relacionados con la individualidad de cada sujeto. A continuación, se presentan las variables antropomórficas con las que se ha trabajado.

-Sexo. Variable categorizada como dicotómica en el que los se pueden identificar o como hombre o como mujeres.

-Edad. Variable ordinal que representa los años de vida de cada sujeto.

-Peso. Medida en Kilogramos de los sujetos.

-Altura. Medida en centímetros relativa a la estatura de los sujetos.

-IMC. La fórmula para calcular el IMC declarado se consigue a través del peso declarado dividido entre el cuadrado de la estatura percibida de los sujetos.

$$IMC = \frac{\text{peso}}{\text{estatura}^2}$$

En la Figura 18, se presentan las categorías a las que se corresponde el valor del IMC declarado en función de la edad de cada joven.

Figura 18. Categorización de IMC en función de la edad.

Edad	Categoría	IMC Correspondiente
13 años	Bajo peso	IMC <15
	Normal Bajo/ Alto	IMC entre 15-21
	Sobrepeso/ Obesidad	IMC > 21
14 años	Bajo peso	IMC <15.5
	Normal Bajo/ Alto	IMC entre 15-22
	Sobrepeso/ Obesidad	IMC >22
15 años	Bajo peso	IMC <16
	Normal Bajo/ Alto	IMC entre 16-23
	Sobrepeso/ Obesidad	IMC >23
16 años	Bajo peso	IMC <16.5
	Normal Bajo/ Alto	IMC entre 16.5-24
	Sobrepeso/ Obesidad	IMC >24
17 años	Bajo peso	IMC <17
	Normal Bajo/ Alto	IMC entre 17-24.5
	Sobrepeso/ Obesidad	IMC >24.5

Variables relacionadas con la PAFYD: Este tipo de variables dan una idea aproximada de la cantidad de la PAFYD que presentan los/as jóvenes.

-Práctica. Se refiere a realizar o no realizar un mínimo de PAFYD, para considerar a los sujetos como practicantes debían llevar a cabo la PAFYD al menos un día a la semana con una duración mínima de 20 min.

-Frecuencia. La frecuencia hace referencia al número de días semanales que se emplean en la PAFYD. El hecho de que una actividad se planteó como diaria, de alta frecuencia semanal, de fin de semana u ocasional, nos aporta información sobre el tipo de práctica, sobre la modalidad o incluso sobre el propio practicante.

-Duración. Esta variable se ocupa de la cantidad de tiempo que se emplea en cada sesión de PAFYD.

-Intensidad. La intensidad de PAFYD hace referencia al grado de “dureza” de la/las sesión/es de PAFYD.

Variables relacionadas con la imagen corporal: Para la medición de las características relacionadas con la imagen corporal se ha empleado la escala de siluetas de Kearney, Kearney y Gibney (1997), existen otras escalas de siluetas similares con más o menos siluetas, pero nos decidimos a usar la escala de Kearney y cols por varias razones, por un lado, esta escala presenta imágenes con algunos detalles corporales, y como iba a ser administrada a jóvenes se pensó que el tener algunos detalles les facilitaría el identificarse con una u otra silueta, por otro lado, de nuevo con el objetivo de evitar confusiones, que un número de 9 siluetas era el más idóneo ya que con menos siluetas se considero que se pierde exactitud, y trabajar con una escala de más siluetas, al tratarse de sujetos tan jóvenes, se creyó que podía llevar a confusión.

-Imagen Deseada. La imagen que los jóvenes estiman como ideal para ellos/as. La escala de valores de la variable de la imagen deseada va desde -6 hasta +6, y que por ello se considera como variable de razón o de intervalo.

-Imagen Percibida. La imagen que los jóvenes sienten/entienden como suya o propia. La escala de valores de la variable de la imagen percibida va desde -6 hasta +6, variable de razón o de intervalo.

-Insatisfacción de la imagen corporal. Es un constructo psicológico que se valora a través de la satisfacción/insatisfacción de los jóvenes con su propio cuerpo. Se conoce el índice de satisfacción/insatisfacción a través de la discrepancia entre el cuerpo deseado y el declarado, variable de razón o de intervalo.

- **Instrumento para la recogida de datos: Cuestionario**

El cuestionario utilizado en este estudio es fruto de las investigaciones realizadas por el grupo de investigación IKERKI05/30 con el fin de analizar los hábitos físico deportivos de la población juvenil del ámbito territorial de Guipúzcoa. Dicho cuestionario fue uno de los instrumentos utilizados en el proyecto I+D+I, titulado “Análisis y valoración de la influencia que ejerce la participación en programas de deporte juvenil en el desarrollo psicosocial y en los hábitos de práctica deportiva de los jóvenes de 12 a 17 años”.

El instrumento utilizado es un cuestionario, titulado, “Encuesta sobre los hábitos de práctica físico deportiva en jóvenes de 12 a 17 años”. Las variables utilizadas en este trabajo

son parte de un estudio más amplio que consta de 34 ítems, (ver el anexo 1). Para la cumplimentación del mismo, los jóvenes podían elegir entre los dos idiomas vehiculares de la provincia, euskera y castellano.

La validación de este cuestionario se realizó por tres medios distintos: estadísticamente, por el grupo de expertos y en un centro escolar.

La evaluación de validez estadística del instrumento la realizó un estadístico especialista de la Universidad del País Vasco. A su vez fue sometido a un proceso de reflexión por expertos del grupo de investigación Ikerki05/30, dirigido entonces por José Antonio Arruza, junto con otros investigadores de reconocido prestigio en el mundo de la Educación Física y el Deporte. Por último, se llevó a cabo una validación en un centro escolar, la cual consistió en una prueba piloto dirigida a una muestra representativa de la población estudiada. De esta forma se validó su contenido en cuanto a estructura, terminología, adaptación del lenguaje a la población de estudio, tiempo medio de cumplimentación, etc.

Una de los apartados del cuestionario destacables son dos escalas de siluetas presentadas a los jóvenes. En la primera se les pedía que identificaran la percepción actual de su imagen corporal (imagen percibida); en la segunda, se les pedía que señalaran la imagen que los jóvenes desearían tener (imagen deseada). Se asignaron a cada una de las figuras valores comprendidos entre -6 y 6 (Figura 20.) a través de la diferencia entre ambas (deseada-percibida), se obtiene el índice de insatisfacción con la imagen corporal, el cual puede variar desde -12 hasta 12 puntos. Los valores negativos indican insatisfacción por el deseo de adelgazar, y los valores positivos indican insatisfacción por el deseo de engordar. Los valores, iguales a 0 indican satisfacción con la propia imagen corporal.

Por otro lado, con el objetivo de intentar mejorar la validez de los resultados, y excluir los valores respondidos sin mucha credibilidad, se pasó un filtro, a través del cual se separa a los jóvenes que han identificado su imagen percibida de manera muy diferente al IMC declarado, lo que se entendió como sujetos incapaces de identificar de manera correcta su imagen corporal. Para identificar a estos sujetos se utilizó la categorización realizadas por Marrodán, Mesa, Pacheco, Del Carro, González, Bejarano, Lomaglio, Verón, y Carmenate, (2008), en la que se separan 5 niveles diferentes de valores que comprenden la diferencia entre los valores de las figuras imagen percibida e IMC declarado (escala de 1 a 9). A continuación se identificaron como sujetos con resultados válidos, los sujetos que se



















encontraban en la Categoría 3, considerando que estos sujetos identificaban su imagen percibida de manera mínimamente real, de forma que la diferencia entre ambos abarcase más de dos posiciones, ya que en ocasiones puede resultar difícil distinguir entre dos siluetas contiguas.

Figura 19. *Categorización del IMC declarado.*

Adaptación de la categorización sacada de Marrodan y cols. (2008).	
Categoría 1:	Diferencia entre IMC e imagen percibida < de -4.
Categoría 2:	Diferencia entre IMC e imagen percibida entre -4 y -2.
Categoría 3:	Diferencia entre IMC e imagen percibida entre -2 y 2.
Categoría 4:	Diferencia entre IMC e imagen percibida entre 2 y 4.
Categoría 5:	Diferencia entre IMC e imagen percibida > de 4.

A continuación (Figura 20.), se presenta el cuadro resumen de las correspondencias entre las figuras, los valores cuantificados, y las categorías de IMC.

Figura 20. *Resumen de las correspondencias de las figuras, los valores, y las categorías.*

									
									
Figuras.	F. 1	F. 2	F. 3	F. 4	F. 5	F. 6	F. 7	F. 8	F. 9
Valores.	-6	-4,5	-3	-1,5	0	1,5	3	4,5	6
IMC Percibido	16,5	18,5	20,5	22,5	24,5	26,5	28,5	30,5	32,5

En relación al índice de insatisfacción para presentar los estadísticos de manera más clara y sencilla, se categorizó la insatisfacción en tres categorías: deseo adelgazar, satisfacción, y deseo engordar. Para presentarlos se utilizaron ciclogramas y gráficos.

3.5. Procedimiento

Para la obtención de datos se comenzó por seleccionar los centros escolares. Se optó por los centros ubicados en poblaciones de más de 4.000 habitantes que ofertan estudios no solo a los más jóvenes como ocurre en poblaciones más pequeñas. Una vez efectuada dicha selección, se realizó un contacto telefónico con los responsables de los centros escolares para la explicitación del proyecto y la obtención del permiso pertinente. Concertada la cita se desplazaron los colaboradores al centro para realizar la toma de datos. Los colaboradores realizaron una breve introducción exponiendo el objetivo del estudio y aclarando las dudas planteadas tanto por los alumnos y las alumnas objeto del estudio, como por el profesorado colaborador. A continuación se procedió a la cumplimentación del cuestionario, con una duración total de no más de 45 minutos. En los casos en los que los centros escolares seleccionados de forma aleatoria no ofrecieron su colaboración, eran sustituidos por un criterio de conveniencia respetando los criterios de selección. Al finalizar la pasación se extendió una certificación a la dirección del centro por su participación en el proyecto.

3.6. Análisis estadísticos.

Este apartado presenta los análisis que se han realizado para la obtención de los resultados.

En primer lugar, se han realizado análisis descriptivos para presentar los porcentajes relativos a las características de la PAFYD: frecuencia, duración, intensidad, los resultados de las cuales han sido presentados a través de gráficos y ciclogramas o histogramas. Seguidamente, se presentan los resultados de las características de la PAFYD relacionadas en forma de porcentajes en tablas.

Se decidió categorizar la variable de frecuencia en tan sólo dos categorías de respuesta (2 veces o menos por semana y 3 o más veces por semana), ya que en el cuestionario había como alternativas de respuesta: Una vez al mes (1-11 veces al año); entre 1 vez al mes, y 1 vez a la semana (12-59 veces al año); 2 veces a la semana (60-119 veces al año); 3 o más veces a la semana(más de 120 veces al año).

Otra de las variables relativa a la PAFYD que se categorizó fue la duración, ya que en el cuestionario se presentaban como posibles alternativas de respuesta las siguientes categorías: menos de 30 minutos, entre 30 y 45 minutos, entre 45 y 60 minutos, y más de 1

hora, y finalmente hemos decidido utilizar tres categorías las siguientes tres categorías, menos de 30 minutos, entre 30 y 60 minutos, y más de 1 hora.

Tras los resultados de la PAFYD, se presentan los análisis descriptivos del IMC declarado, los cuales se presentan tanto en ciclogramas como en gráficos, mientras que para las comparaciones de medias en función de las categorías de PAFYD, presentan pruebas t (frecuencia), o anovas (duración e intensidad).

La variable de IMC declarado se categorizo en tres únicas categorías: bajo peso, peso normal y obesidad/sobrepeso.

Las comparaciones de medias de las variables relacionadas con la imagen corporal (imagen percibida, imagen deseada, índice de insatisfacción), ya sea en función del sexo, edad, de las categorías de la PAFYD (frecuencia, duración e intensidad), o del IMC declarado se obtuvieron a través de análisis de varianza de un solo un factor (ANOVA) y pruebas t que se presentan en sus correspondientes tablas.

Para las comparaciones de medias entre la imagen percibida y la imagen deseada, se han empleado las pruebas t de muestras relacionadas, mientras que para los análisis transculturales hemos utilizado prueba t para muestras independientes.

Finalmente, para mostrar las comparaciones transculturales se emplearon gráficos y ciclogramas para presentar los análisis estadísticos, por otro lado, presentamos en tablas las pruebas t que llevamos a cabo.

III. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

III RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo 4. Análisis de los resultados

- 4.1. Práctica de Actividad Físico Deportiva (PAFYD)
 - 4.1.1 Participación en actividades físico-deportivas
 - 4.1.2 Frecuencia de práctica
 - 4.1.3 Duración de la práctica
 - 4.1.4 Intensidad de la práctica
- 4.2. Características relacionadas de la PAFYD
 - 4.2.1 Frecuencia y duración de la práctica
 - 4.2.2 Frecuencia/ intensidad
 - 4.2.3 Duración e intensidad
 - 4.2.4 Frecuencia, duración e intensidad
- 4.3. Índice de masa corporal declarado (IMC declarado)
 - 4.3.1 IMC declarado en función de la frecuencia
 - 4.3.2 IMC declarado en función de la duración
 - 4.3.3 IMC declarado en función de la intensidad
- 4.4. Imagen percibida
 - 4.4.1 Imagen percibida de los y las guipuzcoanos/as de 13 a 17 años
 - 4.4.2 Imagen Percibida en función de la frecuencia de PAFYD
 - 4.4.3 Imagen Percibida en función de la duración de PAFYD
 - 4.4.4 Imagen Percibida en función de la intensidad de PAFYD
 - 4.4.5 Imagen Percibida en función del IMC declarado
- 4.5. Imagen deseada
 - 4.5.1 Imagen deseada de los y las guipuzcoanos/as de 13 a 17 años
 - 4.5.2 Imagen deseada en función de la frecuencia de PAFYD
 - 4.5.3 Imagen deseada en función de la duración de PAFYD
 - 4.5.4 Imagen deseada en función de la intensidad de PAFYD
 - 4.5.5 Imagen deseada en función del IMC declarado
- 4.6. Diferencia entre la imagen percibida e imagen deseada
 - 4.6.1 Diferencia entre la imagen percibida e imagen deseada en función por sexo
 - 4.6.2 Diferencia entre la imagen percibida e imagen deseada por edad
 - 4.6.3 Diferencia entre la imagen percibida e imagen deseada en función de la edad de los chicos
 - 4.6.4 Relación imagen percibida e imagen deseada en función de la edad de las chicas
- 4.7. Insatisfacción con la imagen corporal
 - 4.7.1 Satisfacción e insatisfacción
 - 4.7.2 Insatisfacción con la imagen corporal de los y las guipuzcoanos/as de 13 a 17 años
 - 4.7.3 Insatisfacción con la imagen corporal en función de la frecuencia de PAFYD
 - 4.7.4 Insatisfacción con la imagen corporal en función de la duración de PAFYD
 - 4.7.5 Insatisfacción con la imagen corporal en función de la intensidad de PAFYD
 - 4.7.6 Insatisfacción con la imagen corporal en función del IMC declarado
- 4.8. Comparación transcultural: Jóvenes de Gipuzkoa y Chile de 13 y 14 años
 - 4.8.1 Comparación transcultural de satisfechos e insatisfechos
 - 4.8.2 Comparación transcultural de la imagen percibida de los guipuzcoanos y chilenos
 - 4.8.3 Comparación transcultural de la imagen deseada de los guipuzcoanos y chilenos
 - 4.8.4 Comparación transcultural de la insatisfacción con la imagen corporal de los guipuzcoanos y chilenos.

Capítulo



Análisis de los resultados

4

Capítulo 4. Análisis de los resultados

A continuación se procede a presentar los resultados. En primer lugar se presentan los índices de práctica (practicantes y no practicantes) de los jóvenes de 13 a 17 años pertenecientes a la provincia de Gipuzkoa.

Posteriormente se presentan los resultados relativos a las características de la PAFYD, como son: la frecuencia, la duración y la intensidad en función de las variables de sexo y edad. Asimismo, se obtienen las distribuciones teniendo en cuenta dos características de la PAFYD simultáneamente. Tras ellos, se presentan los resultados relativos a las categorías con IMC declarado, y se relacionan estos con las características de la PAFYD.

Después se analizarán las características de la imagen corporal como son la imagen deseada y la imagen percibida de los y las jóvenes guipuzcoanos/as. Además, nos parece relevante conocer la relación de la imagen deseada y la imagen percibida con las características de la PAFYD, y el IMC declarado.

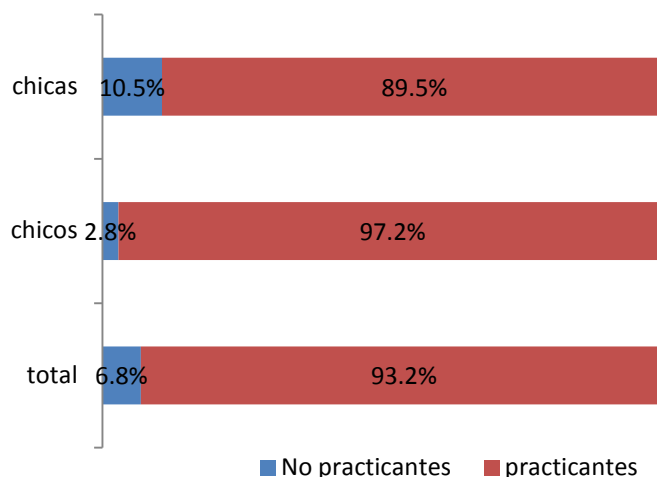
De la misma manera que se han hecho las comparaciones con los dos tipos de imágenes (percibida y deseada) se han realizado las mismas comparaciones con las puntuaciones medias correspondientes al índice de insatisfacción con la imagen corporal de los y las jóvenes de 13 a 17 años de Gipuzkoa.

4.1. Práctica de Actividad Físico Deportiva (PAFYD)

4.1.1 Participación en actividades físico-deportivas.

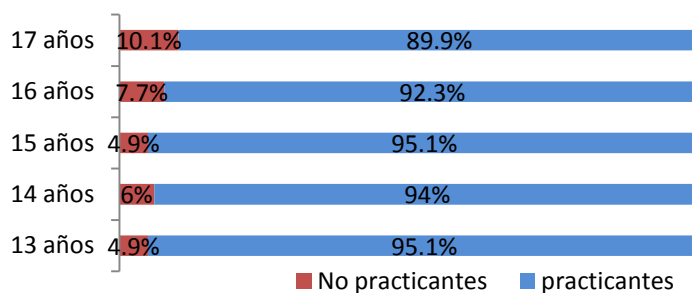
Para comenzar, se presenta la distribución de los practicantes y no practicantes de la muestra total, de los chicos y de las chicas de Gipuzkoa de 13 a 17 años. Así en el gráfico 4, se encuentra un 93.2% de practicantes entre el total de jóvenes de 13 a 17 años, frente a un 6.8% que no son practicantes. En cuanto a los chicos, se observa que existe un 97.2% de practicantes, frente a un 2.8% restante que no son practicantes. Mientras, entre las chicas, se aprecia un 89.5% de chicas q afirman ser practicantes, frente a un 10.5% que manifiestan no ser practicantes.

Gráfico4. *Práctica global, y por sexo.*



A continuación, gráfico 5, se presenta la distribución de practicantes y no practicantes en función de la edad. En primer lugar, cabe destacar que entre los jóvenes de 13 años, se encuentra un 95.1% de practicantes frente a un 4.9% de no practicantes. Entre los jóvenes de 14 años, se observa un 94%, frente a un 6% de jóvenes que afirman no realizar PAFYD. Entre los jóvenes de 15 años, se aprecia un 95.1% de practicantes frente a un 4.9% de no practicantes. Mientras que entre los jóvenes de 16 años, se observa un 92.3% que si realiza práctica, frente a un 7.7% que no realiza práctica. En último lugar, se constata que un 89.9% de practicantes, frente a un 10.1% de no practicantes entre los y las jóvenes de 17 años

Gráfico5. *Práctica por edades.*

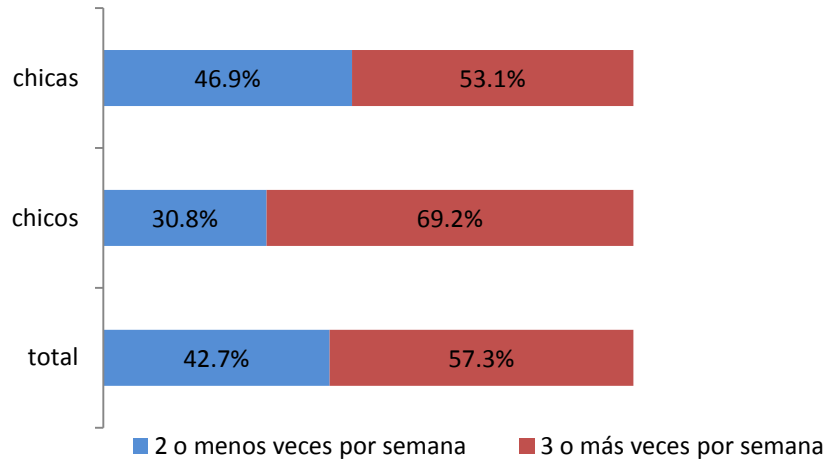


4.1.2 Frecuencia de práctica.

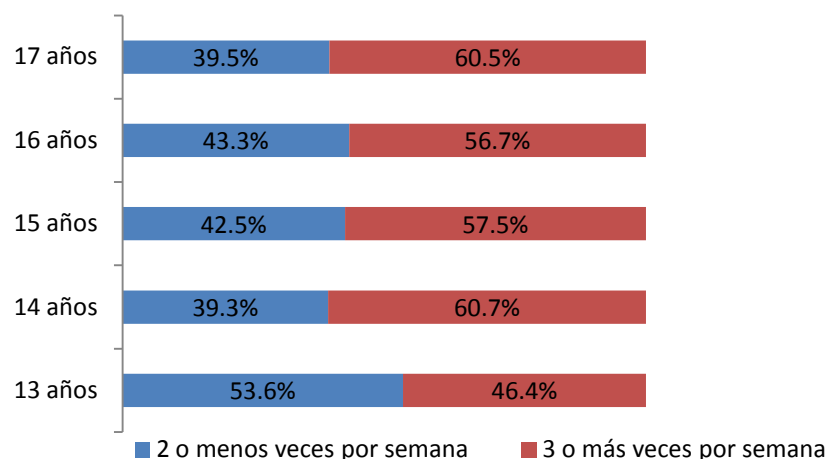
A continuación, se presentan los resultados relacionados con la frecuencia de práctica. En el gráfico 6, se puede observar que el 57.3% de los sujetos realizan PAFYD con una frecuencia de 3 o más veces por semana, frente al 42.7% que la realiza con una frecuencia de 2 ó menos veces por semana. Entre los chicos, se puede apreciar que el 69.2% de los mismos realiza PAFYD con una frecuencia de 3 o más días por semana, frente a un 30.8% que

práctica con una frecuencia de 2 veces o menos por semana. Se constata que entre las chicas, un 46.9% de las mismas realiza PAFYD con una frecuencia de 2 veces o menos por semana, mientras que un 53.1% lleva a cabo la práctica con una frecuencia de 3 veces o más por semana.

Gráfico6. Frecuencia de práctica global, y por sexo.



A continuación, en el gráfico 7 se presenta la distribución de la frecuencia de práctica en función de la edad. En primer lugar, se aprecia que un 53.6% de los jóvenes de 13 años realiza una PAFYD con una frecuencia de 2 veces o menos por semana, mientras que un 46.4% la realiza con una frecuencia de 3 veces o más a la semana. Por su parte, entre los y las jóvenes de 14 años un 39.3% realiza la PAFYD con una frecuencia de 2 veces o menos por semana, mientras que un 60.7% lleva a cabo la PAFYD 3 o más veces por semana. En cuanto a la frecuencia de práctica de los y las jóvenes de 15 años, cabe comentar que un 42.5% realiza la PAFYD 2 veces o menos por semana, mientras que un 57.5% la realiza 3 o más veces por semana. Entre los jóvenes de 16 años, un 56.7% realiza su práctica con una frecuencia de 3 o más veces por semana, frente a un 42.5% que la lleva a cabo 2 veces o menos por semana. Por último, entre los jóvenes de 17 años, un 60.5%, realiza la práctica con una frecuencia de 3 o más veces por semana, mientras que el 39.5% restante, la llevan a cabo con una frecuencia de 2 veces o menos por semana.

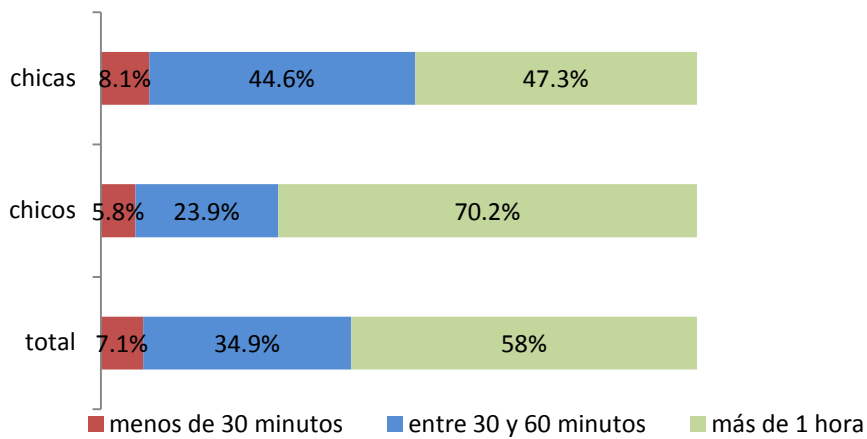
Gráfico7. Frecuencia de práctica por edades.

4.1.3 Duración de la práctica.

En cuanto a la duración de la PAFYD de los adolescentes, gráfico 8, se observa que un 58% del total de los jóvenes realiza PAFYD en sesiones de más de 1 hora de duración, seguidos de un 34.9% de jóvenes que llevan a cabo la actividad físico-deportiva con una duración de entre 30 y 60 minutos, y un 7.1% que declara llevar a cabo su PAFYD durante menos de 30 minutos. Por lo que más de la mitad de la población de 13 a 17 años lleva a cabo la PAFYD con una duración de más de 1 hora.

En lo que respecta a la duración de la práctica en función del género, se aprecia que la mayoría de los chicos, un 70.2%, lleva a cabo la PAFYD con una duración de más de una hora, mientras que un 23.9% del total de los chicos la realiza con una duración de entre 30 y 60 minutos. Por último, un 5.8% de los jóvenes manifiesta realizar PAFYD durante menos de 30 minutos. Entre las chicas, un 47.3%, lleva a cabo la PAFYD durante más de una hora, a continuación, se encuentra un 44.6% que realiza la actividad físico-deportiva con una duración de entre 30 y 60 minutos. Al igual que en el caso de los chicos, el porcentaje de chicas que realiza la PAFYD durante menos de 30 minutos desciende considerablemente hasta un 8.1%.

Gráfico8. Duración de la práctica global, y por sexo.



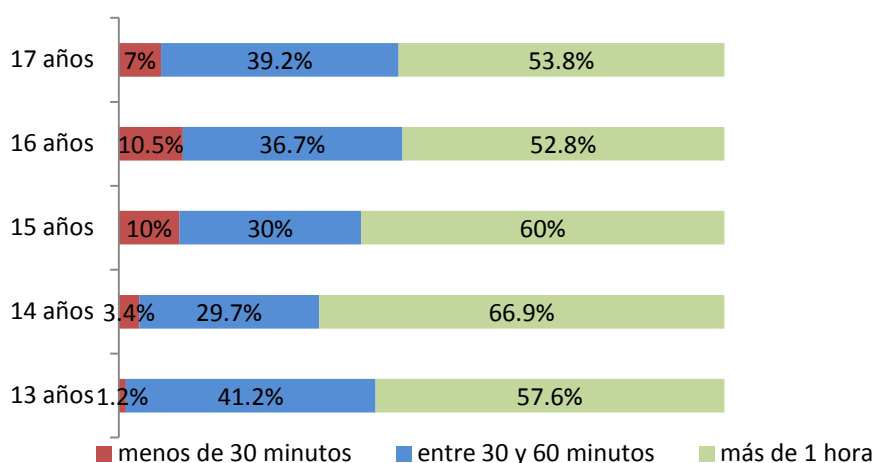
En el gráfico 9, se presentan los resultados de la duración de la PAFYD en función de la edad. Primeramente se observa que entre los jóvenes de 13 años, tan sólo un 1.2% escoge una duración de menos de 30 minutos para realizar la PAFYD, un 41.2% por su parte realiza la PAFYD con una duración de 30 a 60 minutos, la categoría de más de 1 hora es la que suma un mayor porcentaje entre los jóvenes de 13 años con un 57.6%.

Un 66.9% de los jóvenes de 14 años realiza la PAFYD en sesiones de más de 1 hora de duración, seguido de un 29.7% que realiza la práctica con una duración de entre 30 a 60 minutos, y el 3.4% restante realiza la PAFYD durante menos de 30 minutos.

Un 60% de los y las jóvenes de 15 años de Gipuzkoa realizan la PAFYD durante más de 1 hora, tras ellos, se observa un menor porcentaje, un 30%, de jóvenes de la misma edad que llevan a cabo la PAFYD con una duración de 30 a 60 minutos. El resto, un 10% emplean una duración de menos de 30 minutos para la práctica.

Atendiendo a los jóvenes de 16 años, se observa como un 52.8% lleva a cabo su práctica con una duración de más de 1 hora, mientras que un 36.7 % realiza la PAFYD con una duración de entre 30 a 60 minutos. Por último, un 10.5% lleva a cabo su actividad físico-deportiva con una duración de menos de 30 minutos.

En cuanto a lo que sucede con los jóvenes de 17 años, se aprecia que un 53.8% emplea una duración de más de 1 hora para llevar a cabo la actividad físico-deportiva, por otro lado un 39.2% lleva a cabo la PAFYD con una duración de 30 a 60 minutos, el 7% restante realiza la actividad físico-deportiva con una duración inferior de menos de 30 minutos.

Gráfico9. Duración de la práctica por edades.

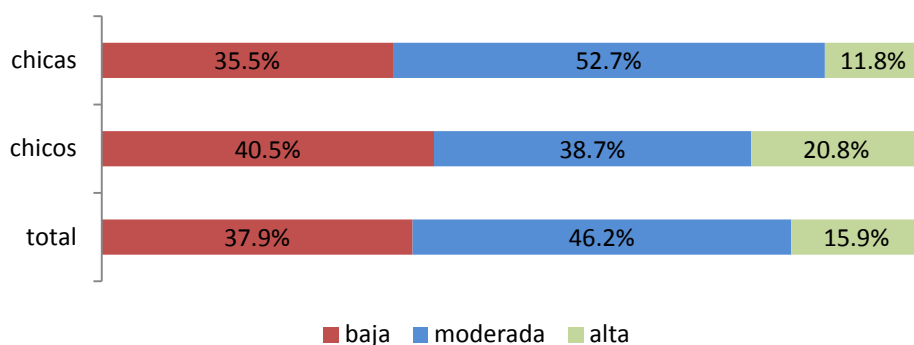
4.1.4 Intensidad de la práctica.

A continuación, se presentan los resultados referidos a la intensidad de la práctica. En el gráfico 10, se muestran los resultados de la muestra total, de los chicos y de las chicas, en relación con la intensidad de los jóvenes de Gipuzkoa, se puede apreciar cómo un 46.2% de los jóvenes guipuzcoanos/as realiza la PAFYD con una intensidad moderada, mientras que, un 37.9% de los jóvenes lleva a cabo la PAFYD con una intensidad baja. Por último, se aprecia un 15.9% de jóvenes que realizan la PAFYD con intensidad *alta*. En lo que respecta a los chicos, se observa que un 40.5% de los chicos realizan PAFYD con una intensidad *baja*, mientras que un 38.7% lleva a cabo la PAFYD de manera *moderada*, por último, un 20.8% del total de los chicos, lleva a cabo su práctica con una *alta* intensidad. Un 52.7% del total de las chicas realiza la actividad físico-deportiva de manera *moderada*, por otro lado, un 35.5% del total de las chicas realiza la PAFYD con baja intensidad, mientras que, tan sólo un 11.8% se inclina por realizar la práctica con *alta* intensidad.

Los chicos practican con intensidad alta en mayor número que las chicas. Por otro lado, el porcentaje de las chicas que practica con una intensidad moderada es más alto que el de los chicos. Mientras que el porcentaje de los chicos y chicas que practican con una intensidad baja es parecida.

Se observa un porcentaje más alto de intensidad alta entre los chicos que entre las chicas, por otro lado el porcentaje de chicas que emplea una intensidad moderada es superior al porcentaje de chicos que emplea la intensidad moderada.

Gráfico10. *Intensidad de la práctica global, y por sexo.*



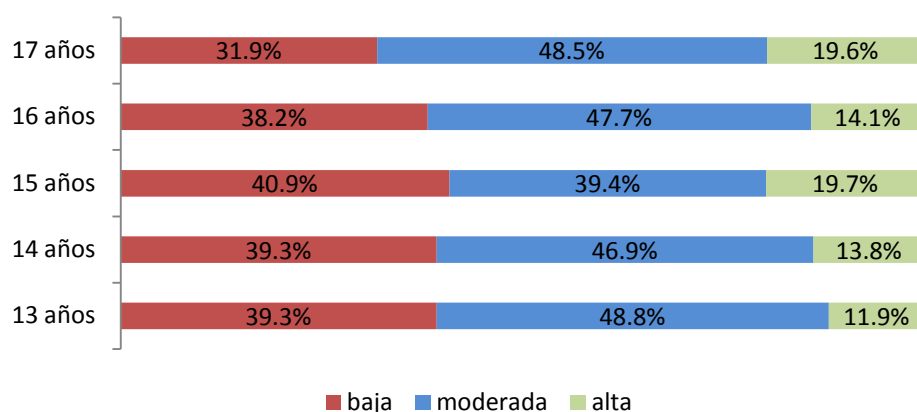
En el gráfico 11, se presenta la distribución de la intensidad de práctica de los jóvenes guipuzcoanos/as en función de la edad. Primeramente, se aprecia que un 48.8% de los jóvenes de 13 años realizan la PAFYD mayoritariamente con una intensidad moderada, mientras que un 39.3% de los jóvenes realiza la práctica con una intensidad baja, por último, el 11.9% restante manifiesta realizarla con una intensidad alta.

En cuanto a la distribución de los jóvenes de 14 años, se aprecia nuevamente que el porcentaje más alto, un 46.9%, se corresponde con la categoría de intensidad moderada, por otro lado, el porcentaje de los jóvenes de 14 años que realizan la práctica con una intensidad baja desciende ligeramente, hasta un 39.3% exactamente. El resto de los jóvenes de 14 años, un 13.8% manifiesta practicar con una intensidad alta su PAFYD.

Entre los jóvenes de 15 años se aprecia un 40.9% que lleva a cabo la práctica con una intensidad baja, a continuación, aparece un 39.4% de los jóvenes que llevan a cabo la práctica con intensidad moderada, con el porcentaje más bajo se encuentran los jóvenes que emplean una intensidad alta en su práctica, un 19.7%.

En cuanto, los jóvenes de 16 años se aprecia cómo un 47.7% de los realizan PAFYD con intensidad moderada, a continuación aparece un 38.2% que lleva la práctica a cabo con intensidad baja, por último, se observa que un 14.1% de los jóvenes de 16 años, emplea una intensidad alta para realizar su la práctica.

En los jóvenes de 17 años, se observa como la mayoría, un 48.5%, realiza la PAFYD con una intensidad moderada, tras ellos se encuentra un 31.9 % que lleva a cabo la PAFYD con una intensidad baja, y finalmente se aprecia un 19.6% que realiza la práctica con intensidad alta.

Gráfico11. *Intensidad de la práctica por edades*

4.2. Características relacionadas de la PAFYD.

A continuación se presenta la distribución de los jóvenes guipuzcoanos de 13 a 17 años en función de la relación de las características de la PAFYD (frecuencia, duración e intensidad) combinadas por pares.

4.2.1 Frecuencia y duración de la práctica.

En la tabla 1, se presenta la distribución de la muestra de acuerdo a la frecuencia y la duración. Un 43.1% lleva a cabo la PAFYD con una frecuencia de 3 o más veces por semana y una duración de más de 1 hora, a continuación, se aprecia un 21.6% que lleva a cabo la PAFYD con una frecuencia de 2 veces o menos por semana y una duración de entre 30 y 60 minutos. Seguidamente se aprecia un 15.4% que lleva a cabo la práctica con una frecuencia de 2 veces o menos por semana y una duración de más de 1 hora, mientras que un 13.2% lleva a cabo su PAFYD 3 o más veces por semana y con una duración de entre 30 y 60 minutos. Se encuentran un pequeño grupo de jóvenes 5.1% que practican 2 veces o menos por semana y durante menos de 30 minutos. Por último, se aprecia un grupo muy pequeño de jóvenes, el 1.6% que manifiestan realizar 3 o más veces por semana durante menos de 30 minutos.

Tabla 1. *Frecuencia y duración de la PAFYD.*

	Menos de 30 min.	De 30 a 60 min.	Más de 1 hora
2 veces o menos por semana	5.1%	21.6%	15.4%
3 o más veces por semana	1.6%	13.2%	43.1%

En cuanto a la distribución de los chicos en función de las categorías de la frecuencia y duración de la práctica, tabla 2, se observa un 56.2% que, lleva a cabo la práctica con una frecuencia de 3 o más veces por semana y una duración de más de 1 hora. A continuación, se

encuentra un 14.9% que lleva a cabo la práctica 2 veces o menos por semana y durante más de 1 hora, mientras que un 12.1% realiza la PAFYD 2 veces o menos por semana y con una duración de entre 30 y 60 minutos. Por otro lado, se aprecia un 11.5% que lleva a cabo la práctica 3 más veces por semana con una duración de entre 30 y 60 minutos.

Asimismo, se constata que un 3.7% que realiza la práctica 2 veces o menos por semana y durante menos de 30 minutos, y finalmente, un 1.6% que lleva a cabo la práctica con una frecuencia de 3 o más veces por semana y una duración de menos de 30 minutos.

Tabla 2. *Frecuencia y duración de la PAFYD de los chicos.*

	Menos de 30 minutos	De 30 a 60 minutos	Más de 1 hora
2 veces o menos por semana	3.7%	12.1%	14.9%
3 o más veces por semana	1.6%	11.5%	56.2%

En la tabla 3, se presenta la distribución de las chicas en función de la frecuencia y la duración. En ella se aprecia un 31.1% que lleva a cabo la práctica con una frecuencia de 3 veces o menos por semana y una duración de más de 1 hora, seguidamente, se constata un 30.1% que realiza la práctica con una frecuencia de 2 o menos veces por semana y una duración de entre 30 y 60 minutos. Por otro lado, se observa a un 16.9% de chicas que emplea una frecuencia de 2 o menos veces por semana y una frecuencia de más de 1 hora, mientras que un 14.6% práctica con una frecuencia de 3 o más veces por semana con una duración de entre 30 y 60 minutos. Un 6.4% lleva a cabo la PAFYD 2 veces o menos por semana con una duración de menos de 30 minutos. Finalmente, un 1.7% realiza la práctica 3 o más veces por semana y durante menos de 30 minutos.

Tabla 3. *Frecuencia y duración de la PAFYD de las chicas.*

	Menos de 30 minutos	De 30 a 60 minutos	Más de 1 hora
2 veces o menos por semana	6.4%	30.1%	16.5%
3 o más veces por semana	1.7%	14.2%	31.1%

En la tabla 4, se presenta la distribución de los jóvenes de 17 años, en función de la frecuencia y duración de la práctica. Se constata que un 44.6% de los jóvenes de 17 años lleva a cabo la práctica 3 o más veces por semana y durante más de 1 hora. Seguido de un 22.9% que práctica con una frecuencia de 2 veces o menos por semana y una duración de entre 30 y 60 minutos, mientras que un 15.1% realiza la PAFYD 3 o más veces por semana y entre 30 y 60 minutos.

Por otro lado, se aprecia que un 9% realiza la práctica 2 veces o menos por semana y durante más de 1 hora, mientras que un 6% la lleva a cabo 2 veces o menos por semana y durante menos de 30 minutos. Por último, se observa un 2.4% que se corresponde con los que llevan a cabo la práctica 3 o más veces por semana y con una duración de menos de 30 minutos.

Tabla 4. Frecuencia y duración de la PAFYD de los jóvenes de 17 años.

	Menos de 30 minutos	De 30 a 60 minutos	Más de 1 hora
2 veces o menos por semana	6%	22.9%	9%
3 o más veces por semana	2.4%	15.1%	44.6%

A continuación, en la tabla 5, se muestra la distribución de los jóvenes de 16 años, en función de la frecuencia y de la duración de la práctica. Un 39.8% emplea una frecuencia de 3 o más veces por semana y una duración de más de 1 hora, seguidamente se observa un 21% que lleva a cabo la práctica 2 veces o menos por semana y entre 30 a 60 minutos.

Un 15.4% lleva a cabo la práctica 3 o más veces por semana con una duración de entre 30 a 60 minutos, mientras que un 13.6% lleva a cabo la práctica 2 veces por semana y durante más de 1 hora. Por otro lado, un 7.4% lleva a cabo la PAFYD 2 veces o menos por semana, con una duración de menos de 30 minutos por sesión. Finalmente se observa que un 2.8% lleva a cabo la PAFYD 2 veces o menos por semana y en sesiones de menos de 30 minutos.

Tabla 5. Frecuencia y duración de la PAFYD de los jóvenes de 16 años.

	Menos de 30 minutos	De 30 a 60 minutos	Más de 1 hora
2 veces o menos por semana	7.4%	21%	13.6%
3 o más veces por semana	2.8%	15.4%	39.8%

En la tabla 6, se presentan los resultados de los jóvenes de 15 años en función de la frecuencia y de la duración de práctica. Un 46.4%, lleva a cabo la PAFYD 3 o más veces por semana durante más de 1 hora. Después se encuentra un 20.3% que lleva a cabo la práctica 2 veces o menos por semana y con una duración de entre 30 a 60 minutos por sesión. Asimismo se constata que un 13.8% emplea 2 o menos veces por semana y durante más de 1 hora. Un 9.4% lleva a cabo la práctica 3 o más veces por semana entre 30 a 60 minutos. Seguidamente, se encuentra un 8.7% que realiza una frecuencia de 2 veces o menos por semana y una duración de menos de 30 minutos por sesión. Finalmente un 1.4% lleva a cabo la práctica 3 o más veces por semana y en sesiones de menos de 30 minutos.

Tabla 6. Frecuencia y duración de la PAFYD de los jóvenes de 15 años.

	Menos de 30 minutos	De 30 a 60 minutos	Más de 1 hora
2 veces o menos por semana	8.7%	20.3%	13.8%
3 o más veces por semana	1.4%	9.4%	46.4%

A continuación, en la tabla 7, se presentan los porcentajes de los jóvenes de 14 años en función de la frecuencia y de la duración de práctica. Primeramente, se observa un 48.3% que lleva a cabo la práctica 3 o más veces por semana y durante más de 1 hora. Mientras, un 19.3% la lleva a cabo 2 veces o menos por semana y con una duración de entre 30 y 60 minutos. A continuación, se observa cómo un 18.6% lleva a cabo la práctica 2 veces o mas por semana y durante más de 1 hora, seguidamente, un 11% de los jóvenes de 14 años lleva a cabo la PAFYD 3 o más veces por semana con una duración de entre 30 a 60 minutos. Un 1.4% lleva a cabo la práctica 2 o menos veces por semana y con una duración de menos de 30 minutos, y otro 1.4% lleva a cabo la PAFYD 3 o más veces por semana con una duración de menos de 30 minutos.

Tabla 7. Frecuencia y duración de la PAFYD de los jóvenes de 14 años.

	Menos de 30 minutos	De 30 a 60 minutos	Más de 1 hora
2 veces o menos por semana	1.4%	19.3%	18.6%
3 o más veces por semana	1.4%	11%	48.3%

En la tabla 8, se presenta la distribución de los jóvenes de 13 años en función de la frecuencia y de la duración de práctica. Se aprecia, un 33.7% de jóvenes de 13 años que llevan a cabo su PAFYD con una frecuencia de 3 o más veces por semana y una duración de más de 1 hora. Después, se encuentra un 27.7% de jóvenes que lleva a cabo la práctica con una frecuencia de 2 o menos veces por semana y una duración de entre 30 y 60 minutos, seguidamente un 25.3% que lleva a cabo la PAFYD 2 veces o menos por semana pero con una duración de más de 1 hora. Asimismo un 12% que realiza la práctica 3 o más veces por semana y durante 30 a 60 minutos. Se aprecia un 1.2% que lleva a cabo la práctica 3 o más veces por semana durante menos de 30 minutos. Por último, no se encuentran jóvenes que llevan a cabo la práctica 2 veces o menos por semana y durante menos de 30 minutos.

Tabla 8. Frecuencia y duración de la PAFYD de los jóvenes de 13 años.

	Menos de 30 minutos	De 30 a 60 minutos	Más de 1 hora
2 veces o menos por semana	0%	27.7%	25.3%
3 o más veces por semana	1.2%	12%	33.7%

4.2.2 Frecuencia/ intensidad

A continuación, se presenta la clasificación de los jóvenes de 13 a 17 años, de acuerdo con las categorías de la frecuencia y la intensidad de la PAFYD.

Como se puede apreciar en la tabla 9, un 24.2% de los jóvenes que realizan 3 o más veces por semana con intensidad baja, tras ellos, se observa un 23.3% que realiza la práctica con una frecuencia de 2 veces o menos por semana e intensidad moderada, seguidamente se observa un 23.1% que realiza la práctica con intensidad moderada. Un 13.4% llevan a cabo su PAFYD 2 veces o menos por semana con una intensidad baja. Un 10.3% realiza la práctica con una frecuencia de 3 o más veces por semana con una intensidad alta. Finalmente, un 5.7%, práctica con una frecuencia de 3 o más veces por semana y una intensidad alta.

Tabla 9. Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los jóvenes.

	Baja	Moderada	Alta
2 veces o menos por semana	13.4%	23.3%	5.7%
3 o más veces por semana	24.2%	23.1%	10.3%

A continuación, tabla 10, se presenta la distribución de los chicos en función de las categorías de la frecuencia y la intensidad de práctica.

Se aprecia que un 32.8% de los chicos lleva a cabo la práctica con una frecuencia de 3 o más días por semana a intensidad baja, por otro lado, un 21.3% lleva a cabo su PAFYD 3 o más veces por semana a intensidad baja. Un 17.2% por su parte, realiza la práctica con una frecuencia de 2 veces o menos por semana y con intensidad moderada. Se aprecia, como un 15% de los chicos que llevan a cabo la práctica 3 o más veces por semana con intensidad alta. Por otro lado, un 7.6% lleva a cabo la PAFYD con una frecuencia de 2 veces o menos por semana y con intensidad baja. Finalmente, un 6.1% realiza su práctica con una frecuencia de 2 veces o menos por semana e intensidad alta.

Tabla 10. Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los chicos.

	Baja	Moderada	Alta
2 veces o menos por semana	7.6%	17.2%	6.1%
3 o más veces por semana	32.8%	21.3%	15%

En la tabla 11, se presenta la distribución de la frecuencia y la intensidad de las chicas de 13 a 17 años de Gipuzkoa. Se aprecia un 28.7% que lleva a cabo la práctica con una frecuencia de 2 veces o menos por semana y una intensidad moderada, por otro lado, un

24.5% lleva a cabo la práctica 3 o más veces por semana con una intensidad moderada. Se aprecia un 18.4% que lleva a cabo la PAFYD con una frecuencia de 2 veces o menos por semana con una intensidad baja. Con un porcentaje bastante similar, se observa a un 16.7% de chicas que realizan la práctica 3 o más veces por semana a baja intensidad. Para concluir, se constata que un 6.1% que realiza la práctica 3 o más veces por semana con alta intensidad, mientras que, se observa un 5.6% que llevan a cabo la práctica 2 veces o menos por semana con alta intensidad.

Tabla 11. *Frecuencia e intensidad de la PAFYD de las chicas.*

	Baja	Moderada	Alta
2 veces o menos por semana	18.4%	28.7%	5.6%
3 o más veces por semana	16.7%	24.5%	6.1%

A continuación, en la tabla 12, se muestra la distribución de los jóvenes de 17 años de Gipuzkoa en función de la frecuencia y la intensidad. En primer lugar, un 24.9% lleva a cabo la práctica con una frecuencia de 3 veces o más por semana con intensidad moderada. A continuación, se aprecia que un 23.9% lleva a cabo 2 veces o menos por semana con intensidad moderada la PAFYD. Seguidamente, se halla un 21.7% que realiza la PAFYD 3 o más veces por semana con intensidad baja. Un 14.5% realiza la práctica con una frecuencia de 3 o más veces por semana y alta intensidad para realizar la PAFYD. Un 10.1% la lleva a cabo 2 veces o menos por semana con intensidad baja. Por último, se encuentra un 5.1% que realiza la práctica 2 veces o menos por semana con alta intensidad.

Tabla 12. *Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 17 años.*

	Baja	Moderada	Alta
2 veces o menos por semana	10.1%	23.9%	5.1%
3 o más veces por semana	21.7%	24.6%	14.5%

A continuación, en la tabla 13, se presenta la distribución de los jóvenes de 16 años de Gipuzkoa en función de la frecuencia y la intensidad de práctica. Se encuentra un 25.7% que lleva a cabo la PAFYD 3 o más veces por semana con baja intensidad, tras ellos, se encuentra un 25.1% que lleva a cabo su práctica con una frecuencia de 3 o más veces por semana y con baja intensidad. Un 22.3% emplea una frecuencia de 2 o menos veces por semana con una intensidad moderada. A continuación, se observa un 12.6% que realizan su práctica 2 veces o menos por semana con baja intensidad. Un 7.4% por su parte, lleva a cabo la PAFYD con una frecuencia de 2 veces o menos y alta intensidad de práctica. Por último, un 6.9% que lleva a cabo la práctica 3 o más veces por semana y con alta intensidad.

Tabla 13. *Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 16 años.*

	Baja	Moderada	Alta
2 veces o menos por semana	12.6%	22.3%	7.4%
3 o más veces por semana	25.1%	25.7%	6.9%

En la tabla 14, por su parte se presenta la distribución de los jóvenes de 15 años en función de la frecuencia y la intensidad de PAFYD. Se aprecia un 25.7% que lleva a cabo la práctica con una frecuencia de 3 o más veces por semana y con baja intensidad. Un 21.3% realiza la práctica 2 veces o menos por semana con una intensidad moderada. Por otro lado, se encuentra un 18.4% que lleva a cabo la práctica 3 o más veces por semana y con una intensidad moderada. A continuación, se observa un 14.7% que practica con una frecuencia de 2 veces o menos por semana y con baja intensidad. Un 13.3% que emplea una frecuencia de 3 o más veces por semana y con alta intensidad para realizar la PAFYD, y por último, se aprecia un 6.6% que llevan a cabo la práctica 2 veces o menos por semana y con alta intensidad.

Tabla 14. *Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 15 años.*

	Baja	Moderada	Alta
2 veces o menos por semana	14.7%	21.3%	6.6%
3 o más veces por semana	25.7%	18.4%	13.3%

A continuación, tabla 15, se presenta la distribución de la muestra de jóvenes de 14 años, en función de la frecuencia y la intensidad con la que realizan la PAFYD. En primer lugar, un 26.1% realiza PAFYD con una frecuencia de 3 o más veces por semana y con baja intensidad. A continuación, se encuentra un 24.6% que practican 3 o más veces por semana con una intensidad moderada. Seguidamente, se aprecia un 23.2% que realiza la PAFYD 2 veces o menos por semana y con intensidad moderada. Un 12.7% de los jóvenes de 14 años llevan a cabo la práctica con una frecuencia de 2 veces o menos por semana y con baja intensidad, por otro lado, se aprecia cómo un 9.2% lleva a cabo la PAFYD con una frecuencia de 3 o más veces por semana y con alta intensidad. Finalmente, se observa un 4.2% que lleva a cabo la práctica 2 veces o menos por semana y con alta intensidad.

Tabla 15. *Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 14 años.*

	Baja	Moderada	Alta
2 veces o menos por semana	12.7%	23.2%	4.2%
3 o más veces por semana	26.1%	24.6%	9.2%

A continuación, tabla 16, se presentan los resultados de los jóvenes guipuzcoanos de 13 años en función de la frecuencia y la intensidad. En primer lugar, un 28.1% de los jóvenes de 13 años realiza la práctica con una frecuencia de 2 veces o menos por semana y con intensidad moderada. Además, un 20.7% realiza la práctica con una frecuencia de 3 o más veces por semana y con baja intensidad, por otro lado, se encuentra un 19.5% que lleva a cabo la práctica 3 o más veces por semana y con intensidad moderada, el mismo porcentaje de jóvenes de 13 años, realiza PAFYD 2 veces o menos por semana y con intensidad baja. Por último, un 7.3% realiza la práctica 3 o más veces por semana y con alta intensidad, finalmente, se observa un 4.9% que emplea una frecuencia de 2 veces o menos por semana e intensidad alta.

Tabla 16. *Frecuencia e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 13 años.*

	Baja	Moderada	Alta
2 veces o menos por semana	19.5%	28.1%	4.9%
3 o más veces por semana	20.7%	19.5%	7.3%

4.2.3 Duración e intensidad.

A continuación, se describen las tablas de resultados de las dimensiones de la duración e intensidad, tabla 17. Un 25.1% de los jóvenes de 13 a 17 años llevan a cabo la práctica durante más de 1 hora y con baja intensidad, un 22.9% realiza su práctica con una duración de 1 hora y una intensidad moderada. Inmediatamente, ese aprecia un 19.5% de jóvenes que realizan PAFYD con una duración de entre 30 a 60 minutos e intensidad moderada. Un 11.1% de los jóvenes de 13 a 17 años realiza la práctica con una duración comprendida entre 30 a 60 minutos y una intensidad baja. Un 10.1% lleva a cabo la PAFYD durante más de 1 hora y con alta intensidad, mientras que un 4.4% lleva a cabo la práctica con una duración de entre 30 a 60 minutos con una intensidad alta. Un 3.6% realiza la PAFYD menos de 30 minutos por sesión y con una intensidad moderada. La mitad, un 1.8%, realiza PAFYD en sesiones de menos de 30 minutos y con baja intensidad. Por último, un 1.5% lleva a cabo la práctica durante menos de 30 minutos y alta intensidad.

Tabla 17. *Duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes.*

	Baja	Moderada	Alta
Menos de 30 min	1.8%	3.6%	15%
De 30 a 60 min	11.1%	19.5%	4.4%
Más 1 hora	25.1%	22.9%	10.1%

En la tabla 18, se aprecia la distribución de la muestra de chicos en función de la duración y la intensidad de los chicos de 13 a 17 años de Gipuzkoa. Se observa que un 30.7% de los chicos lleva a cabo la práctica en sesiones de más de 1 hora, con una intensidad baja, otro 23.8% realiza la PAFYD durante más de 1 hora, y con una intensidad moderada. Se aprecia un 15.5% de chicos que realiza la práctica durante más de 1 hora pero con alta intensidad. A continuación, un 12.3% realiza la práctica con una duración de entre 30 a 60 minutos y una intensidad moderada, seguidamente un 7.9% emplea la misma duración de entre 30 a 60 minutos pero con una intensidad baja. Un 2.2% realiza PAFYD en sesiones de menos de 30 minutos y baja intensidad, otro 2.2%, emplea sesiones de menos de 30 minutos y una intensidad moderada la realizar la práctica, un 1.3% emplea una duración de menos de 30 minutos por sesión pero con alta intensidad.

Tabla 18. *Duración e intensidad de la PAFYD de los chicos.*

	Baja	Moderada	Alta
Menos de 30 min	2.2%	2.2%	1.3%
De 30 a 60 min	7.9%	12.3%	4.1%
Más 1 hora	30.7%	23.8%	15.5%

En la tabla 19, se presenta la distribución de las chicas de 13 a 17 años en función de la duración y de la intensidad de práctica. Se aprecia cómo un 25.8% de las chicas realiza la práctica con una duración de entre 30 a 60 minutos por sesión y con una intensidad moderada, un 22.2% realiza la PAFYD con una duración de más de 1 hora y con una intensidad moderada, mientras que un 20.3% realiza la PAFYD durante más de 1 hora pero con baja intensidad. Seguidamente, se aprecia cómo un 13.9% de las chicas que realizan la práctica con una duración de entre 30 a 60 minutos y una intensidad baja. Además, un 5.3% de las chicas realiza la práctica durante más de 1 hora y con alta intensidad. A continuación, por un lado, se encuentra un 4.7% que lleva a cabo la PAFYD la misma duración de entre 30 a 60 minutos y con una intensidad alta. Y por otro, se aprecia como otro 4.7% realiza la práctica durante menos de 30 minutos y con intensidad moderada. Finalmente se observa que un 1.7% realiza la PAFYD con una duración de menos de 30 minutos y alta intensidad, un resultado similar, 1.4%, es el de las chicas que realizan la práctica durante menos de 30 minutos y con baja intensidad.

Tabla 19. Duración e intensidad de la PAFYD de las chicas.

	Baja	Moderada	Alta
Menos de 30 min	1.4%	4.7%	1.7%
De 30 a 60 min	13.9%	25.8%	4.7%
Más 1 hora	20.3%	22.2%	5.3%

En la tabla 20, se observa la distribución de los jóvenes guipuzcoanos de 17 años en función de la duración y la intensidad de la PAFYD. Un 22.8% de los jóvenes de 17 años realiza la práctica con una duración de entre 30 a 60 minutos y con una intensidad moderada. Un 22.1% de los jóvenes realiza la PAFYD con una duración de más de 1 hora y con una intensidad baja. Asimismo, un 20.6% realiza la PAFYD durante más de 1 hora pero con intensidad moderada. Se aprecia que un 11.8% lleva a cabo la práctica con una duración de más de 1 hora y una intensidad alta. A continuación, se constata un 8.8% que realiza la práctica durante menos de 30 minutos por sesión y con baja intensidad, y un 7.4% que lleva a cabo la PAFYD con una duración de entre 30 a 60 minutos y con alta intensidad. Finalmente se observa un 4.4% que lleva a cabo la PAFYD con una duración de menos de 30 minutos e intensidad moderada. Un 1.5% realiza la práctica durante menos de 30 minutos y con baja intensidad, y por último, un 0.7% realiza la práctica con una duración de menos de 30 minutos y con alta intensidad.

Tabla 20. Duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 17 años.

	Baja	Moderada	Alta
Menos de 30 min	1.5%	4.4%	0.7%
De 30 a 60 min	8.8%	22.8%	7.4%
Más 1 hora	22.1%	20.6%	11.8%

A continuación, en la tabla 21, se presenta la distribución de los jóvenes de 16 años en función de la duración y la intensidad. Un 26% de los jóvenes guipuzcoanos de 16 años realiza la práctica con una duración de más de 1 hora y con una baja intensidad, un 22.2% realiza la PAFYD una duración de entre 30 a 60 minutos y con una intensidad moderada, entre tanto, un 20.5% realiza la PAFYD durante más de 1 hora y con intensidad moderada. Asimismo un 9.6% de los jóvenes de 16 años lleva cabo su práctica con una duración de entre 30 a 60 minutos y una intensidad baja. Un 6.3% realiza la práctica durante más de 1 hora y con alta intensidad, y un 5.7% práctica con una duración de menos de 30 minutos y una intensidad moderada. A continuación, se observa un 5.1% que lleva a cabo la PAFYD durante 30 a 60 minutos y con una alta intensidad. Finalmente se observa un 2.3% que realiza la

PAFYD con una duración de menos de 30 minutos por sesión y alta intensidad, y el mismo resultado, 2.3% realiza la práctica menos de 30 minutos por sesión y con baja intensidad.

Tabla 21. Duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 16 años.

	Baja	Moderada	Alta
Menos de 30 min	2.3%	5.7%	2.3%
De 30 a 60 min	9.6%	22.2%	5.1%
Más 1 hora	26%	20.5%	6.3%

En tabla 22, se presenta la distribución de los jóvenes de 15 años en función de la duración y la intensidad de práctica. Se aprecia que un 22.8% de los jóvenes de 15 años realiza la práctica con una duración de más de 1 hora y con una intensidad baja. Un 20.6% de los jóvenes realiza la PAFYD durante más de 1 hora por sesión y con una intensidad moderada. Mientras, un 16.2% realiza la PAFYD durante más de 1 hora pero con intensidad alta. Se observa un 14.6% que lleva a cabo la práctica con una duración de entre 30 a 60 minutos y una intensidad alta. Seguidamente, un 14% realiza la práctica durante 30 a 60 minutos y con una intensidad moderada, mientras que 4.4% lleva a cabo la PAFYD con una duración de entre 30 a 60 minutos y una intensidad moderada. Un 3.7% que lleva a cabo la PAFYD con una duración de menos de 30 minutos e intensidad baja, un 2.2% realiza la práctica con una duración de entre 30 a 60 minutos y una intensidad alta, y tan sólo un 1.5% realiza la práctica con una duración de menos de 30 minutos y con alta intensidad.

Tabla 22. Duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 15 años.

	Baja	Moderada	Alta
Menos de 30 min	3.7%	4.4%	1.5%
De 30 a 60 min	14.6%	14%	2.2%
Más 1 hora	22.8%	20.6%	16.2%

En la tabla 23, se presenta la distribución de los jóvenes de 14 años de Gipuzkoa en función de la duración y la intensidad de PAFYD. En primer lugar, se aprecia un 30.3% que lleva a cabo la práctica con una duración de más de 1 hora y con una intensidad baja. Un 27.6% de los jóvenes de 14 años realiza la PAFYD con una duración de más de 1 hora por sesión y con una intensidad moderada. A continuación, se encuentra un 17.9% que realiza la PAFYD con una duración de entre 30 y 60 minutos con intensidad moderada. Un 8.9% lleva a cabo la práctica con una duración de más de 1 hora y una intensidad alta. Un porcentaje similar, exactamente un 8.3%, realiza la práctica menos de 30 minutos y con una intensidad moderada, mientras que 3.5% lleva a cabo la PAFYD con una duración de entre 30 a 60 minutos y una alta intensidad. Un 1.4% lleva a cabo la PAFYD con una duración de menos de

30 minutos por sesión e intensidad alta, el mismo dato que los jóvenes que realizan la práctica con una duración de menos de 30 minutos y una intensidad moderada. Un 0.7% realiza la práctica con una duración de menos de 30 minutos y con baja intensidad.

Tabla 23. Duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 14 años.

	Baja	Moderada	Alta
Menos de 30 min	0.7%	1.4%	1.4%
De 30 a 60 min	8.3%	17.9%	3.5%
Más 1 hora	30.3%	27.6%	8.9%

A continuación, en la tabla 24, se muestra la distribución de los jóvenes de 13 años en función de la duración y la intensidad de práctica. Se aprecia a un 27.7% que realiza la práctica con una duración de más de 1 hora y con una intensidad moderada. Un 22.9% de los jóvenes realiza la PAFYD con una duración de más de 1 hora y con una intensidad baja, mientras, un 20.5% realiza la PAFYD con una duración de entre 30 y 60 minutos y con intensidad moderada. Un 16.9% de los jóvenes de 13 años lleva a cabo la práctica con una duración de entre 30 a 60 minutos y una intensidad baja. Seguidamente, un 7.2% realiza la práctica durante más de 1 hora con una intensidad alta, mientras que un 3.6% lleva a cabo la PAFYD con una duración de entre 30 a 60 minutos y una intensidad alta. A continuación, un 1.2% realiza la práctica con una duración de menos de 30 minutos y con alta intensidad. No se encuentran jóvenes de 13 años que lleven a cabo la práctica con una duración de menos de 30 minutos e intensidad baja, ni con duración de menos de 30 minutos y con intensidad moderada.

Tabla 24. Duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes de 13 años.

	Baja	Moderada	Alta
Menos de 30 min	0%	0%	1.2%
De 30 a 60 min	16.9%	20.5%	3.6%
Más 1 hora	22.9%	27.7%	7.2%

4.2.4 Frecuencia, duración e intensidad.

En la tabla 25, se muestra la distribución de los jóvenes guipuzcoanos en función de la frecuencia, duración y la intensidad de práctica. Se aprecia a un 19.1% que realiza la práctica con 3 o más veces por semana, con una duración de más de 1 hora y con una intensidad baja. Un 16.2% de los jóvenes realiza la PAFYD 3 o más veces por semana con una duración de más de 1 hora y con una intensidad moderada, tras ellos, un 13.4% realiza la PAFYD 2 veces o menos por semana con una duración de entre 30 y 60 minutos y con intensidad moderada.

Un 7.9% lleva a cabo la práctica 3 o más veces por semana con una duración de entre 30 a 60 minutos y una intensidad baja, mientras, un 7.1% lleva a cabo su práctica 2 veces por semana, durante más de 1 hora y con intensidad moderada. A continuación, se aprecia un 6% que lleva a cabo su práctica 2 veces por semana, con una duración de entre 30 a 60 minutos y con intensidad baja, el mismo porcentaje, realiza su PAFYD con una frecuencia de 2 veces o menos por semana, una duración de más de 1 hora e intensidad baja, otro 6% realiza su práctica 3 o más veces por semana, durante entre 30 a 60 minutos y con una intensidad moderada. A continuación, se aprecia un 5.1% que realiza la práctica 3 o más veces por semana, con una duración de entre 30 a 60 minutos y con intensidad baja. Un 2.8% realiza la práctica 2 veces o menos por semana, con una duración de menos de 30 minutos y con una intensidad moderada. Se aprecia, un 2.6% de los jóvenes realiza la práctica 2 veces o menos por semana, durante 30 a 60 minutos y con alta intensidad. Un 2.2% realiza la PAFYD 2 veces o menos por semana, durante más de 1 hora y con intensidad baja. Por su parte, un 1.9% realiza la práctica 3 o más veces por semana, entre 30 y 60 minutos y con una alta intensidad. Un 1.3% realiza su práctica 2 veces o menos por semana, durante menos de 30 minutos con intensidad baja. A continuación, se aprecia un 0.9% que lleva a cabo su PAFYD con una frecuencia de 2 veces o menos por semana, durante menos de 30 minutos y con una alta intensidad. Seguidamente, se aprecia un 0.7% que realiza la práctica 3 o más veces por semana y durante menos de 30 minutos y con intensidad moderada. Finalmente, se encuentra un 0.1% que realiza la PAFYD 3 o más veces por semana, durante menos de 30 minutos, y con una intensidad baja.

Tabla 25. Frecuencia, duración e intensidad de la PAFYD de los jóvenes.

		Menos de 30 min.	De 30 a 60 min.	Más 1 hora
Baja	2 veces o menos por semana	1.3%	6%	6%
	3 o más veces por semana	0.1%	5.1%	19.1%
Moderada	2 veces o menos por semana	2.8%	13.4%	7.1%
	3 o más veces por semana	0.7%	6%	16.2%
Alta	2 veces o menos por semana	0.9%	2.6%	2.2%
	3 o más veces por semana	0.5%	1.9%	7.9%

A continuación, en la tabla 26, se presenta la distribución de los chicos guipuzcoanos en función de la frecuencia, duración y la intensidad de práctica. Primeramente un 26.6% realiza la práctica con 3 o más veces por semana, con una duración de más de 1 hora y con una intensidad baja. Un 17.3% de los jóvenes emplea una frecuencia de 3 o más veces por semana, durante más de 1 hora y una intensidad moderada para llevar a cabo su PAFYD, tras

ellos se encuentra un 12.2 % que realiza la PAFYD 3 veces o más por semana con una duración de más de 1 hora y con intensidad alta. Un 8.7% lleva a cabo la práctica 2 o menos veces por semana con una duración de entre 30 a 60 minutos y una intensidad moderada, por otro lado, un 6.7% lleva a cabo su práctica 2 veces por semana, durante más de 1 hora y con intensidad alta. A continuación, se aprecia un 6.1% que lleva a cabo su práctica 3 o más veces por semana, con una duración de entre 30 a 60 minutos y con intensidad baja. Un 4.5% realiza su PAFYD con una frecuencia de 2 veces o menos por semana, con una duración de más de 1 hora y con intensidad baja. Un 3.5% de los chicos realiza su práctica 2 veces o menos por semana, durante más de 1 hora y con una intensidad alta. Seguidamente, se encuentra un 3.2% de los chicos que realiza la práctica 3 o más veces por semana, con una duración de entre 30 a 60 minutos y con intensidad moderada. Por su parte, un 2.5% de los chicos realiza la práctica 3 veces o más veces por semana, con una duración de menos de 30 minutos y 60 minutos con una intensidad alta. Tras ellos, se aprecia un 2% que realiza la práctica 2 veces o menos por semana, durante 30 a 60 minutos y con intensidad baja. A continuación, se aprecia que un 1.6% de los chicos realiza la PAFYD 2 veces o menos por semana, con una duración de 30 a 60 minutos y con intensidad alta. La misma cantidad de chicos lleva a cabo su práctica 2 veces o menos por semana, durante menos de 30 minutos y con intensidad moderada. Un 1.2% de los chicos realiza su práctica 2 veces o menos por semana, durante menos de 30 minutos con intensidad baja. Tras ellos, se aprecia que un 1% de los chicos emplea una frecuencia de 2 veces o menos por semana, durante menos de 30 minutos y con una alta intensidad en su práctica. Seguidamente, se aprecia un 0.6% que realiza la práctica 3 o más veces por semana, durante menos de 30 minutos y con intensidad moderada. Finalmente, un 0.3% de los chicos realizan su PAFYD tanto con una frecuencia de 3 o más veces por semana, durante menos de 30 minutos, y con una intensidad baja, como con una frecuencia de 3 o más veces por semana, durante menos de 30 minutos y con intensidad alta.

Tabla 26. Frecuencia, duración e intensidad de la PAFYD de los chicos.

		Menos de 30 min.	De 30 a 60 min.	Más 1 hora
Baja	2 veces o menos por semana	1.2%	2%	4.5%
	3 o más veces por semana	0.3%	6.1%	26.6%
Moderada	2 veces o menos por semana	1.6%	8.7%	6.7%
	3 o más veces por semana	0.6%	3.2%	17.3%
Alta	2 veces o menos por semana	1%	1.6%	3.5%
	3 o más veces por semana	0.3%	2.5%	12.2%

A continuación, en la tabla 27, se muestra la distribución de las chicas guipuzcoanas en función de la frecuencia, duración y la intensidad de práctica. En primer lugar, un 17.5% de las chicas realiza su PAFYD con una frecuencia de 2 veces o menos por semana, una duración de 30 a 60 minutos y con una intensidad moderada. Un 15.2% de las chicas emplea una frecuencia de 3 o más veces por semana, durante más de 1 hora y una intensidad moderada para llevar a cabo su PAFYD, mientras que un 12.7 % de las chicas emplea una frecuencia de 3 veces o más por semana, una duración de más de 1 hora y una intensidad baja. Un 9.6% de las chicas lleva a cabo la práctica 2 o menos veces por semana con una duración de entre 30 a 60 minutos y una intensidad baja. A continuación, un 8.5% lleva a cabo su práctica 3 o más veces por semana, con una duración de 30 a 60 minutos y con intensidad moderada. A continuación, se aprecia un 7.3% que lleva a cabo su práctica 2 veces o menos por semana, con una duración de más de 1 hora y con intensidad moderada, el mismo porcentaje de chicas, lleva a cabo su práctica con una frecuencia de 2 veces o menos por semana, una duración de más de 1 hora, y con una intensidad baja. Un 4.2% de las chicas realiza su PAFYD con una frecuencia de 3 o más veces por semana, con una duración de 30 a 60 minutos y con intensidad baja, por otro lado, un 4% de las chicas realiza su práctica 2 veces o menos por semana, durante menos de 30 minutos y con una intensidad moderada, esa misma cantidad de chicas, realiza su PAFYD 3 o más veces por semana, durante más de 1 hora, y con alta intensidad. Seguidamente, se encuentra un 3.4% de las chicas lleva a cabo su práctica 2 veces o menos por semana, con una duración de entre 30 a 60 minutos y con intensidad alta. Se aprecia un 1.4% de chicas que realizan la práctica 3 veces o más veces por semana, con una duración de 30 a 60 minutos y con una intensidad alta. Otro 1.4% de las chicas realiza la práctica 2 veces o menos por semana, durante menos de 30 minutos y con intensidad baja. A continuación, se aprecia que un 1.1% de las chicas realiza la PAFYD 2 veces o menos por semana, con una duración de más de 1 hora y con alta intensidad. Un 0.8% de las chicas lleva a cabo su práctica con una frecuencia de 3 o más veces por semana, con una duración de menos de 30 minutos y con una intensidad moderada. La misma cantidad de chicas lleva a cabo su práctica 2 veces o menos por semana, durante menos de 30 minutos y con intensidad alta. Otro 0.8% de las chicas realiza su práctica 3 o más veces por semana, durante menos de 30 minutos con intensidad alta. Por último, no se aprecian chicas que lleven a cabo su PAFYD con una frecuencia de 3 o más veces por semana, durante menos de 30 minutos, y con una intensidad alta.

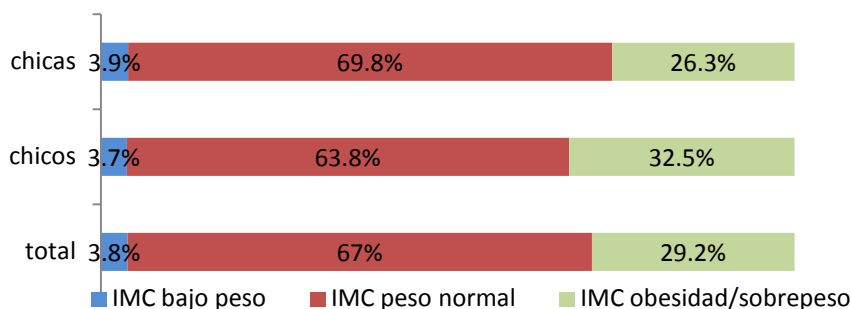
Tabla 27. Frecuencia, duración e intensidad de la PAFYD de las chicas.

		Menos de 30 min.	De 30 a 60 min.	Más 1 hora
Baja	2 veces o menos por semana	1.4%	9.6%	7.3%
	3 o más veces por semana	0%	4.2%	12.7%
Moderada	2 veces o menos por semana	4%	17.5%	7.3%
	3 o más veces por semana	0.8%	8.5%	15.2%
Alta	2 veces o menos por semana	0.8%	3.4%	1.1%
	3 o más veces por semana	0.8%	1.4%	4%

4.3. Índice de masa corporal declarado (IMC declarado)

A continuación, se presenta la distribución del IMC declarado. En este estudio se ha considerado adecuado hacer una separación en 3 grupos de IMC declarado, los diferentes grupos son bajo peso (categoría en la que se recogen a los sujetos de infra-peso y bajo peso), peso normal (categoría que recoge tanto a los sujetos con IMC declarado normal bajo, y normal alto), obesidad -sobrepeso. En primer lugar se presenta la distribución de la muestra total (gráfico 12).

En el gráfico 12, se aprecia que la gran mayoría de la muestra tiene un IMC declarado que se corresponde con la categoría de peso normal (67%), acto seguido se aprecia un 29.2%, con un IMC declarado correspondiente a la categoría de obesidad/ sobrepeso. Por último, se aprecia un 3.8% de sujetos con un IMC declarado de bajo peso. Se observa, que entre los chicos, un 63.8% se ubica en la categoría de IMC declarado de peso normal, un 32.5% de chicos se encuentran con un IMC declarado de obesidad/sobrepeso, y se encuentra un 3.7% de chicos con bajo peso. En cuanto a la distribución de las chicas en función de las distintas categorías IMC declarado, se constata que un 69.8% de las chicas se encuentra con una peso normal, posteriormente se aprecia que un 26.3% se encuentra con obesidad/sobrepeso, y se encuentra un 3.9% del total de chicas que tienen un IMC declarado de bajo peso.

Gráfico12. IMC declarado global, y por sexo.

A continuación, se describe la distribución del IMC declarado de los jóvenes por edades. En el gráfico 13, en primer lugar se aprecia que un 71.3% de los jóvenes de 13 años muestran un IMC declarado de peso normal, seguidos de un 24.1% que se encuentran con bajo peso, y el 4.6% restante de jóvenes de esta edad se encuentra en con un IMC declarado de obesidad/sobrepeso.

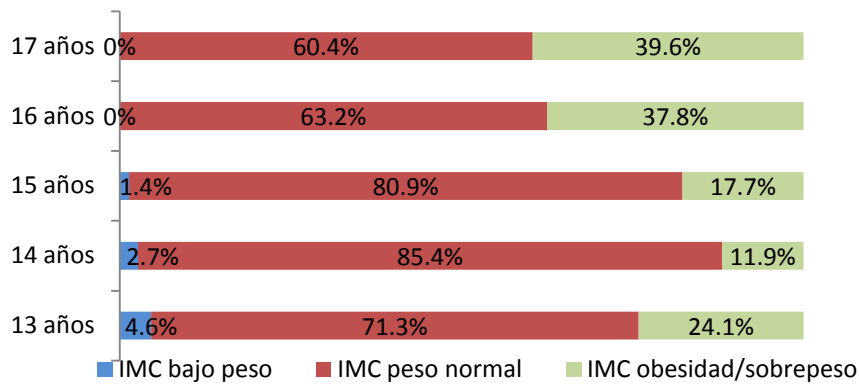
Por otra parte, en lo que respecta a los resultados de los jóvenes de 14 años, en ellos se puede apreciar cómo un 85.4% de los jóvenes de esa edad se sitúa con un IMC declarado de peso normal, un 11.9% de los jóvenes de 14 años se encuentra con un IMC declarado de obesidad/sobrepeso. Un 2.7% se encuentra en la categoría de bajo peso.

Entre los jóvenes de 15 años, se puede apreciar cómo un 80.9% de los jóvenes se encuentran con un IMC declarado de peso normal, muy por debajo, un 17.7% de jóvenes de 15 años muestra un IMC declarado de obesidad/ sobrepeso, en último lugar un 1.4% se encuentra con un IMC declarado de bajo peso.

En cuanto a los jóvenes de 16 años, se aprecia que un 63.2% corresponde al IMC declarado de peso normal, el 37.8% restante de jóvenes de 16 años tienen un IMC declarado de obesidad/sobrepeso, por lo que no se encuentran jóvenes de 16 años con bajo peso.

Por último, entre los jóvenes de 17 años, un 60.4% con peso normal, acompañado por un 39.6% de jóvenes de 17 años que se encuentra con un IMC declarado de obesidad/sobrepeso, en esta ocasión tampoco se encuentran sujetos con un IMC declarado de bajo peso.

Gráfico13. IMC declarado por edades



En la tabla 28, se presentan las puntuaciones medias del IMC declarado en función del sexo. En primer lugar se observa que entre las puntuaciones del IMC declarado de los chicos (M=21.2, DT= 3) y de las chicas (M=20.9, DT= 2.6) no se aprecian diferencias significativas, por lo que se considera que el IMC declarado es relativamente similar. Fijándonos en la comparación de las puntuaciones medias de los chicos (M=15.4, DT= 0.8) y las chicas (M=16.2, DT= 0.5) de bajo peso se aprecian diferencias significativas entre las puntuaciones de ambos sexos $t_{(16,67)} = -3.138, p = .006$ resultando significativamente mayor el IMC declarado de las chicas de bajo peso. A continuación, se presentan las puntuaciones medias de los chicos (M=19.9, DT=1.5) y de las chicas (M=19.9, DT= 1.5) de peso normal, apareciendo tanto chicos como chicas con un IMC declarado muy similar. Por último, se presentan las puntuaciones medias del IMC declarado de los chicos (M=24.3, DT=2.4) y de las chicas (M=23.9, DT=2) obesos o con sobrepeso, en este caso tampoco se aprecian diferencias significativas entre las puntuaciones medias, por lo que se considera que cuentan con IMC declarados similares tanto chicos como chicas obesos o con sobrepeso.

Tabla 28. Prueba T IMC declarado en función del sexo.

	Chicos			Chicas			gl.	t	p
	N	M	DT	N	M	DT			
Bajo peso	12	15.4	0.8	15	16.2	0.5	16.697	-3.138	.006
Peso normal	210	19.9	1.5	268	19.9	1.5	476	-0.781	.859
Obesos/ Sobrepeso	107	24.3	2.4	101	23.9	2	206	1.153	.250
Total	329	21.2	3	384	20.9	2.6	656	1.55	.120

4.3.1 IMC declarado en función de la frecuencia

En las siguientes tablas se presentan las puntuaciones medias del IMC declarado en función de distintas variables relacionadas con la PAFYD.

En primer lugar, en la tabla 29, se muestran las puntuaciones medias del IMC declarado en función de las categorías de frecuencia de la PAFYD. En ellas, se constata que no existen diferencias significativas $t_{(567.1)} = 1.133$, $p = .258$ entre las puntuaciones medias, pero se puede apreciar que la puntuación media de los que emplean una frecuencia de 2 veces o menos por semana ($M=21.1$, $DT= 3.1$) es mayor que la puntuación media de la categoría de 3 o más veces por semana ($M =20.9$, $DT=2.5$), lo que significa que los sujetos que menos frecuencia emplean se encuentran con un IMC declarado mayor y viceversa.

Tabla 29. Prueba T IMC declarado en función de la frecuencia.

	N	M	DT	gl.	t	p
2 veces o menos por semana	297	21.1	3.1	567.1	1.133	.258
3 o más veces por semana	398	20.9	2.5			

4.3.2 IMC declarado en función de la duración.

En la tabla 30, se presentan las puntuaciones medias del IMC declarado en función de las distintas categorías de duración de la PAFYD. Se aprecia que las puntuaciones medias del IMC declarado en función de la duración de práctica no provocan diferencias significativas $F_{(2, 693)} = 0.057$, $p = .945$, entre las puntuaciones medias de las categorías de menos de 30 minutos ($M = 21$, $DT=3.8$), de 30 a 60 minutos ($M=20.9$, $DT=2.8$), y de más de 1 hora ($M=21$, $DT=2.6$).

Tabla 30. Anova IMC declarado en función de la duración.

	N	M	DT	gl.	F	p
Menos de 30 minutos	49	21	3.8	693	0.057	.945
De 30 a 60 minutos	243	20.9	2.8			
Más de 1 hora	404	21	2.6			

4.3.3 IMC declarado en función de la intensidad.

En la tabla 31, se muestran las puntuaciones medias del IMC declarado en función de la intensidad de la PAFYD.

En esta ocasión, se encuentra que las puntuaciones medias del IMC declarado en función de la intensidad práctica, muestran la existencia de diferencias significativas $F_{(2, 679)} = 4.348$, $p = .013$ entre las puntuaciones medias de los que realizan la PAFYD con una

intensidad baja (M=20.7, DT=2.6), los que emplean intensidad moderada (M=21, DT=2.6), y los que llevan a cabo su práctica con alta intensidad (M=21.6, DT=3.4).

Tabla 31. Anova IMC declarado en función de la intensidad.

	N	M	DT	gl.	F	p
Baja	258	20.7	2.6			
Moderada	315	21	2.6	679	4.348	.013
Alta	109	21.6	3.4			

INDICE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL, IMAGEN PERCIBIDA, IMAGEN DESEADA.

A continuación se presentan los resultados relativos a las puntuaciones medias de la imagen percibida, de la imagen deseada, además del índice de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. Como se ha señalado en el apartado correspondiente a la metodología del estudio, estas medias se obtienen al escoger una de las puntuaciones señaladas por los jóvenes entre una de las nueve figuras que muestra la tabla cuando se les pide que señalen la imagen deseada por ellos, y que señalen la figura que se corresponde con la imagen que el sujeto considera se acerca más a la suya propia, cada figura de la tabla se corresponde a un valor en un rango de puntuaciones de -6 a +6.

4.4. Imagen percibida.

La puntuación media de la imagen percibida de los y las jóvenes guipuzcoanos de 13 a 17 años, resultante de medir la muestra total de los jóvenes guipuzcoanos es de -1.83 en un rango que va desde -6 a +6.

4.4.1 Imagen percibida de los y las guipuzcoanos/as de 13 a 17 años.

Observando la tabla 32, que entre las puntuaciones medias de los chicos de distinta edad no se encuentran diferencias significativas $F_{(4, 324)} = 0.311$, $p = .871$. Se aprecia que la puntuación más baja es la los jóvenes de 17 años (M =-2.7, DT=2.1), con una puntuación ligeramente más alta ese encuentra la puntuación media del los jóvenes de 14 años (M =-2.4, DT=2.4), después se aprecia que las puntuaciones de los jóvenes de 16 (M =-2.3, DT=2.6) y 15 años (M =-2.3, DT=2.3) con una puntuación similar entre ellos y ligeramente más alta a la de los anteriores. La puntuación más alta corresponde a los jóvenes de 13 años (M =-2.2, DT=2.7).

En cuanto a las puntuaciones de la imagen percibida de las chicas en función de la edad, no se aprecian diferencias significativas $F_{(4, 379)} = 1.292$, $p = .273$. Se observa que, la puntuación media más baja corresponde a las chicas de 13 años ($M = -1.8$, $DT = 2.4$), seguida de la puntuación media de las jóvenes de 14 años ($M = -1.6$, $DT = 2.5$), tras ellas, aparecen las jóvenes de 15 ($M = -1.2$, $DT = 2.5$) y 17 años ($M = -1.2$, $DT = 2$) con la misma puntuaciones media. En último lugar, aparecen los jóvenes de 16 años ($M = -1$, $DT = 2.1$).

Tabla 32. Anova imagen percibida por edad.

	Chicos			Chicas		
	N	M	DT	N	M	DT
17 años	62	-2.7	2.1	87	-1.2	2
16 años	86	-2.3	2.6	99	-1	2.1
15 años	67	-2.3	2.3	74	-1.2	2.5
14 años	73	-2.4	2.4	78	-1.6	2.5
13 años	41	-2.2	2.7	46	-1.8	2.4
Total	329	-2.4	2.4	384	-1.3	2.3
gl	(4, 324)			(4, 379)		
F	0.311			1.292		
p	.871			.273		

En la tabla 33, se presentan las puntuaciones medias de la imagen percibida de los jóvenes de la misma edad en función del sexo. Se constata como los resultados apuntan a la existencia de diferencias significativas, para ser más exactos, se observan diferencias significativas prácticamente en casi todas las comparaciones en función de la edad de los chicos y chicas. La excepción se encuentra entre las puntuaciones medias de los chicos ($M = -2.2$, $DT = 2.7$) y de las chicas ($M = -1.8$, $DT = 2.4$) de 13 años, que no muestran diferencias significativas $t_{(85)} = -0.674$, $p = .502$, en el resto de edades se encuentra que los chicos se perciben con una imagen corporal significativamente más estrecha que las chicas. 17 años ($t_{(147)} = -4.192$, $p < .001$), 16 años ($t_{(183)} = -3.576$, $p < .001$), 15 años ($t_{(139)} = -2.608$, $p = .010$), 14 años ($t_{(149)} = -2.112$, $p = .036$).

Tabla 33. Prueba T imagen percibida por sexo.

	Chicos			Chicas			Estadísticos		
	N	M	DT	N	M	DT	Dif. Med	t	p
17 años	62	-2.7	2.1	87	-1.2	2	-1.42	-4.192	<.001
16 años	86	-2.3	2.6	99	-1	2.1	-1.256	-3.57	<.001
15 años	67	-2.3	2.3	74	-1.2	2.5	-1.071	-2.608	.010
14 años	73	-2.4	2.4	78	-1.6	2.5	-0.849	-2.112	.036
13 años	41	-2.2	2.7	46	-1.8	2.4	-0.373	-0.674	.502
Total	329	-2.4	2.4	384	-1.3	2.3	-1.059	-5.952	<.001

4.4.2 Imagen Percibida en función de la frecuencia de PAFYD.

En la tabla 34, se muestran las comparaciones de las puntuaciones medias de la imagen percibida de los jóvenes del mismo sexo en función de la frecuencia de PAFYD. En cuanto a las puntuaciones medias de los chicos, se observa que se dan diferencias significativas entre los chicos $t_{(149.56)} = -4.817$, $p < .001$, que llevan a cabo la práctica 2 o menos veces por semana ($M = -1.4$, $DT = 2.8$) y la puntuación media de los chicos que practican 3 o más días a por semana ($M = -2.9$, $DT = 2.1$) para la PAFYD.

En las comparaciones de las puntuaciones medias en función de la frecuencia de las chicas, se aprecian diferencias significativas $t_{(369)} = -0.021$, $p = .984$, entre sus puntuaciones, es más, se aprecia que tanto las chicas que emplean una frecuencia de 2 veces o menos por semana ($M = -1.3$, $DT = 2.3$), como las que emplean 3 o más veces por semana ($M = -1.3$, $DT = 2.2$), para la práctica resultan con la misma puntuación.

Por último, destacar que en las comparaciones de la muestra total, se dan diferencias en la imagen percibida $t_{(693)} = 4.709$, $p < .001$, siendo más baja la puntuación de los que emplean una frecuencia de 3 o más veces por semana ($M = -1.3$, $DT = 2.5$), que la puntuación media de los que realizan su PAFYD 2 veces o menos por semana ($M = -2.2$, $DT = 2.3$).

Tabla 34. Prueba T imagen percibida en función de la frecuencia de PAFYD.

	2 veces o menos por sem.			3 o más veces por sem.			g.l.	t	p
	N	M	DT	n	M	DT			
Chicos	100	-1.4	2.8	224	-2.9	2.1	149.56	4.817	< .001
Chicas	197	-1.3	2.3	174	-1.3	2.2	369	-0.021	.984
Total	297	-1.3	2.5	398	-2.2	2.3	693	4.709	< .001

4.4.3 Imagen Percibida en función de la duración de PAFYD.

A continuación, en la tabla 35, se analizan las comparaciones de las puntuaciones medias de los jóvenes guipuzcoanos en función de la duración con la que llevan a cabo la PAFYD. En primer lugar, comentar que no se observan diferencias significativas $F_{(2, 323)} = 1.797$, $p = .167$, entre las puntuaciones de la imagen percibida de los chicos en función de las categorías de duración, de menos de 30 minutos ($M = -1.4$, $DT = 3.3$); de entre 30 y 60 minutos ($M = -2.3$, $DT = 2.3$); y de más de 1 hora ($M = -2.5$, $DT = 2.4$). En lo que se refiere a la imagen percibida de las chicas en función de la duración de la práctica, se constata que tampoco existen diferencias significativas $F_{(2, 367)} = 0.601$, $p = .549$, en cuanto a las puntuaciones de la

imagen percibida de las categorías de duración de la PAFYD de menos de 30 minutos ($M=-1.6$, $DT=2.5$); de entre 30 y 60 minutos ($M=-1.2$, $DT=2.4$); y de más de 1 hora ($M=-1.4$, $DT=2.1$).

Por último, destacar que entre las puntuaciones medias de imagen percibida de la muestra total dividida en función de la duración se encuentran diferencias significativas $F_{(2, 693)} = 3.255$, $p = .039$, entre las puntuaciones medias de los que emplean menos de 30 minutos ($M=-1.5$, $DT=2.8$), de entre 30 y 60 minutos ($M=-1.5$, $DT=2.4$), y de más de 1 hora ($M=-2$, $DT=2.3$) para llevar a cabo la práctica.

Tabla 35. Anova imagen percibida en función de la duración de PAFYD.

	Menos de 30 minutos			Entre 30 y 60 minutos			Más de 1 hora			g.l.	F	p
	n	M	DT	n	M	DT	n	\bar{X}	DT			
Chicos	19	-1.4	3.3	78	-2.3	2.3	229	-2.5	2.4	323	1.797	.167
Chicas	30	-1.6	2.5	165	-1.2	2.4	175	-1.4	2.1	367	0.601	.549
Total	49	-1.5	2.8	242	-1.5	2.4	404	-2	2.3	693	3.255	.039

4.4.4 Imagen Percibida en función de la intensidad de PAFYD.

A continuación, en la tabla 36, se observan las puntuaciones medias de la imagen percibida en función de la intensidad de PAFYD. Se aprecia que entre las puntuaciones medias de las distintas categorías de intensidad de los chicos se dan diferencias significativas $F_{(2, 317)} = 3.035$, $p = .049$, es decir se aprecia que se dan diferencias significativas entre las puntuaciones medias de los que emplean una intensidad baja ($M=-2.8$, $DT=2.1$), moderada ($M=-2.1$, $DT=2.4$), los que emplean una alta intensidad de práctica ($M=-2.2$, $DT=2.9$).

En cuanto a las puntuaciones medias de las chicas de distinta intensidad, se observa que no se dan diferencias significativas $F_{(2, 361)} = 1.19$, $p = .305$, entre las puntuaciones medias de los que emplean baja intensidad ($M=-1.5$, $DT=2.4$); intensidad moderada ($M=-1.2$, $DT=2.3$); y alta ($M=-0.9$, $DT=2.1$) intensidad de PAFYD. Finalmente, las comparaciones de las puntuaciones medias del total de la muestra en función de la intensidad de PAFYD, se observa que se dan diferencias significativas, $F_{(2, 679)} = 4.572$, $p = .011$, entre las puntuaciones medias de la intensidad baja ($M=-2.2$, $DT=2.3$), moderada ($M=-1.5$, $DT=2.4$), y con alta intensidad ($M=-1.7$, $DT=2.7$).

Tabla 36. Anova imagen percibida en función de la Intensidad de PAFYD.

	Baja			Moderada			Alta			g.l.	F	p
	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT			
Chicos	129	-2.8	2.1	123	-2.1	2.4	66	-2.2	2.9	317	3.035	.049
Chicas	129	-1.5	2.4	192	-1.2	2.3	43	-0.9	2.1	361	1.19	.305
Total	258	-2.2	2.3	315	-1.5	2.4	109	-1.7	2.7	679	4.572	.011

4.4.5 Imagen Percibida en función del IMC declarado.

En la tabla 37, se aprecian los resultados relativos a la imagen percibida en función de las categorías de IMC declarado (bajo peso, peso normal, obesidad/sobrepeso). Se aprecia que entre las puntuaciones medias de la imagen percibida en función del IMC declarado de los jóvenes guipuzcoanos/as existen diferencias significativas $F_{(2, 710)} = 110.08$, $p < .001$. bajo peso (M=-4, DT=1.4); peso normal (M=-2.5, DT=2); y obesidad/sobrepeso (M=-0.1, DT=2.4).

Tabla 37. Anova imagen percibida en función del IMC Declarado.

	Bajo Peso			Peso Normal			Obesidad/Sobrepeso			gl.	F	p
	N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT			
	27	-4	1.4	478	-2.5	2	208	-0.1	2.4	710	110.084	<.001

A continuación, tabla 38, se presentan las puntuaciones medias de la imagen percibida de los chicos y de las chicas en función del IMC declarado.

En los resultados de los chicos, se aprecia que existen diferencias significativas $F_{(2, 326)} = 51.504$, $p < .001$, entre las puntuaciones medias de los jóvenes con obesidad/sobrepeso (M=-0.7, DT=2.6) y las puntuaciones medias de los chicos de la categoría de peso normal (M=-3.1, DT=1.9), y la puntuación media de los chicos de la categoría de bajo peso (M=-4.2, DT=1.).

Finalmente, se observan las puntuaciones medias en función del IMC declarado de bajo peso (M=-3.8, DT=1.5), peso normal (M =-1.9, DT=1.9), y obesidad/sobrepeso (M =0.6, DT=1.9) de las chicas, en ellas se aprecian la existencia de diferencias significativas $F_{(2, 381)} = 78.027$, $p < .001$.

Tabla 38. Anova imagen percibida en función del IMC declarado por sexo.

	Bajo Peso			Peso Normal			Obesidad/Sobrepeso			gl.	F	p
	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT			
Chicos	12	-4.2	1.4	210	-3.1	1.9	107	-0.7	2.6	326	51.504	< .001
Chicas	15	-3.8	1.5	268	-1.9	1.9	102	0.6	1.9	381	78.027	< .001

En la tabla 39, se muestran las puntuaciones medias de la imagen percibida separadas en función del IMC declarado y de la edad de los y las jóvenes. En primer lugar, se aprecia que en los jóvenes de 17 años no hay ninguno con IMC declarado de bajo peso, por otro lado se observa que existen diferencias significativas $t_{(135,991)} = -6.863$, $p < .001$, entre las puntuaciones medias de jóvenes de peso normal ($M = -3.2$, $DT=1.6$), y obesidad/sobrepeso ($M=-1.1$; $DT=2$).

Se observa que entre los jóvenes de 16 años se encuentran diferencias significativas $t_{(183)} = -7.948$, $p < .001$ entre sus puntuaciones medias de la imagen percibida las de los jóvenes con peso normal ($M = -2.6$, $DT=2$), y la de jóvenes con obesidad/sobrepeso ($M = 0.0$, $DT=2.4$).

A continuación, se aprecia que entre las puntuaciones medias de los jóvenes de 15 años, se encuentran diferencias significativas $F_{(2, 138)} = 45.629$, $p < .001$, entre las puntuaciones medias de los que se encuentran con obesidad/sobrepeso ($M = 1.5$, $DT=2$) los que se encuentran bajo peso ($M=-4.5$, $DT=2.1$), y los de peso normal ($M=-2.4$, $DT=1.9$).

Entre las puntuaciones medias de los jóvenes de 14 años, se observa que se producen diferencias entre las puntuaciones medias $F_{(2, 148)} = 50.754$ $p < .001$, de los jóvenes con bajo peso ($M=-5.6$, $DT=0.75$), peso normal ($M=-2.5$, $DT=2$), y obesidad/sobrepeso ($M = 1.5$, $DT=1.4$).

Por último, observando las puntuaciones medias de los jóvenes de 13 años, se aprecia la existencia de diferencias significativas $F_{(2, 84)} = 16.330$ $p < .001$, entre las puntuaciones de los jóvenes de bajo peso ($M=-3.6$, $DT=1.3$), de peso normal ($M=-1.8$, $DT=2.5$), y de obesidad/sobrepeso ($M=3$, $DT=1.2$), es decir que ocurre exactamente lo mismo que en el caso anterior.

Tabla 39. Anova imagen percibida en función del IMC declarado y de la edad.

	17 años			16 años			15 años			14 años			13 años		
	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT
Bajo Peso	0	-	-	0	-	-	2	-4.5	2.1	4	-5.6	0.7	21	-3.6	1.3
Peso Normal	93	-3.2	1.6	117	-2.6	2	114	-2.4	1.9	129	-2.5	2	62	-1.8	2.5
Obesidad/Sobrepeso	57	-1.1	2	68	0	2.4	25	1.5	2	28	2.1	1,4	4	3	1,2
gl	139.991			183			138			148			84		
F	5.483			0.512			45.629			50.754			13.33		
p	< .001			< .001			< .001			< .001			< .001		

4.5. Imagen deseada.

A continuación se presentan los resultados relativos a la imagen deseada, que al igual que con la imagen percibida, se presentan a través de puntuaciones medias. De la misma forma se ha hecho con la imagen percibida las puntuaciones medias de la imagen deseada se obtienen al trasladar la figura señalada por los jóvenes de entre las nueve figuras disponibles del cuestionario, las puntuaciones oscilaran entre un rango de -6 a +6. La puntuación media de la imagen deseada, resultante de medir la muestra total de los jóvenes guipuzcoanos de 13 a 17 años es -3,14 en una rango de -6 a +6.

4.5.1 Imagen deseada de los y las guipuzcoanos/as de 13 a 17 años.

En la tabla 40, se presentan las comparaciones de las puntuaciones medias de la imagen deseada de los jóvenes de distintas edad y del mismo sexo. En primer lugar, se presentan las puntuaciones medias de los chicos, en donde se puede apreciar que no se dan diferencias significativas, $F_{(4, 323)} = 0.732$ $p = .571$, entre las puntuaciones en función de la edad. En cuanto a los resultados de las chicas, se comprueba que se dan diferencias significativas $F_{(4, 377)} = 3.112$ $p = .015$ entre las puntuaciones medias de las mismas, además, se aprecia una tendencia, ya que a medida que aumenta la edad, las chicas desean una figura más gruesa.

Tabla 40. *Anova imagen deseada por edad.*

	Chicos			Chicas		
	N	M	DT	N	M	DT
17 años	62	-3.2	1.7	87	-2.9	1.4
16 años	86	-2.9	1.8	98	-2.9	1.3
15 años	67	-3.1	1.7	73	-3.1	1.4
14 años	73	-3.2	1.7	78	-3.4	1.4
13 años	41	-3.4	1.5	46	-3.5	1.3
Total	328	-3.1	1.7	382	-3.1	1.4
gl	323			378		
F	0.732			3.112		
p	.57			.015		

En la tabla 41, se presentan las puntuaciones medias de la imagen deseada de los jóvenes de la misma edad en función del sexo de los y las jóvenes guipuzcoanos de 13 a 17 años. Primeramente, se observan las puntuaciones medias de los chicos ($M=-3.2$, $DT=1.7$) y de las chicas ($M=-2.9$, $DT=1.4$) de 17 años, entre las cuales se aprecia que no se dan diferencias significativas $t_{(117)} = -0.911$, $p = .571$. A continuación, se aprecia que entre las puntuaciones medias de los chicos ($M = -2.9$, $DT=1.8$) y de las chicas ($M=-2.9$, $DT=1.3$) de 16 años tampoco se dan diferencias significativas $t_{(182)} = -0.153$ $p = .878$. Igual ocurre entre las puntuaciones medias de los chicos ($M=-3.1$, $DT=1.7$) y de las chicas ($M=-3.1$, $DT=1.4$) de 15 años, es decir, no se encuentran diferencias significativas $t_{(128.664)} = -0.285$, $p = .776$. Las puntuaciones medias de los chicos ($M=-3.2$, $DT=1.7$) y de las chicas ($M=-3.4$, $DT=1.4$) de 14 años nos indican lo mismo que en los casos anteriores, que no existen diferencias significativas $t_{(149)} = 0.689$, $p = .492$. Por último, se parecía que entre las puntuaciones medias de los chicos ($M=-3.4$, $DT=1.5$) y de las chicas ($M=-3.5$, $DT=1.3$) de 13 años, tampoco se aprecian diferencias significativas $t_{(84)} = 0.470$, $p = .639$.

Tabla 41. *Prueba T imagen deseada por sexo.*

	Chicos			Chicas			Estadísticos		
	N	M	DT	N	M	DT	Dif. Med	t	p
17 años	62	-3.2	1.7	87	-2.9	1.4	-0.164	-0.911	.364
16 años	86	-2.9	1.8	98	-2.9	1.3	-0.035	-0.153	.878
15 años	67	-3.1	1.7	73	-3.1	1.4	-0.074	-0.285	.776
14 años	73	-3.2	1.7	78	-3.4	1.4	0.176	0.689	.492
13 años	41	-3.4	1.5	46	-3.5	1.3	0.141	0.47	.639
Total	328	-3.1	1.7	382	-3.1	1.4	-0.025	-0.214	.831

4.5.2 Imagen deseada en función de la frecuencia de PAFYD.

A continuación, tabla 42, se presentan las puntuaciones medias de la imagen deseada de los chicos y de las chicas en función de la frecuencia con la que se realiza la PAFYD. Así, se comprueba la existencia de diferencias significativas $t_{(321)} = 2.118$ $p = .035$, entre las puntuaciones medias de los chicos de la categoría de 2 veces o menos por semana ($M = -2.8$, $DT = 1.6$) y los chicos de la categoría de 3 veces o más por semana ($M = -3.3$, $DT = 1.7$). Por otro lado, se observa que no se dan diferencias significativas $t_{(367)} = 0.368$, $p = .713$ entre las puntuaciones medias de las chicas que emplean 2 veces o menos por semana ($M = -3.1$, $DT = 1.4$); 3 veces o más por semana ($M = -3.1$, $DT = 0.4$). En cuanto, a las comparaciones en función de la frecuencia de la muestra total, se puede afirmar que no se encuentran diferencias significativas $t_{(690)} = 1.831$, $p = .068$, entre las puntuaciones medias de los que emplean una frecuencia de 2 veces o menos por semana ($M = -3$, $DT = 1.5$), y los que utilizan 3 o más veces por semana ($M = -3.2$, $DT = 1.6$) para llevar a cabo la práctica.

Tabla 42. Prueba T imagen deseada en función de la frecuencia de PAFYD.

	2 veces o menos por sem.			3 o más veces por sem.			g.l.	t	p
	n	M	DT	n	M	DT			
Chicos	99	-2.8	1.6	224	-3.3	1.7	321	2.118	.035
Chicas	197	-3.1	1.4	172	-3.1	0.4	367	0.368	.713
Total	296	-3	1.5	396	-3.2	1.6	690	1.831	.068

4.5.3 Imagen deseada en función de la duración de PAFYD.

En la tabla 43, se presentan las puntuaciones medias de la imagen deseada en función de la duración de práctica y del sexo de los jóvenes guipuzcoanos. En primer lugar, si se atiende a las puntuaciones medias de las distintas categorías de duración de los chicos, no se aprecian diferencias significativas $F_{(2, 322)} = 0.998$, $p = .370$. en las comparaciones de las categorías de menos de 30 minutos ($\bar{X} = -2.7$, $DT = 1.4$); entre 30 y 60 minutos ($M = -3.1$, $DT = 1.7$); más de 1 hora ($M = -3.2$, $DT = 1.7$). En segundo lugar, se observa que las puntuaciones medias de las chicas en función de las categorías de la duración de la PAFYD de menos de 30 minutos ($M = -3.1$, $DT = 1.6$), entre 30 y 60 minutos ($M = -3.1$, $DT = 1.5$), más de 1 hora ($M = -3.1$, $DT = 1.3$), las cuales tampoco producen diferencia alguna $F_{(2, 365)} = 0.016$, $p = .985$. Finalmente, en cuanto a las puntuaciones medias del total de la muestra en función de la duración de la práctica, entre las cuales, tampoco se aprecian diferencias significativas $F_{(2, 690)}$

= 0.534, $p = .587$, entre los que emplean menos de 30 minutos ($M = -3$, $DT = 1.5$); entre 30 y 60 minutos ($M = -3.1$, $DT = 1.6$); más de 1 hora ($M = -3.2$, $DT = 1.5$).

Tabla 43. Anova imagen deseada en función de la duración de PAFYD y del sexo.

	Menos de 30 minutos			Entre 30 y 60 minutos			Más de 1 hora			g.l.	F	p
	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT			
Chicos	19	-2.7	1.4	77	-3.1	1.7	229	-3.2	1.7	322	0.998	.370
Chicas	30	-3.1	1.6	165	-3.1	1.5	173	-3.1	1.3	365	0.016	.985
Total	49	-3	1.5	242	-3.1	1.6	402	-3.2	1.5	690	0.534	.587

4.5.4 Imagen deseada en función de la intensidad de PAFYD.

En la tabla 44, se observa lo que ocurre en las comparaciones de las puntuaciones medias de los chicos y de las chicas en función de la intensidad de PAFYD. Se aprecia que entre las puntuaciones medias de la imagen deseada de los chicos en función de la intensidad práctica no se dan diferencias significativas $F_{(2, 359)} = 1.028$, $p = .359$, entre las puntuaciones medias de los que emplean una intensidad baja ($M = -3.2$, $DT = 1.4$); los que utilizan una intensidad moderada ($M = -3$, $DT = 1.4$); y los que usan una intensidad alta ($M = -3$, $DT = 1.3$). A continuación, al comparar las puntuaciones medias de las chicas en función de las distintas categorías de intensidad de la PAFYD, se aprecia que tampoco se dan diferencias significativas, $F_{(2, 314)} = 0.219$, $p = .804$, entre las puntuaciones medias de la intensidad baja ($M = -3.2$, $DT = 1.5$); moderada ($M = -3.1$, $DT = 1.9$); y alta ($M = -3$, $DT = 1.7$). Por último, en las puntuaciones medias de la muestra total en función de las distintas categorías de intensidad de práctica, no se observan diferencias significativas $F_{(2, 676)} = 1.047$, $p = .352$, entre la intensidad baja ($M = -3.2$, $DT = 1.5$); moderada ($M = -3.1$, $DT = 1.6$); y alta ($M = -3$, $DT = 1.6$).

Tabla 44. Anova imagen deseada en función de la intensidad de PAFYD.

	Baja			Moderada			Alta			g.l.	F	p
	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT			
Chicos	129	-3.2	1.5	122	-3.1	1.9	66	-3.1	1.7	314	0.219	.804
Chicas	127	-3.2	1.4	192	-3	1.4	43	-3	1.3	359	1.028	.359
Total	256	-3.2	1.5	314	-3.1	1.6	109	-3	1.6	676	1.047	.352

4.5.5 Imagen deseada en función del IMC declarado

A continuación, tabla 45, se presenta la comparación de las puntuaciones medias de la imagen percibida en función del IMC declarado de los y las jóvenes guipuzcoanos. Se aprecia

la existencia de diferencias significativas $F_{(2, 707)} = 25.739$, $p < .001$ entre la puntuación media de la categoría de obesidad/sobrepeso ($M = -2.5$, $DT = 1.5$) y las puntuaciones medias de la intensidad de bajo peso ($M = -3.8$, $DT = 1.4$), y peso normal ($M = -3.3$, $DT = 1.5$).

Tabla 45. *Anova imagen deseada en función del IMC declarado.*

Bajo Peso			Peso Normal			Obesidad/Sobrepeso			gl.	F	p
N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT			
27	-3.8	1.4	476	-3.3	1.5	207	-2.5	1.5	707	25.739	< .001

A continuación, en la tabla 46, se presentan las puntuaciones medias de la imagen deseada en función del IMC declarado y del sexo. Por un lado, se aprecia que existen diferencias significativas $F_{(2, 325)} = 6.753$, $p = .001$ entre las puntuaciones medias de los chicos en función del IMC declarado, principalmente entre los componentes con bajo peso ($M = -3.7$, $DT = 1.9$) y obesidad /sobrepeso ($M = -2.7$, $DT = 1.6$). En cuanto a las puntuaciones medias de las distintas categorías de IMC declarado de las chicas, también se encuentran diferencias significativas $F_{(2, 379)} = 23.269$, $p < .000$, principalmente entre la puntuación media de la categoría de obesidad/sobrepeso ($M = -2.3$, $DT = 1.4$) y las puntuaciones medias de las categorías de bajo peso ($M = -3.8$, $DT = 1.1$) y peso normal ($M = -3.4$, $DT = 1.3$).

Tabla 46. *Anova imagen deseada en función del IMC declarado y del sexo.*

	Bajo Peso			Peso Normal			Obesidad/Sobrepeso			gl.	F	p
	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT			
Chicos	12	-3.7	1.9	209	-3.3	1.6	107	-2.7	1.6	325	6.753	.001
Chicas	15	-3.8	1.1	267	-3.4	1.3	100	-2.3	1.4	379	2.268	< .001

En la tabla 47, se presentan los resultados de las puntuaciones medias de la imagen deseada de los y las jóvenes de la misma edad en función de las categorías de IMC declarado. En primer lugar, en las puntuaciones medias de los jóvenes de 17 años, por un lado se observa que no hay nadie con bajo peso, y por otro, se aprecia que existen diferencias significativas $t_{(139.067)} = -3.397$, $p = .001$ entre las puntuaciones medias de peso normal ($M = -3.6$, $DT = 1.3$) y obesidad/sobrepeso ($M = -2.7$, $DT = 1.6$). Entre los y las jóvenes de 16 años, tampoco ese encuentra a nadie en la categoría de bajo peso, y como antes nuevamente se dan diferencias significativas $t_{(182)} = -2.44$, $p = .016$, entre las puntuaciones medias de peso normal ($M = -3.1$, $DT = 1.6$) y obesidad/sobrepeso ($M = -2.5$, $DT = 1.3$). Observando las puntuaciones medias de los y las jóvenes de 15 años, se constata que existen diferencias significativas $F_{(2, 137)} = 4.228$, $p = .017$, entre las puntuaciones medias del IMC declarado de bajo peso ($M = -3.7$, $DT = 3.2$), de peso normal ($M = -3.3$, $DT = 1.5$), y de obesidad/sobrepeso ($M = -2.3$, $DT = 1.2$). En

cuanto a las puntuaciones medias de la imagen deseada de los y las jóvenes de 14 años, se observa la existencia de diferencias significativas $F_{(2, 148)} = 20.571$, $p < .001$, en las comparaciones entre las puntuaciones medias de bajo peso ($M = -5.2$, $DT = 0.9$), peso normal ($M = -3.5$, $DT = 1.4$), y obesidad/sobrepeso ($M = -1.5$, $DT = 1.6$). Finalmente, en cuanto a las puntuaciones medias de la imagen deseada en función del IMC declarado de los jóvenes de 13 años, se aprecia que resultan ser las únicas en las que no se encuentran diferencias significativas $F_{(2, 83)} = 0.256$, $p = .775$, entre las puntuaciones medias de los que tienen bajo peso ($M = -3.5$, $DT = 1.3$), peso normal ($M = -3.5$, $DT = 1.4$), y obesidad/sobrepeso ($M = -3$, $DT = 1.2$).

Tabla 47. Prueba T y Anova imagen deseada en función del IMC declarado por edad.

	17 años			16 años			15 años			14 años			13 años		
	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT
Bajo Peso	0	-	-	0	-	-	2	-3.7	3.2	4	-5.2	0,9	21	-3.5	1,3
Peso Normal	93	-3.6	1.3	117	-3.1	1,6	113	-3.3	1.5	129	-3.5	1,4	61	-3.5	1,4
Obesidad/Sobrepeso	57	-2.7	1.6	67	-2.5	1,3	25	-2.3	1.2	28	-1.5	1,6	4	-3	1,2
gl	139.067			182			137			148			83		
F	-3.397			-2.44			4.228			20.571			0.256		
p	.001			.016			.017			0.000			.775		

4.6. Diferencia entre la imagen percibida e imagen deseada.

4.6.1 Diferencia entre la imagen percibida e imagen deseada en función por sexo.

En la tabla 48, se presentan las puntuaciones medias de la imagen deseada frente a la imagen percibida de los jóvenes del mismo sexo. Se aprecia que entre las puntuaciones medias de la imagen percibida ($M = -2.4$, $DT = 2.4$), y de la imagen deseada ($M = -3.1$, $DT = 1.7$) de los chicos se dan diferencias significativas $t_{(327)} = 5.910$, $p < .001$. En cuanto a lo que ocurre con las puntuaciones medias de las chicas, se observa que también se dan diferencias significativas $t_{(381)} = 18.146$, $p < .001$, entre la imagen con la que se perciben ($M = -1.3$, $DT = 2.3$) a sí mismas, y la imagen que desean ($M = -3.1$, $DT = 1.4$).

Tabla 48. Prueba t comparación entre imagen percibida y la deseada en función del sexo.

	Imagen Percibida			Imagen Deseada			gl	t	p
	n	M	DT	n	M	DT			
chicos	328	-2.4	2.4	328	-3.1	1.7	327	5.91	< .001
chicas	382	-1.3	2.3	382	-3.1	1.4	381	18.416	< .001

4.6.2 Diferencia entre la imagen percibida e imagen deseada por edad.

En la tabla 49, se aprecia que la comparación de las puntuaciones medias de la imagen deseada y de la imagen percibida entre los jóvenes de la misma edad. Se observa como las puntuaciones de la imagen percibida (M= -1.8, DT=2.1) y de la imagen deseada (M= -3, DT=1.6) de los y las jóvenes de 17 años, indican que existen diferencias significativas $t_{(148)} = 8.108$, $p < .001$, entre ellas. En cuanto a lo que ocurre entre los y las jóvenes de 16 años, se observa que nuevamente se dan diferencias significativas $t_{(183)} = 7.076$ $p < .001$, entre las puntuaciones medias de la imagen percibida (M=-1.6, DT=2.4) y la imagen deseada (M= -2.9, DT=1.5). En relación a las puntuaciones medias de la muestra de jóvenes de 15 años, se aprecia que como en las edades anteriores las comparaciones de las puntuaciones medias de la imagen percibida (M= -1.7, DT=2.5), y la imagen deseada (M= -3.1, DT=1.5) provocan diferencias significativas $t_{(139)} = 7.401$, $p < .001$. Entre los jóvenes de 14 años se constata que nuevamente se dan diferencias significativas $t_{(150)} = 7.882$, $p < .001$ entre las puntuaciones medias de la imagen percibida (M= -2, DT=2.5), y de la imagen deseada (M= -3.3, DT=1.6). Por último, se presentan las puntuaciones medias de los jóvenes de 13 años, que como en todos los casos anteriores se observan diferencias significativas $t_{(86)} = 3.019$, $p < .001$ entre la imagen percibida (M = -2.1, DT=2.5), y la imagen deseada (M= -3.5, DT=1.4).

Tabla 49. Prueba T comparación entre la imagen percibida y la imagen deseada por edad.

	Imagen Percibida			Imagen Deseada			t	gl	p
	N	M	DT	N	M	DT			
17 años	149	-1.8	2.1	149	-3	1.6	8,108	148	< .001
16 años	184	-1.6	2.4	184	-2.9	1.5	7,076	183	< .001
15 años	140	-1.7	2.5	140	-3.1	1.5	7,401	139	< .001
14 años	151	-2	2.5	151	-3.3	1.6	7,882	150	< .001
13 años	86	-2.1	2.5	86	-3.5	1.4	3,019	85	< .001

4.6.3 Diferencia entre la imagen percibida e imagen deseada en función de la edad de los chicos.

En la tabla 50, se observa que se presentan los resultados de las comparaciones entre las puntuaciones medias de la imagen deseada frente a la imagen percibida entre los chicos de la misma edad. Si se observan las comparaciones de las puntuaciones medias de la imagen percibida (M= -2.68, DT=2.1), y de la imagen deseada (M= -3.2, DT=1.7) de los chicos 17 años, se aprecia que existen diferencias significativas $t_{(61)} = 2.127$, $p = .037$. Atendiendo a lo

que ocurre entre los chicos de 16 años, se constata que nuevamente existen diferencias significativas $t_{(85)} = 2.055$ $p < 0.043$, entre las puntuaciones medias de la imagen percibida ($M = -2.3$, $DT = 2.7$), y la imagen deseada ($M = -2.9$, $DT = 1.8$). Observando la comparación de las puntuaciones medias de los chicos de 15 años, se aprecia que como en las edades anteriores las comparaciones, de la imagen percibida ($M = -2.3$, $DT = 2.3$), y la imagen deseada ($M = -3.1$, $DT = 1.7$) provocan diferencias significativas $t_{(66)} = 2.916$, $p = .005$. A continuación, se aprecia como entre las puntuaciones medias de los chicos de 14 años también existen diferencias significativas $t_{(72)} = 3.795$, $p < .001$, entre la imagen percibida ($M = -2.4$, $DT = 2.4$), y de la imagen deseada ($M = -3.2$, $DT = 1.7$). Por último, se presentan las puntuaciones medias de los chicos de 13 años, que como en todos los casos anteriores muestran diferencias significativas $t_{(39)} = 3.019$ $p = .004$, entre la imagen percibida ($M = -2.7$, $DT = 2.7$), y la imagen deseada ($M = -3.4$, $DT = 1.5$).

Tabla 50. Prueba *T* comparación entre la imagen deseada y la imagen percibida en función del año de nacimiento de los chicos.

	Imagen Percibida			Imagen Deseada			t	gl.	p
	n	M	DT	n	M	DT			
17 años	62	-2.7	2.1	62	-3.2	1.7	2.127	61	.037
16 años	86	-2.3	2.7	86	-2.9	1.8	2.055	85	.043
15 años	67	-2.3	2.3	67	-3.1	1.7	2.916	66	.005
14 años	73	-2.4	2.4	73	-3.2	1.7	3.795	72	< .001
13 años	40	-2.3	2.7	40	-3.4	1.5	3.019	39	.004

4.6.4 Relación imagen percibida e imagen deseada en función de la edad de las chicas.

En la tabla 51, se presentan los resultados de las comparaciones entre las puntuaciones medias de la imagen deseada frente a la imagen percibida de las chicas de la misma edad. Primeramente, se presentan las comparaciones de las puntuaciones medias de la imagen percibida ($M = -1.2$, $DT = 2$) y de la imagen deseada ($M = -2.9$, $DT = 1.4$) de las chicas 17 años, en ellas se observa que se dan diferencias significativas $t_{(86)} = 9.965$, $p < .001$. Seguidamente, se presenta en lo que ocurre entre las chicas de 16 años, se observa que entre ella en este caso también se dan diferencias significativas $t_{(97)} = 9.525$, $p < .001$, entre las puntuaciones medias de la imagen percibida ($M = -1.1$, $DT = 2.1$) y la imagen deseada ($M = -2.9$, $DT = 1.3$). En cuanto a la comparación de las puntuaciones medias de las chicas de 15 años, se comprueba que como en las edades anteriores las comparaciones, de la imagen percibida ($M =$

-1.2, DT=2.5), y la imagen deseada (M= -3.1, DT=1.4) también provocan diferencias significativas $t_{(72)} = 8.197$, $p < .001$. Entre las chicas de 14 años también se aprecia la existencia de diferencias significativas $t_{(72)} = 7.342$, $p < .001$, entre las puntuaciones medias de la imagen percibida (M= -1.6, DT=2.5), y de la imagen deseada (M= -3.4, DT=1.4). Finalmente, se presentan las puntuaciones medias de las chicas de 13 años, que como ocurría en todos los casos anteriores muestran la existencia de diferencias significativas $t_{(39)} = 5.445$, $p < .001$, entre la imagen percibida (M= -1.8, DT=2.4), y la imagen deseada (M = -3.5, DT=1.3).

Tabla 51. Prueba T comparación entre la imagen deseada y la imagen percibida en función del año de nacimiento de las chicas.

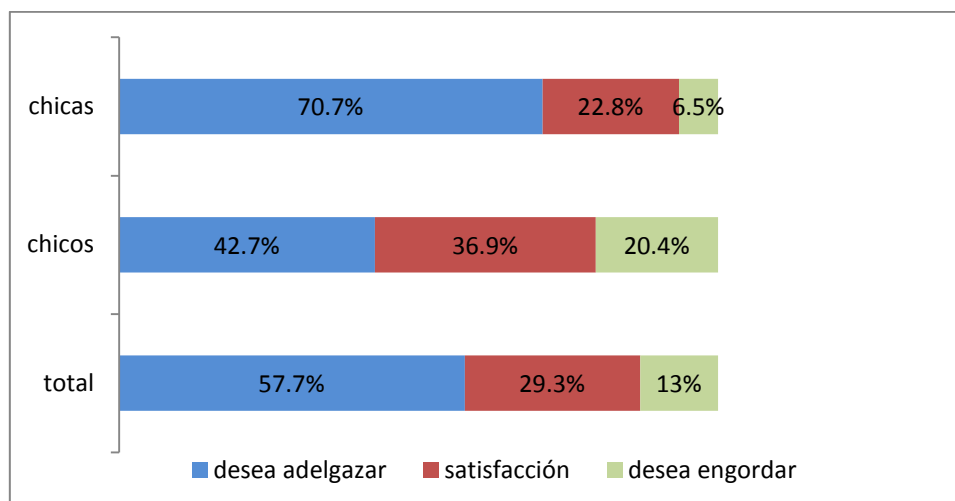
	Imagen Percibida			Imagen Deseada			t	gl.	p
	n	M	DT	n	M	DT			
17 años	87	-1.2	2	87	-2.9	1.4	9.965	86	< .001
16 años	98	-1.1	2.1	98	-2.9	1.3	9.525	97	< .001
15 años	73	-1.2	2.5	73	-3.1	1.4	8.197	72	< .001
14 años	78	-1.6	2.5	78	-3.4	1.4	7.342	77	< .001
13 años	46	-1.8	2.4	46	-3.5	1.3	5.445	45	< .001

4.7. Insatisfacción con la imagen corporal.

4.7.1 Satisfacción e insatisfacción.

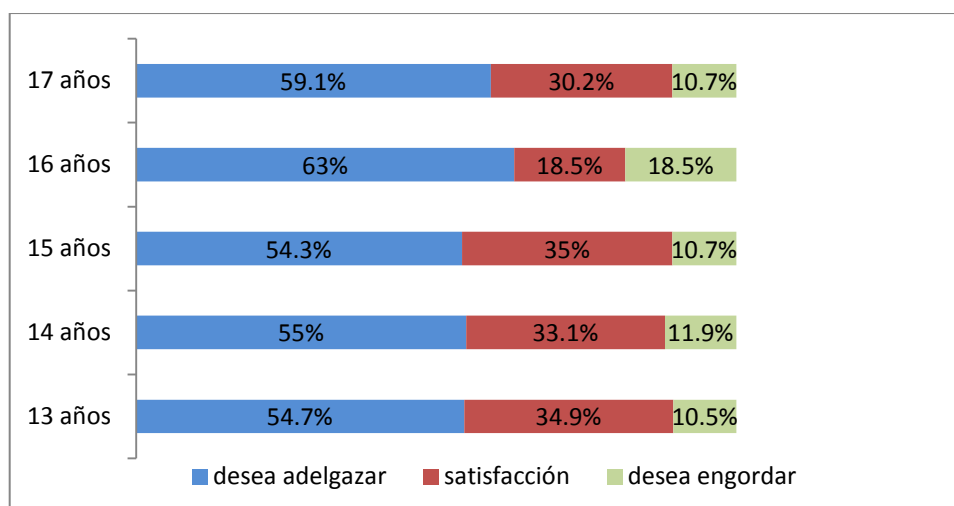
En el gráfico 14, se presenta la distribución de la muestra en función de las categorías de “deseo adelgazar”, “satisfacción” y “deseo engordar”. Se aprecia, que un 57.7% de la muestra total se siente insatisfecha con su imagen corporal y muestran un deseo por adelgazar, mientras que un 29.3% se siente satisfecha con su imagen corporal, por último, se observa que un 13% que desea engordar. Seguidamente, se presentan los porcentajes de las categorías “deseo adelgazar”, “satisfacción” y “deseo engordar” en función de la muestra de chicos y de chicas. En ellas, se observa que entre los chicos un 42.7% desea adelgazar, un 36.9% de los chicos se siente satisfecho con su imagen corporal, y un 20.4% de los chicos desea engordar. Mientras que entre las chicas, se puede confirmar un 70.7% que desea adelgazar, un 22.8% de las chicas están satisfechas con la imagen corporal, y un 6.5% desea engordar.

Gráfico14. Satisfacción e insatisfacción del global, y por sexo.



En el gráfico 15, se presenta la distribución de las categorías “deseo adelgazar”, “satisfacción” y “deseo engordar”, de los guipuzcoanos en función de la edad de los jóvenes. Entre los jóvenes de 13 años, se aprecia un 54.7% de jóvenes que desea adelgazar, un 34.9% que está satisfecho y un 10.5% que desea engordar. En cuanto a lo que ocurre entre los jóvenes de 14 años, se aprecia un 55% de jóvenes que desea adelgazar, un 33.1% que está satisfecho y un 11.9% que desea engordar. Observando a los jóvenes de 15 años, se aprecia que un 54.3% desea adelgazar, un 35% se encuentra satisfecho con su imagen corporal, y un 10.7% desea engordar. Atendiendo a lo que sucede en los resultados de los jóvenes de 16 años se constata que un 63% desea adelgazar, un 18.5% está satisfecho, y el mismo porcentaje (18.5%) desea engordar. Finalmente en relación a los jóvenes de 17 años, se aprecia que un 59.1% desea adelgazar, un 30.2% se encuentra satisfecho con su imagen corporal y un 10.7% desea engordar.

Gráfico15. Satisfacción e insatisfacción por edad.



4.7.2 Insatisfacción con la imagen corporal de los y las guipuzcoanos/as de 13 a 17 años.

A continuación, se presentan los resultados relativos al índice de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal procedentes de restar a la imagen deseada la imagen percibida, el índice resultante nos indicara el grado de satisfacción o insatisfacción que corresponde a cada categoría. Las puntuaciones del índice de Insatisfacción con la imagen corporal van desde -12 hasta 12.

La puntuación media del índice de insatisfacción con la imagen corporal de la muestra total de los y las jóvenes guipuzcoanos/as de 13 a 17 años es de -1.3.

En la tabla 52, se muestran las puntuaciones medias del índice de insatisfacción que resultan de las comparaciones entre los/las jóvenes del mismo sexo pero de distinta edad. Así pues, se observan las puntuaciones medias del índice de insatisfacción con la imagen corporal de los chicos de 17 años (M =-0.5, DT=1.9), 16 años (M =-0.6, DT=2.7), 15 años (M=-0.8, DT=2.3), 14 años (M =-0.8, DT=1.8), 13 años (M =-1.1, DT=2.3), entre las puntuaciones se aprecia que no se dan diferencias significativas $F_{(4, 323)} = 0.508, p=.730$. Si se observan las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de las chicas de distante edad se puede apreciar que no existen diferencias significativas $F_{(4, 377)} = 0.130, p=.971$, entre las puntuaciones medias de las chicas de 17 años (M =-1.7, DT=1.6), 16 años (M =-1.82 , DT=1.9), 15 años (M =-1.86, DT=1.9), 14 años (M =-1.82, DT=2.2), 13 años (M =-1.7, DT=2.1).

Tabla 52. Anova insatisfacción por edad.

	Chicos			Chicas		
	N	M	DT	N	M	DT
17 años	62	-0.5	1.9	87	-1.7	1.6
16 años	86	-0.6	2.7	99	-1.8	1.9
15 años	67	-0.8	2.3	74	-1.9	1.9
14 años	73	-0.8	1.8	78	-1.8	2.2
13 años	41	-1.1	2.3	46	-1.7	2.1
Total	329	-0.7	2.2	384	-1.8	1.9
F	0.508			0.13		
gl	323			377		
p	.730			.971		

En la tabla 53, se comparan las puntuaciones medias de los jóvenes guipuzcoanos, de la misma edad, en función del índice de insatisfacción con la imagen corporal en función sexo. En primer lugar, se observan las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de los chicos ($M = -0.5$, $DT = 1.88$) y de las chicas ($M = -1.7$, $DT = 1.6$) de 17 años, entre las cuales se observa la existencia de diferencias significativas $t_{(147)} = 4.153$ $p < .001$. Tras ellos, se presentan las puntuaciones medias de los chicos ($M = -0.6$, $DT = 2.75$) y de las chicas ($M = -1.8$, $DT = 1.9$) de 16 años, en donde también se constata la existencia de diferencias significativas $t_{(147.79)} = 3.427$, $p = .001$. En cuanto a las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de los chicos ($M = -0.8$, $DT = 2.32$) y de las chicas ($M = -1.9$, $DT = 1.94$) de 15 años, nuevamente se encuentran diferencias significativas $t_{(138)} = -2.880$, $p = .005$. Las puntuaciones medias de los chicos ($M = -0.8$, $DT = 1.8$) y de las chicas ($M = -1.8$, $DT = 2.19$) de 14 años, como en los casos anteriores, indican que existen diferencias significativas $t_{(149)} = 3.122$, $p = .002$. Por último, en cuanto a las puntuaciones medias de los chicos ($M = -1.1$, $DT = 2.27$) y de las chicas ($M = -1.7$, $DT = 2.11$) de 13 años, se constata que a diferencia de las comparaciones anteriores, en estas, no se dan diferencias significativas $t_{(84)} = 1.284$, $p = .203$.

Tabla 53. Prueba T insatisfacción por sexo.

	Chicos			Chicas			Estadísticos		
	N	M	DT	N	M	DT	Dif. Med	t	p
17 años	62	-0.5	1.9	87	-1.7	1.6	1.181	4.153	< .001
16 años	86	-0.6	2.7	99	-1.8	1.9	1.21	3.427	.001
15 años	67	-0.8	2.3	74	-1.9	1.9	1.041	2.88	.005
14 años	73	-0.8	1.8	78	-1.8	2.2	1.025	3.122	.002
13 años	41	-1.1	2.3	46	-1.7	2.1	0.104	0.608	.203
Total	329	-0.7	2.2	384	-1.8	1.9	1.05	6.695	< .001

4.7.3 Insatisfacción con la imagen corporal en función de la frecuencia de PAFYD.

En la tabla 54, se presentan las comparaciones de las puntuaciones del índice de Insatisfacción de los jóvenes del mismo sexo pero de distinta frecuencia de PAFYD de la provincia de Gipuzkoa.

Observando las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de los chicos en función de las distintas categorías de frecuencia de PAFYD, se aprecia que se dan diferencias significativas, $t_{(149.56)} = 4.187$, $p < .001$, entre los que emplean 2 veces o más veces por

semana ($M = -1.4$, $DT=2.5$), y los que emplean 3 o más veces por semana ($M = -0.4$, $DT=2$). Mientras que entre las puntuaciones medias de las chicas en función de la frecuencia de práctica, no se aprecian diferencias significativas, $t_{(367)} = 0.353$, $p < .724$, entre los que emplean 2 veces o más veces por semana ($M = -1.7$, $DT=2$), y los que utilizan 3 o más veces por semana ($M = -1.8$, $DT=1.8$) para llevar a cabo la práctica. En cuanto a la comparación de las puntuaciones medias en función de la frecuencia de los jóvenes, se aprecia la existencia de diferencias significativas, $t_{(690)} = -3.907$, $p < .001$, entre los que emplean una frecuencia de 2 veces o menos por semana ($M = -1.6$, $DT=2.1$), y los que realizan la práctica 3 o más veces por semana ($M = -1$, $DT=2$).

Tabla 54. Prueba T insatisfacción en función de la frecuencia de PAFYD.

	2 veces o menos por sem.			3 o más veces por sem.			g.l.	t	p
	n	M	DT	n	M	DT			
Chicos	99	-1.4	2.5	224	-0.4	2	149.56	4.817	< .001
Chicas	197	-1.7	2	172	-1.8	1.8	367	0.353	.724
Total	296	-1.6	2.1	396	-1	2	690	-3.907	< .001

4.7.4 Insatisfacción con la imagen corporal en función de la duración de PAFYD.

En la tabla 55, se presentan las puntuaciones medias del índice de insatisfacción con la imagen corporal entre los jóvenes del mismo sexo pero con una duración de la PAFYD distinta. Primeramente, observando las puntuaciones medias del índice de insatisfacción en función de las distintas categorías de menos de 30 minutos ($M = -1.3$, $DT=3.6$); entre 30 y 60 minutos ($M = -0.6$, $DT=2.2$); y más de 1 hora ($M = -0.7$, $DT=2.1$) de duración de la PAFYD, no se aprecian diferencias significativas $F_{(2, 322)} = 0.601$, $p = .549$. En segundo lugar, en cuanto a las puntuaciones medias de las chicas en función de la duración de práctica, tampoco se producen diferencias significativas $F_{(2, 365)} = .016$, $p = .509$ entre los que emplean una duración de menos de 30 minutos ($M = -1.5$, $DT=2.2$); entre 30 y 60 minutos ($M = -1.9$, $DT=2$); y más de 1 hora ($M = -1.7$, $DT=1.7$) por sesión. En cuanto a las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de los chicos en función de la duración con la que llevan a cabo la práctica, no se aprecian diferencias significativas $F_{(2, 690)} = 2.358$, $p = .095$ entre los que emplean menos de 30 minutos ($M = -1.43$, $DT=2.8$); entre 30 y 60 minutos ($M = -1.5$, $DT=2.2$); y más de 1 hora ($M = -1.1$, $DT=2$) de duración por sesión.

Tabla 55. Anova insatisfacción en función de la duración de PAFYD.

	Menos de 30 minutos			Entre 30 y 60 minutos			Más de 1 hora			g.l.	F	p
	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT			
Chicos	19	-1.3	3.6	77	-0.6	2.2	229	-0.7	2.1	322	0.601	.549
Chicas	30	-1.5	2.2	165	-1.9	2	175	-1.7	1.7	365	0.677	.509
Total	49	-1.4	2.8	243	-1.5	2.2	404	-1.1	2	690	2.358	.095

4.7.5 Insatisfacción con la imagen corporal en función de la intensidad de PAFYD.

En la tabla 56, se muestran las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de la imagen corporal en función de las categorías de intensidad de PAFYD y del sexo. En primer lugar, se observan diferencias significativas $F_{(2, 314)} = 2.224$, $p = .110$ entre las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de los chicos en función de la intensidad baja ($M = -0.4$, $DT = 1.9$); la moderada ($M = -1$, $DT = 2.3$); y los que emplean una alta ($M = -0.9$, $DT = 2.7$) intensidad de la PAFYD. A continuación, se aprecian las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de las chicas en función de las categorías de baja ($M = -1.7$, $DT = 1.9$); moderada ($M = -1.8$, $DT = 1.9$); y alta ($M = -2$, $DT = 1.6$) intensidad de la práctica. Al igual que ocurría entre los chicos, se constata que entre las chicas, tampoco se dan diferencias significativas $F_{(2, 359)} = 0.396$, $p = .674$. Por último, se presentan las puntuaciones medias índice de insatisfacción de la muestra total en función de las distintas categorías de intensidad; baja ($M = -1.1$, $DT = 2$); moderada ($M = -1.5$, $DT = 2.1$); alta ($M = -1.3$, $DT = 2.4$), entre las que, no se aprecian diferencias significativas $F_{(2, 676)} = 2.778$, $p = .063$.

Tabla 56. Anova insatisfacción en función de la intensidad de PAFYD.

	Baja			Moderada			Alta			g.l.	F	p
	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT			
Chicos	129	-0.4	1.9	122	-1	2.3	66	-0.9	2.7	314	2.224	.110
Chicas	127	-1.7	1.9	192	-1.8	1.9	43	-2	1.6	359	0.396	.674
Total	256	-1.1	2	314	-1.5	2.1	109	-1.3	2.4	676	2.778	.063

4.7.6 Insatisfacción con la imagen corporal en función del IMC declarado.

En la tabla 57. se muestran los resultados relativos a la puntuación media del índice de insatisfacción en función del IMC declarado al que pertenecen. Se constata la existencia de diferencias significativas $F_{(2, 707)} = 53.614$, $p < .001$, entre las puntuaciones medias del índice

de insatisfacción en función del IMC declarado de bajo peso (M= 0.2, DT=1.1), peso normal (M= -0.9, DT=2), y obesidad/sobrepeso (M= -2.5, DT=2.1).

Tabla 57. Anova insatisfacción en función del IMC declarado.

Bajo Peso			Peso Normal			Obesidad/Sobrepeso			gl.	F	p
N	M	DT	N	M	DT	N	M	DT			
27	0.2	1.1	476	-0.9	2	207	-2.5	2.1	707	53.614	< .001

En la tabla 58, se presentan las puntuaciones medias de la insatisfacción con la imagen corporal de las distintas categorías de IMC declarado en función del sexo. En primer lugar, se aprecia que entre las puntuaciones medias del índice de insatisfacción en función del IMC declarado de bajo peso (M= 0.5, DT=1), peso normal (M= -0.2, DT=2) y obesidad/sobrepeso (M= -2, DT=2.3) de los chicos, se encuentran diferencias significativas $F_{(2, 325)} = 28.637$, $p < .001$. A continuación, se observa la existencia de diferencias significativas $F_{(2, 379)} = 36.637$, $p < .001$, entre las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de las chicas en función de las categorías de IMC declarado de bajo peso (M= 0, DT=1.1), peso normal (M= -1.4, DT=1.7) y obesidad/sobrepeso (M= -3, DT=1.8).

Tabla 58. Anova insatisfacción en función del IMC declarado y del sexo.

	Bajo Peso			Peso Normal			Obesidad/Sobrepeso			gl.	F	p
	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT			
Chicos	12	0.5	1	209	-0.2	2	107	-2	2.3	325	28.637	< .001
Chicas	15	0	1.1	267	-1.4	1.7	100	-3	1.8	379	36.637	< .001

A continuación, en la tabla 59, se presentan las puntuaciones medias del índice de insatisfacción con la imagen corporal de los jóvenes de distinto IMC declarado en función de la edad. En primer lugar, no se encuentra ningún/a joven con bajo peso 17 años en función del IMC declarado. Así, se aprecia que existen diferencias significativas $t_{(147)} = 4.438$, $p < .001$, entre las puntuaciones medias en función del IMC declarado de peso normal (M=-0.4, DT=1.5); y de obesidad/sobrepeso (M=-1.6, DT=1.8). Entre los jóvenes de 16 años, tampoco se encuentran jóvenes con bajo peso. Entre los jóvenes de 16 años también se aprecian diferencias significativas $t_{(182)} = 5.919$, $p < .001$, en las comparaciones de las puntuaciones medias del IMC declarado de peso normal (M=-0.5, DT=2.2); y obesidad/sobrepeso (M=-2.5, DT=2.2). Entre los jóvenes de 15 años, se constata que existen diferencias significativas $F_{(2, 137)} = 29.182$, $p < .001$, entre las puntuaciones medias de las distintas categorías de IMC declarado de bajo peso (M =0.7, DT=1.1), peso normal (M=-0.8, DT=1.8), y obesidad/sobrepeso (M =-3.9, DT=2). Entre las puntuaciones medias de los jóvenes de 14

años, se observa la existencia de diferencias significativas, $F_{(2, 148)} = 15.482$, $p < .001$, entre las puntuaciones medias de las categorías de IMC declarado bajo peso ($M=0.4$, $DT=0.7$), peso normal ($M = -1.1$, $DT=1.9$), y obesidad/sobrepeso ($M = -3.5$, $DT=1.8$). Finalmente, se aprecian las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de los jóvenes de 13 años en función del IMC declarado de bajo peso ($M=-0.1$, $DT=1.1$), peso normal ($M=-1.6$, $DT=2$), y obesidad/sobrepeso ($M = -6$, $DT=2.1$), que al igual que ha ocurrido en los casos anteriores muestran diferencias significativas entre sí, $F_{(2, 83)} = 21.051$ $p < 0.001$.

Tabla 59. Anova insatisfacción en función del IMC declarado por edad.

	17 años			16 años			15 años			14 años			13 años		
	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT	n	M	DT
Bajo Peso	0	0	0	0	0	0	2	0.7	1.1	4	0.4	0.7	21	-0.1	1.1
Peso Normal	56	-0.4	1.5	116	-0.5	2.2	113	-0.8	1.8	129	-1.1	1.9	64	-1.6	2
Obesidad/Sobrepeso	93	-1.6	1.8	67	-2.5	2.2	25	-3.9	2	18	-3.5	1.8	4	-6	2.1
gl	147			182			137			148			83		
F	19.694			35.04			29.182			15.482			21.051		
p	< .001			< .001			< .001			< .001			< .001		

4.8. Comparación transcultural: Jóvenes de Gipuzkoa y Chile de 13 y 14 años.

Como último apartado de la parte de resultados, se incorpora un apartado en el que se comparan los resultados de la imagen percibida, imagen deseada e insatisfacción corporal obtenidos por los jóvenes guipuzcoanos de 13 y 14 años, con los resultados de los jóvenes chilenos de 13 y 14 años.

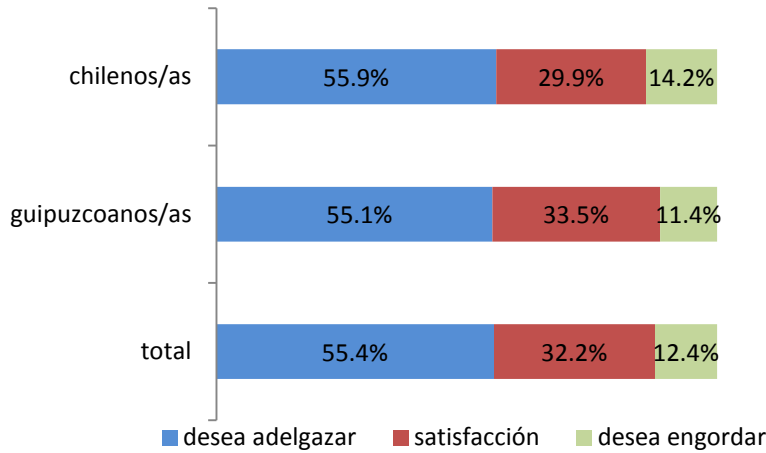
4.8.1 Comparación transcultural de satisfechos e insatisfechos.

A continuación, en el gráfico 16, se presenta la distribución de la muestra de jóvenes guipuzcoanos y de jóvenes chilenos en función de las tres categorías que se han diferenciado, la de si desean adelgazar, la de si desean engordar, y por último la de si están satisfechos con su imagen corporal. Se aprecia que más de la mitad de la muestra, un 55.4% exactamente, desea adelgazar, un 32.2% se encuentra satisfecho con su imagen corporal, mientras que una minoría de 12.4 % desea engordar.

Entre los guipuzcoanos, un 55.1% desea adelgazar, un 33.5% se encuentran satisfechos con su imagen corporal, y un 11.4% desea engordar. Mientras que en los porcentajes correspondientes de la distribución de los chilenos, se observa un 55.9% que

desea adelgazar, un 29.9% que se encuentran satisfechos, y un 14.2% restante que desea engordar.

Gráfico16. Satisfechos e insatisfechos global transcultural, guipuzcoanos y chilenos.



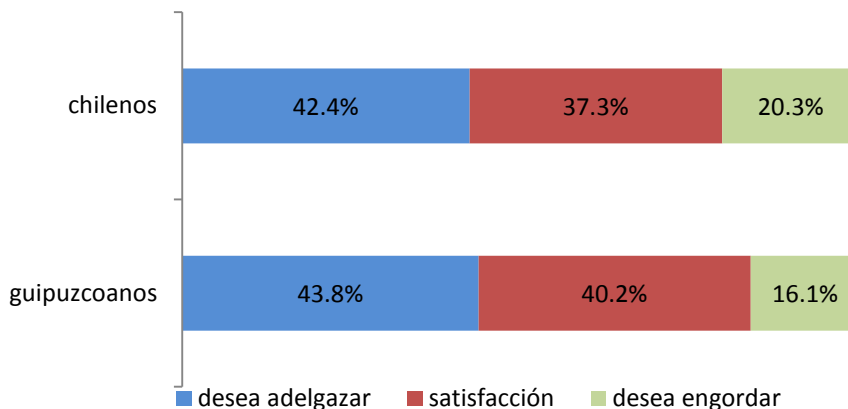
Guipuzcoanos vs chilenos.

En el gráfico 17, se procede a presentar la distribución de la muestra de jóvenes chicos guipuzcoanos, y de los chicos chilenos en función de si desean adelgazar, desean engordar o si están satisfechos con su silueta corporal.

Se puede apreciar que un 43.8% de los guipuzcoanos desea adelgazar, un porcentaje similar, un 40.2% exactamente, se encuentra satisfecho con su imagen corporal, mientras que el resto de guipuzcoanos, un 16.1%, desea engordar.

Entre los chilenos, un 42.4% desea adelgazar, un 37.3% se encuentran satisfechos con su imagen corporal, y el 20.3% restante desea engordar.

Gráfico17. Satisfacción e insatisfacción, guipuzcoanos y chilenos.

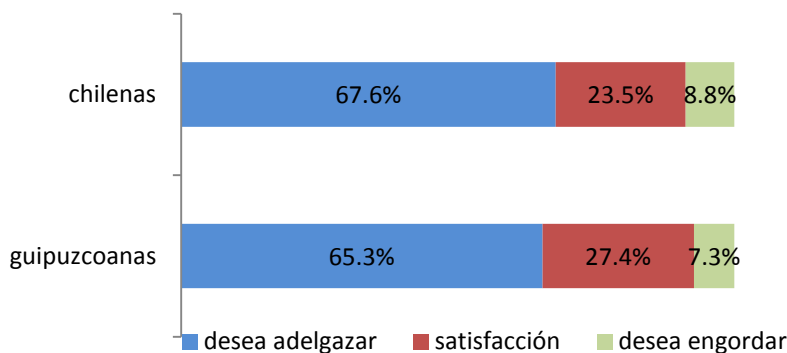


Guipuzcoanas vs chilenas.

A continuación, se presenta la distribución de la muestra de las jóvenes guipuzcoanas, y los porcentajes de las jóvenes chilenas en función de si desean adelgazar, desean engordar o si están satisfechas con su silueta corporal (gráfico 18). Se aprecia cómo un 65.3% de la muestra de chicas guipuzcoanas desea adelgazar, por otro lado, un 27.4% se encuentra satisfecha con su imagen corporal, mientras que el 7.3% restante de las jóvenes guipuzcoanas desea engordar.

Por otro lado, se constata que un 67.6% de las jóvenes chilenas desea adelgazar, mientras que un 23.5% se encuentra satisfecho con su imagen corporal, y el 8.8% restante desea engordar.

Gráfico 18. Satisfacción e insatisfacción guipuzcoanas y chilenas.



4.8.2 Comparación transcultural de la imagen percibida de los guipuzcoanos y chilenos.

A continuación, en la tabla 60, se comparan las puntuaciones medias en relación a la imagen percibida, en ellas se aprecia como entre las puntuaciones medias de los chicos guipuzcoanos ($M=-2$, $DT=2.5$), y de los chicos chilenos ($M=-2.3$, $DT=2.9$) en función de la imagen percibida no existen diferencias significativas $t_{(363)} = 0.938$, $p = .349$.

Tabla 60. Prueba T imagen percibida guipuzcoanos- chilenos.

	n	M	DT	g.l.	t	p
Gipuzkoa	237	-2	2.5	363	0.938	.349
Chile	128	-2.3	2.9			

Guipuzcoanos vs chilenos.

En la tabla 61, se presentan las puntuaciones medias de la imagen percibida de los jóvenes guipuzcoanos y de los jóvenes chilenos. A continuación, se presenta la comparación de las puntuaciones medias de la imagen percibida de los chicos de Gipuzkoa ($M=-2.3$, $DT=2.5$), y de los chicos de Chile ($M=-3.6$, $DT=2.1$), en ellas se aprecia la existencia de diferencias significativas $t_{(170)} = 3.241$, $p = .001$.

Tabla 61. Prueba T imagen percibida guipuzcoanos- chilenos.

	n	M	DT	g.l.	t	p
Gipuzkoa	113	-2.3	2.5	170	3.241	.001
Chile	59	-3.6	2.1			

Guipuzcoanas vs chilenas.

En la tabla 62, se muestran las puntuaciones medias de la imagen percibida de las chicas de Gipuzkoa y Chile. Atendiendo a las puntuaciones medias de la imagen percibida de las jóvenes guipuzcoanas ($M=-1.7$, $DT=2.5$), y de las jóvenes chilenas ($M=-1.1$, $DT=3$), se aprecia que no se dan diferencias significativas entre ellas $t_{(120,003)} = -1.285$, $p = .201$.

Tabla 62. Prueba T imagen percibida guipuzcoanas- chilenas.

	n	M	DT	g.l.	t	p
Gipuzkoa	124	-1.7	2.5	120.003	-1.285	.201
Chile	69	-1.1	3			

4.8.3 Comparación transcultural de la imagen deseada de los guipuzcoanos y chilenos.

En cuanto a las comparaciones de las puntuaciones medias de la imagen deseada de los jóvenes chicos de Gipuzkoa y de Chile (tabla 63), se observa que no existen diferencias significativas $t_{(214.856)} = 0.894$, $p = .372$, entre las puntuaciones medias de la imagen deseada de los jóvenes guipuzcoanos ($M=-3.4$, $DT=1.5$), y de los jóvenes chilenos ($M=-3.6$, $DT=1.9$).

Tabla 63. Prueba T imagen deseada guipuzcoanos- chilenos.

	n	M	DT	g.l.	t	p
Gipuzkoa	236	-3.4	1.5	214.856	0.894	.372
Chile	128	-3.6	1.9			

Guipuzcoanos vs chilenos.

A continuación (tabla 64), se observa que existen diferencias significativas $t_{(169)} = 2.119$, $p = .036$, entre las puntuaciones medias de los jóvenes guipuzcoanos ($M = -3.3$, $DT = 1.6$), y de los jóvenes chilenos ($M = -3.9$, $DT = 2.2$) en cuanto a la silueta que desean tener.

Tabla 64. Prueba T imagen deseada guipuzcoanos- chilenos.

	n	M	DT	g.l.	t	p
Gipuzkoa	112	-3.3	1.6	169	2.119	.036
Chile	59	-3.9	2.2			

Guipuzcoanas vs chilenas.

En tabla 65, se presentan las puntuaciones medias de la imagen deseada de las chicas de Gipuzkoa y Chile, se aprecia la existencia de diferencias significativas $t_{(190)} = 0.993$, $p = 0.310$, entre las puntuaciones medias de la imagen deseada de las guipuzcoanas ($M = -3.5$, $DT = 1.4$), y de las chilenas ($M = -3.2$, $DT = 1.5$).

Tabla 65. Prueba T imagen deseada guipuzcoanas- chilenas.

	n	M	DT	g.l.	t	p
Gipuzkoa	124	-3.5	1.4	190	0.993	.310
Chile	69	-3.2	1.5			

4.8.4 Comparación transcultural de la insatisfacción con la imagen corporal de los guipuzcoanos y chilenos.

En la tabla 66, se aprecia como entre las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de los jóvenes guipuzcoanos ($M = -1.4$, $DT = 2.1$), y de los jóvenes chilenos ($M = -1.3$, $DT = 2.8$), no se encuentran diferencias significativas $t_{(361)} = -0.303$, $p = .762$.

Tabla 66. Prueba T insatisfacción guipuzcoanos/as- chilenos.

	n	M	DT	g.l.	t	p
Gipuzkoa	236	-1.4	2.1	361	-0.303	.762
Chile	128	-1.3	2.8			

Guipuzcoanos vs chilenos.

En la tabla 67, se presentan las comparaciones de las puntuaciones medias de la insatisfacción de los chicos de Gipuzkoa y de Chile. No se observan diferencias significativas $t_{(169)}=-1.616$, $p= .108$, entre las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de los jóvenes guipuzcoanos ($M=-0.9$, $DT=2$), y los jóvenes chilenos ($M =-0.3$, $DT=2.7$).

Tabla 67. *Prueba T insatisfacción corporal de los guipuzcoanos y los chilenos.*

	n	M	DT	g.l.	t	p
Gipuzkoa	112	-0.9	2	169	-1.616	.108
Chile	59	-0.3	2.7			

Guipuzcoanas vs chilenas.

Seguidamente, tabla 68, se presentan las comparaciones de las puntuaciones medias del índice de insatisfacción con la imagen corporal de las jóvenes guipuzcoanas y de las jóvenes chilenas. En donde no se encuentran diferencias significativas $t_{(190)}=0.993$, $p= .322$, entre las puntuaciones medias del índice de insatisfacción de las jóvenes chicas guipuzcoanas ($M=-1.8$, $DT=2.1$), y de las jóvenes chicas chilenas ($M=-2.1$, $DT=2.6$).

Tabla 68. *Prueba T insatisfacción corporal de las guipuzcoanas y las chilenas*

	n	M	DT	g.l.	t	p
Gipuzkoa	124	-1.8	2.1	190	0.993	.322
Chile	69	-2.1	2.6			

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Capítulo 5. Discusión

- 5.1. En relación al eje 1: La PAFYD
- 5.2. En relación al eje 2. El IMC declarado
- 5.3. En relación al eje 3. La Imagen Corporal
 - 5.3.1 Imagen percibida
 - 5.3.2 Imagen deseada
 - 5.3.3 En relación a la insatisfacción con la imagen corporal
- 5.4. En relación al eje 4. Comparación transcultural

Capítulo 6. Conclusiones

APORTACIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

PERSPECTIVAS DE FUATURO

Capítulo



Discusión

Capítulo 5. Discusión

A lo largo del presente capítulo se relacionan los resultados fruto de este estudio, con diversas investigaciones realizadas en el mismo ámbito.

Por coherencia con el discurso mantenido durante todo el texto, la discusión de los resultados se realiza en función de los cuatro ejes a los que se ha hecho referencia: La práctica de actividad física y deporte (PAFYD), el índice de masa corporal (IMC) declarado, la imagen corporal y la comparación transcultural.

5.1. En relación al eje 1: La PAFYD

La revisión de los resultados muestra la existencia de un importante porcentaje de jóvenes de Gipuzkoa que declara realizar práctica físico-deportiva, resultados similares a los obtenidos por otros autores en la misma región (Aldaz, 2009; Arruza y Arribas, 2001) en los cuales se encontraron niveles superiores al 90% entre los practicantes. El alto porcentaje de practicantes hallado podría argumentarse desde una doble perspectiva; por un lado, la concepción amplia e integradora del término deporte, que como se ha comentado en el apartado de fundamentación teórica, engloba no sólo a quienes practican deportes de corte federativo, sino que también asume como deportistas a quienes realizan otro tipo de modalidades físico-deportivas no reconocidas por el COI como danzas o herri-kirolak, entre otras. El segundo eje argumental se cimenta sobre el sistema organizativo del deporte escolar en Gipuzkoa, el cual promueve la práctica de tres modalidades por curso escolar. Cabe destacar que los resultados obtenidos en este estudio indican un aumento en el número de jóvenes que realizan PAFYD pues en el año 2005 los datos obtenidos por otros investigadores (Arribas, 2005) con jóvenes de edades similares y de la misma provincia, indicaban que el 71.6% de los jóvenes de 15 a 18 años realizaban PAFYD.

La primera hipótesis planteada sostiene que *“Los chicos practican PAFYD en mayor porcentaje que las chicas, siendo que a medida que avanza la edad, desciende el número de jóvenes que realiza PAFYD”*. Esta primera hipótesis se mantiene, ya que se ha detectado una mayor cantidad de practicantes entre los chicos que entre las chicas en la provincia de Gipuzkoa, aunque cabe destacar la cantidad de chicas practicantes que también es muy alta. Asimismo, a la vista de los datos se ha comprobado que, a medida que los jóvenes se hacen mayores la cantidad de practicantes tienden a descender. Estos resultados van en la línea de

otras investigaciones en las que se han encontrado resultados similares (Arribas, 2005; Arruza y Arribas, 2001; Macías y Moya, 2002; Pierón, 2003; Pierón y Ruiz-Juan, 2010).

Por lo general, son los chicos los que realizan mayor cantidad de PAFYD en comparación con las chicas (Arribas, 2005; Lizalde, 2012). No obstante, en los últimos años, parece que esta idea está cambiando y son cada vez más las propuestas deportivas que tienen en cuenta las demandas de las mujeres. Por otra parte, el descenso paulatino en el número de practicantes a medida que aumenta la edad, puede estar motivado por la presión ejercida por las exigencias escolares, pues al acercarse al final de la etapa escolar, los jóvenes no disponen de tanto tiempo libre y en muchos casos se ven obligados a abandonar o reducir temporalmente su práctica motivado por el tiempo requerido para los estudios o por su incorporación al mundo laboral (Arribas, Arruza y Gil de Montes, 2011).

La segunda hipótesis sostiene que *“Los chicos tienen hábitos de PAFYD de mayor intensidad, duración y frecuencia que las chicas, siendo que, a medida que avanza la edad la intensidad de práctica aumenta”*.

En cuanto a la frecuencia de práctica de los jóvenes de 13 a 17 años, es mayor la cantidad de jóvenes que llevan a cabo su práctica 3 veces o más por semana. En lo relativo a la distribución de la frecuencia en función del sexo, se ha encontrado una mayor cantidad de chicos que de chicas que realizan la práctica con una alta frecuencia. Los datos obtenidos coinciden con los hallados en investigaciones similares (Arribas, 2005; Luis de Cos, 2014; Pierón, 2003), por el contrario no se asemejan a los obtenidos por García Ferrando (2001). Son resultados que aportan una prueba tranquilizadora ante la creciente alarma del aumento del sedentarismo entre los jóvenes. En lo que a Gipuzkoa se refiere, el trabajo para establecer hábitos físico-deportivos como base de un estilo de vida activo, parece situarse en la dirección correcta.

En cuanto a la duración, más de la mitad de los participantes en este estudio dicen emplear más de 1 hora para llevar a cabo cada una de sus sesiones de PAFYD, prácticamente un tercio de la muestra emplea un periodo de tiempo de entre 30 y 60 minutos dedicados a dicha actividad. Todo parece indicar que, en la línea de estudios como los de Gálvez (2004), Hernández y Velázquez (2010), Macarro (2008), Nuvila y cols. (2003; 2009; 2010), las chicas disponen o dedican, en general, no más de 60 minutos por sesión físico-deportiva, mientras que la mayoría de los chicos se sitúa en límites temporales superiores a una hora. Este dato podría ser coherente con las novedosas ofertas de cadenas de gimnasios femeninos en los que

se ofertan actividades físico-deportivas exclusivamente para mujeres, y en los que incluso el nombre corporativo hace alusión al tiempo suficiente para la práctica “30 minutos” <http://www.30minutos.net/guipuzcoa> . Los estudios de mercado sobre los que se plantea la oferta que realizan estos establecimientos son acordes a la tendencia de disposición temporal que marcan las jóvenes participantes en esta investigación. En cuanto a la duración en función de la edad, se ha observado que a medida que se hacen mayores los jóvenes tienden a emplear menos duración en su PAFYD, otros estudios constatan la misma tendencia ente sus jóvenes (Lizalde, 2012).

A diferencia de la frecuencia y la duración, en las cuales se ha encontrado un mayor número de jóvenes guipuzcoanos en las categorías más altas, en cuanto a la intensidad de la PAFYD se comprueba que la mayor parte de los jóvenes llevan a cabo su práctica con intensidad moderada o baja. Estos resultados se sitúan en la línea de los obtenidos por Fernández (2008) quién encuentra niveles similares de intensidad de práctica entre los adolescentes albaceteños. No obstante, se ha apreciado mayor porcentaje de chicos que de chicas que lleven a cabo su práctica con alta intensidad. En definitiva, la práctica de los chicos es más extrema y la de las chicas más moderada (Arribas, 2005). En relación a la edad se ha observado que la cantidad de jóvenes que llevan a cabo un PAFYD de alta intensidad, tiende a aumentar con la edad. Algo que no sorprende, pues al reducirse el tiempo que pueden dedicar a la PAFYD, la intensidad con la que se realiza dicha actividad tiende a aumentar. Además, en los últimos tiempos están proliferando actividades como el crossfit, los programas de fitness tipo insanity, el body pump y una largo etcétera de actividades que por lo general suelen ser bastante exigentes y en los cuales la intensidad con la que se realiza la actividad juega un papel importante. Matizar que en el presente estudio, al igual que en algunas otras investigaciones (Ramos y cols; 2010; Fernández, 2008; Lizalde 2012) no se ha constatado una gran cantidad de jóvenes que practique actividad físico-deportiva de alta intensidad. Probablemente estos jóvenes son los que realizan su práctica en clubs en los que la vertiente competitiva presente un papel destacado y prioritario.

En cuanto a la relación de las características de la PAFYD de los jóvenes, se ha observado que estos llevan a cabo la práctica principalmente 3 o más veces por semana, durante más de una hora y con una intensidad baja o moderada. Además, se ha observado una importante parte de jóvenes que emplean una frecuencia de 2 veces o menos por semana, con una duración de 30 a 60 minutos y una intensidad moderada. Entre los chicos se ha observado que gran parte de ellos comparten los rasgos de una alta frecuencia y una alta duración,

mientras que es la intensidad la que las diferencia. Entre las chicas, se ha observado que una importante cantidad de ellas realiza su PAFYD 2 veces a la semana, con una duración de entre 30 a 60 minutos y acompañada de intensidad moderada, otra cantidad destacada la realiza 3 o más veces por semana con una duración de más de 1 hora y con intensidad moderada. Por último, se constata que más de una decima parte de las chicas emplea una frecuencia de 3 o más veces por semana, durante más de una hora y con intensidad baja.

En base a todo lo argumentado en relación con la frecuencia, duración e intensidad, se mantiene la segunda hipótesis.

5.2. En relación al eje 2. El IMC declarado

Antes de comenzar a discutir los resultados en relación al índice de masa corporal, se considera importante recordar que en la categorización realizada se han seguido las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) que a través de curvas los percentiles específicos, reflejan los patrones de crecimiento propuestos para adolescentes de hasta 19 años.

La tercera hipótesis formulada, dice así: *“El IMC declarado de la mayoría de los jóvenes de Gipuzkoa se encuentra en normopeso, siendo en todos los casos el IMC declarado de las chicas más bajo que el de los chicos”*.

Dos tercios de los jóvenes presentan un IMC declarado bajo-normal por lo que la primera parte de la tercera hipótesis se confirma. Por otro lado, una pequeña proporción de jóvenes muestran un IMC declarado de bajo peso, estos resultados concuerdan con los resultados obtenidos en un estudio realizado con más de 21.000 adolescentes nacionales por Ramos, Moreno y Rivera (2010). En función del sexo, se ha observado mayor cantidad de chicos obesos y con sobrepeso que chicas, lo cual, como se ha comentado anteriormente puede ser debido a que las chicas, culturalmente reciben mayor presión para cuidar su peso, dándoles a entender que los términos belleza y delgadez van de la mano, por lo que no sorprende encontrar más chicas con IMC declarado bajo-normal que chicos. La tercera hipótesis quedaría parcialmente rechazada, ya que las puntuaciones medias del IMC declarado no difieren en función de los diferentes estratos de este. En lo que respecta a la distribución del IMC declarado en función de la edad, se ha constatado que a medida que aumenta la edad de los jóvenes de IMC declarado de bajo peso van disminuyendo, siendo que a los 16 y 17 años ninguno de los participantes muestra un IMC declarado de bajo peso. De manera inversa

a medida que los jóvenes van creciendo la muestra guipuzcoana tiende a engordar, estos datos coinciden con los encontrados por Moreno, Mesana, Fleta, Ruiz, González, Sarriá, Marcos y Bueno en un estudio realizado con jóvenes nacionales en el año 2005.

La cuarta hipótesis sostiene que *“Los jóvenes que presentan mayores niveles de frecuencia, duración e intensidad en su PAFYD serán quienes tengan un IMC menor”*. El análisis de los resultados ha dado lugar a comprobar que ni la frecuencia ni la duración de la práctica son variables que se puedan relacionar estadísticamente con la masa corporal declarada por los participantes de este estudio, por lo que la hipótesis en cuanto a la frecuencia y duración de la práctica, se ve rechazada.

En cuanto a la relación de la intensidad con el IMC que los participantes declaran, se ha encontrado que la intensidad provoca un IMC declarado diferente. Esto puede deberse a que los jóvenes al percibirse con mayor sobrepeso practican con mayor intensidad para dejar de percibirse así. Según algunos estudios dependiendo de las características de la PAFYD con las que se relaciona el IMC, se puede apreciar cierta relación (Fernández, 2008; Martínez y Veiga, 2007). Coincidiendo con estas investigaciones el presente estudio marca la relación entre IMC con la intensidad. Se puede considerar que el tipo de actividad físico-deportiva que se lleva a cabo pudiera influir notablemente, pues las exigencias requeridas para la práctica de algunas modalidades deportivas suponen el control y cuidado del IMC declarado, hecho que en ciertas ocasiones provoca excesiva preocupación por parte de los deportistas, sobre todo en los jóvenes que se relacionan con una práctica más competitiva.

5.3. En relación al eje 3. La Imagen Corporal

En el tratamiento de la imagen corporal, se ha estudiado de forma específica la imagen percibida, la imagen deseada y el grado de insatisfacción con la imagen corporal. En este apartado se procede a la discusión de los resultados de cada uno de estos puntos.

5.3.1 Imagen percibida

La imagen con la que los jóvenes se perciben, supone en la sociedad actual una carta de presentación que pudiera interceder de forma positiva (o no), en las relaciones que los jóvenes establecen con el entorno y de la seguridad con la que estas se establecen.

La quinta hipótesis, postula que *“Los chicos y las chicas de Gipuzkoa presentan índices diferentes con respecto a su imagen percibida”*.

Existen estudios que apuntan a que los chicos y las chicas perciben su imagen corporal de manera distinta (Kortabarría, 2015; Madrigal, Irala, Martínez, Kearney, Gibney y Martínez, 1999). En este sentido los datos que se han obtenido en la presente tesis conducen a mantener la hipótesis formulada, siendo así que los chicos se perciben con una imagen significativamente más delgada que la de las chicas, resultados que concuerdan con los encontrados por Lizalde (2012). Por otro lado, mientras que en los chicos, a medida que avanza su edad, tienden a percibirse como más delgados, entre las chicas ocurre lo contrario, a medida que avanza el rango de edad, tienden a percibirse con mayor masa corporal.

En cuanto a la relación de la imagen percibida con las distintas características de la PAFYD (frecuencia, duración e intensidad), se ha observado que en función de la frecuencia de práctica los jóvenes se perciben significativamente más delgados cuando llevan a cabo una práctica de frecuencia igual o superior a 3 veces por semana frente los que llevan a cabo una práctica de 2 veces por semana, es decir, a medida que aumenta la frecuencia de práctica, los practicantes se perciben más delgados. En lo que respecta a la imagen percibida en función de la duración, se aprecia la existencia de diferencias significativas entre quienes practican menos de 30 minutos, quienes lo hacen entre 30 y 60 minutos y los de más de 1 hora, pero no hay diferencias por sexo. Estos resultados son acordes a estudios fisiológicos que indican que más de 30 minutos de actividad moderado durante más de 3 días por semana ayudan a mantenerse en forma, afirmación esta que suscribe lo hallado por Herrera, Rojas y Vello (2001), en su estudio *“Actividad física y salud”*.

En cuanto a la imagen percibida en función de la intensidad de práctica, se ha observado que la intensidad de práctica provoca una imagen percibida distinta entre los jóvenes, sorprende el hecho de que los jóvenes, en general, que se perciben con una silueta más delgada son los que realizan su PAFYD a baja intensidad. En el grupo de los chicos sin embargo, quienes más intensamente la practican los que se perciben más delgados.

Al relacionar las puntuaciones medias de la imagen percibida de los jóvenes en función del IMC declarado, se aprecian diferencias significativas entre los sujetos con bajo peso, peso normal y quienes presentan obesidad y sobrepeso, y como era de esperar, quienes declaran tener un IMC más alto, son los jóvenes que se perciben más obesos. Esta tendencia se mantiene independientemente del sexo o la edad. Se puede concluir que en términos

generales, los jóvenes de Gipuzkoa establecen una relación realista entre la imagen que perciben y el IMC que declaran, estos resultados van en línea de los encontrados por Marrodán y cols. (2008), en una muestra de jóvenes españoles y argentinos.

5.3.2 Imagen deseada

En ocasiones la distancia real entre lo deseado y lo que se posee puede ser confusa. Para determinar cuál es esa distancia en relación a la imagen corporal, se han analizado los resultados relativos a la imagen deseada.

La sexta de las hipótesis formuladas dice así: *“La imagen deseada de chicos y chicas será diferente, siendo estas diferencias estadísticamente significativas”*.

En primer lugar, destacar que los datos obtenidos conducen a rechazar la hipótesis planteada, ya que los chicos desean una silueta igual de estrecha que las chicas, por lo que puede que la presión social que se ejerce a estas edades sea similar tanto en chicos como en chicas, estudios como el de Lizalde (2012) llevados a cabo en Aragón encuentran resultados similares. Teniendo en cuenta las diferencias que se han encontrado anteriormente en las puntuaciones de la imagen percibida, y que estas eran más bajas, es curioso que tanto chicos como chicas deseen una imagen igual de delgada, esto evidencia el deseo general de estar más delgado de lo que se está. En cuanto a las puntuaciones medias de la imagen deseada en función de la edad de los jóvenes del mismo sexo, únicamente se han encontrado diferencias entre las puntuaciones medias de las chicas, así se evidencia que las chicas marcan como figura deseada imágenes más gruesas a medida que se hacen mayores. El realismo y la asunción de los propios cambios corporales propios de la edad hacen pensar en una población sana y consciente de los cambios de biotipo consecuencia del ineludible proceso madurativo. Martínez y Veiga (2007) relacionan los cambios de IMC y del porcentaje de grasa en función de la edad con el descenso de la satisfacción corporal, especialmente entre las chicas.

En lo que respecta a la imagen deseada en función de la frecuencia de PAFYD, entre los chicos, se ha observado que los que realizan la PAFYD con mayor frecuencia desean una imagen corporal significativamente más delgada que los que realizan la práctica con baja frecuencia, hecho este que no ocurre entre las chicas.

En cuanto a la relación de la imagen deseada en función de la duración de la PAFYD, se ha constatado que los jóvenes guipuzcoanos desean una imagen corporal similar sin

importar la duración, no obstante se aprecia que la duración de la práctica afecta más a la imagen que desean los chicos que a la imagen que desean las chicas.

En lo que respecta a las puntuaciones medias de la imagen deseada en función de la categoría de IMC declarado, se ha observado que aquellos que declaran ser más gruesos, plantean sus objetivos (deseos) de imagen más cercanos a su realidad, por lo tanto, más gruesas. Esto ocurre tanto en chicos como en chicas, independientemente de la edad. Si esto no fuese así, indicaría la existencia de un grave conflicto entre el cuerpo que se tiene y el cuerpo que se desea.

5.3.3 En relación a la insatisfacción con la imagen corporal

En relación al índice de insatisfacción con la imagen corporal, se ha constatado que existe mayor cantidad de chicas insatisfechas que chicos insatisfechos con su imagen corporal, la insatisfacción detectada viene provocada principalmente por el deseo de adelgazar. En el caso de los chicos se ha observado casos en los que deseaban lucir una imagen más gruesa. Se cree que este deseo pudiera estar motivado por querer ganar masa muscular.

La séptima hipótesis sostiene que *“Las chicas de Gipuzkoa se muestran más insatisfechas con su imagen corporal que los chicos”*, en el presente estudio se ha corroborado la existencia de una mayor cantidad de chicas que chicos insatisfechos con su imagen corporal, esto encaja con lo obtenido en otros estudios (Fernández, 2008; Hernández y Velázquez, 2007; Lizalde, 2012). Se puede decir por tanto que esta hipótesis queda aceptada.

En cuanto a la octava hipótesis, la cual afirma que *“Los más jóvenes se sienten más insatisfechos con su imagen corporal y a medida que se hacen mayores se sienten más conformes con su realidad.”*, debe ser rechazada, ya que no se aprecia que los más jóvenes estén más o menos insatisfechos que los mayores. Por lo que se ha constatado que los índices de insatisfacción con la imagen corporal se mantienen estables a lo largo de la adolescencia, algo que concuerda con lo encontrado por Moreno y cols (2008) y Lizalde (2012).

La novena hipótesis defiende que *“El índice de insatisfacción con la imagen corporal se verá afectado por las características de frecuencia y duración de la PAFYD, sintiéndose más satisfechos quienes más tiempo dedican en dicha práctica”*. En cuanto a la frecuencia, se ha constatado que una mayor frecuencia de PAFYD provoca menos insatisfacción con la

imagen corporal entre los jóvenes guipuzcoanos. Además, en función del sexo se ha observado que la mayor frecuencia de práctica provoca una menor insatisfacción corporal entre los chicos, pero no así entre las chicas.

En función de la duración, se ha constatado que no se confirma la hipótesis planteada, no se aprecia que la duración provoque diferencias significativas entre los jóvenes guipuzcoanos, igualmente no se ha encontrado influencia de la duración ni entre los chicos ni entre las chicas, es decir que no se ha apreciado que a mayor duración de la práctica los jóvenes se produzca una mayor o menor insatisfacción.

En el caso de la intensidad con la que se lleva a cabo la práctica, se ha confirmado que esta tampoco afecta al índice de insatisfacción de la muestra total de jóvenes. Asimismo, tampoco se ha observado que ni entre los chicos ni entre las chicas la intensidad de práctica provoque que se esté más o menos satisfecho con la imagen corporal.

De esta manera, se debe rechazar la hipótesis, y se puede afirmar que no parece que los distintos niveles de práctica influyan en el índice de insatisfacción con la imagen corporal, a excepción de la frecuencia, la cual se ha comprobado que provoca diferencias en los jóvenes guipuzcoanos, en concreto de los chicos, pero no así en las chicas. Esto coincide con lo encontrado por Hausenblas y Fallon (2006), y choca con el estudio de Martínez y Veiga (2007) que encuentran que la práctica afecta tanto a chicos como a chicas. De esta manera se debe rechazar que las características de la PAFYD no se relacionan como se esperaba con la insatisfacción con la imagen corporal, ya que sólo se aprecia influencia de la frecuencia, esto coincide con lo encontrado por Fernández en 2008 en su estudio, ya que tampoco encuentra influencia de todas las características de la práctica.

La décima hipótesis sostenía que *“Los jóvenes que presentan un IMC declarado asociado al “normopeso” son los que se encuentran más satisfechos con su imagen corporal”*, la cual se puede mantener, ya que los jóvenes de IMC declarado de bajo peso se presentan como los más satisfechos de todos. La presión social que se ejerce para que los jóvenes quieran estar delgados, provoca que los jóvenes simplifiquen sus pensamientos a que si están delgados está bien, pero si están obesos o con sobrepeso tienes un grave problema. En función del sexo, no se aprecia que estén más satisfechos los jóvenes con un IMC declarado bajo, que los que los que tienen un IMC más alto. En función de la edad, se ha observado que a medida que los jóvenes se hacen mayores el índice de insatisfacción tiende a reducirse. Esto puede deberse a que a medida que los jóvenes crecen, muchos aprenden a relativizar la

presión social, y hacer frente a lo que los demás opinan de ellos, por lo que la insatisfacción con la imagen corporal comenzaría a descender.

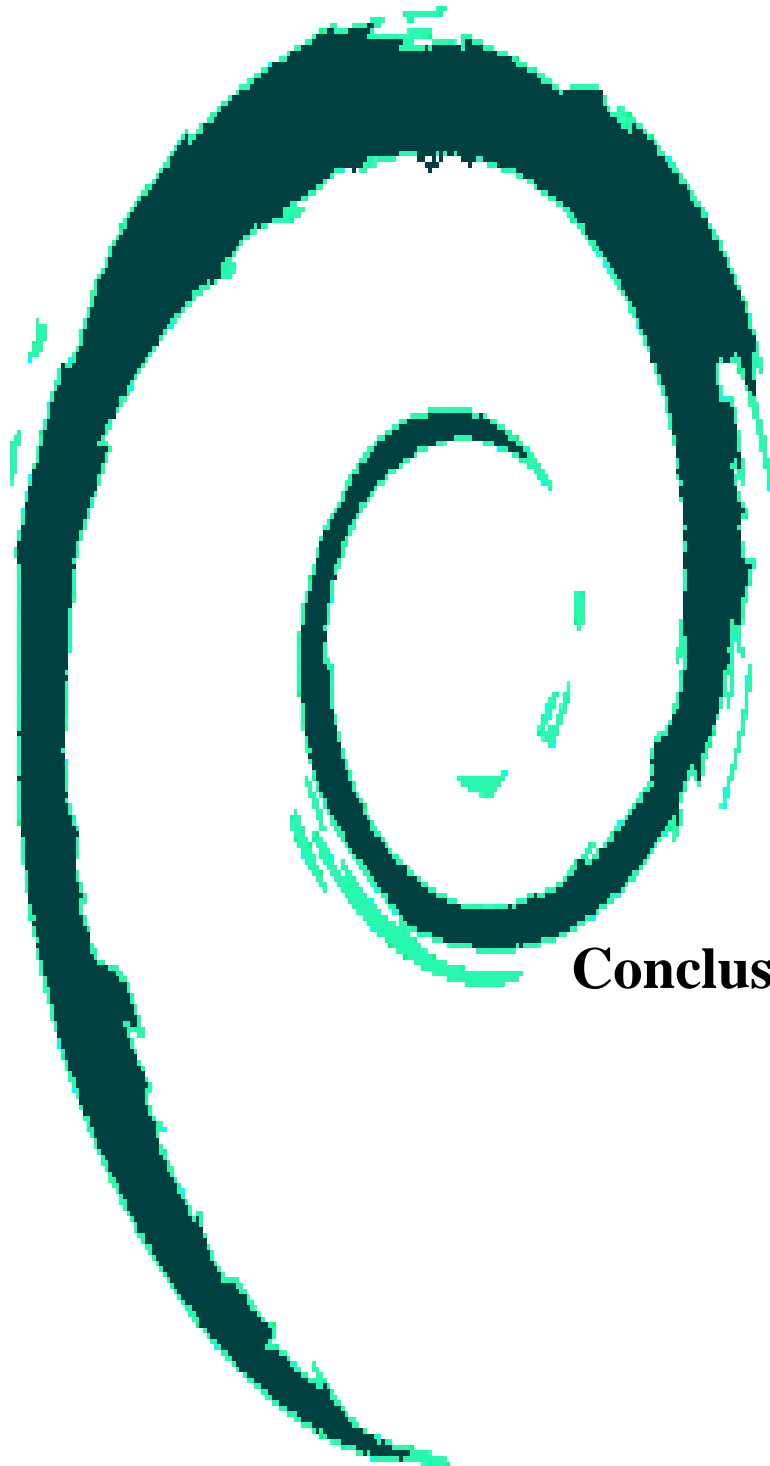
5.4. En relación al eje 4. Comparación transcultural.

En cuanto a las comparaciones transculturales se aprecia una mayor cantidad de jóvenes satisfechos con su imagen entre los guipuzcoanos, que entre los chilenos. En función del sexo, se aprecia que son ligeramente más los chicos guipuzcoanos los que se encuentran satisfechos con su imagen corporal. Entre las chicas, se ha observado una importante cantidad de chicas que desean adelgazar, ya sean chilenas o guipuzcoanas.

En cuanto a la imagen percibida de los chilenos y guipuzcoanos, se observa que son los chilenos los que se perciben con una imagen más delgada que los guipuzcoanos. Entre las chicas, pese a que no se han encontrado diferencias significativas, se aprecia que son las chicas guipuzcoanas las que se perciben con una imagen ligeramente más delgada que las chicas chilenas. En relación con la imagen deseada, se ha observado que son los chicos chilenos los que desean una figura más delgada. Entre las chicas no se aprecian diferencias significativas, pese a que son las guipuzcoanas las que desean una imagen ligeramente más delgada.

La undécima hipótesis defendía “que los jóvenes guipuzcoanos/as estarán menos satisfechos con su imagen corporal que los jóvenes chilenos/chilenas, siendo las chicas de Gipuzkoa las que más insatisfechas se encuentran”, esta hipótesis debe ser rechazada, ya que chilenos y guipuzcoanos/as muestran niveles de insatisfacción similares. Pese a que no se han encontrado diferencias, añadir que entre los chicos aparecen ligeramente más insatisfechos los guipuzcoanos que los chilenos, mientras que entre las chicas se encuentran ligeramente más insatisfechas las chilenas que las guipuzcoanas.

Capítulo



Conclusiones

Capítulo 6. Conclusiones.

A continuación se presentan las principales conclusiones derivadas de los resultados del presente estudio a modo de resumen.

Se puede concluir que los jóvenes participantes muestran una imagen de la sociedad adolescente guipuzcoana como una sociedad dinámica, que lleva a cabo su práctica de manera frecuente y cuando la realiza lo hace a una intensidad moderada pero durante un largo periodo de tiempo. No se aprecian importantes diferencias por sexo.

El segundo eje en el que se ha vertebrado la estructura del presente trabajo, es el IMC declarado por los jóvenes participantes. A este respecto concluir que la población motivo de estudio se encuentra dentro de los límites de las recomendaciones realizadas por la OMS. Se cuenta con una juventud dentro del normo-bajo peso, una noticia socialmente tranquilizadora ante las alarmas que desde diferentes organismos se han comenzado a lanzar, principalmente durante la última década.

La imagen corporal constituye el tercero de los ejes a los que se ha estado haciendo referencia. En este sentido concluir que los jóvenes de Gipuzkoa perciben una imagen corporal ciertamente acorde al IMC que declaran por lo que se puede pensar que son conscientes de su realidad, hecho este que se refuerza al reparar sobre la declaración de los participantes de más edad en desear figuras más gruesas –acordes a lo que corresponde con su desarrollo madurativo- que los participantes de menor edad. No obstante se detecta cierto grado de insatisfacción con la imagen corporal, siendo que en general todos desean tener una imagen menos gruesa, siendo esto algo que tomando en cuenta los modelos sociales que se establecen sobre la imagen ideal, no resultan sorprendentes. Son estos además coherentes con el deseo de un pequeño grupo de chicos de los de más edad, que declara desear una imagen corporal más gruesa. Se cree que el modelo de joven musculoso y definido que durante los últimos tiempos esta en boga, podría ser el motivo principal de la respuesta de este grupo de chicos. No obstante sería necesario profundizar en este aspecto a través de otros estudios.

Para finalizar, se extraen las conclusiones del cuarto eje en el que se ha trabajado, la comparación transcultural. En este estudio aparecen pequeñas diferencias entre los jóvenes de Chile y los de Gipuzkoa. En ambos casos, las chicas son las que desearían estar más delgadas y en ambos casos también las chicas se perciben con una figura similar. En el caso de los chicos sin embargo, los chilenos se perciben más delgados que los chicos de Gipuzkoa En

cuanto al índice de insatisfacción tanto chilenos como guipuzcoanos se muestran igual de insatisfechos con la imagen corporal.

Todo esto lleva a pensar que los jóvenes de Gipuzkoa constituyen una población con hábitos de vida activos, índices de peso adecuados y además asumen la realidad de su cuerpo presumiblemente de forma concordante a su realidad, pese a que a la mayoría les gustaría verse más delgados.

APORTACIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La edad de los participantes más jóvenes puede suponer una de las limitaciones del presente estudio. Se detectó dificultad al identificarse con las figuras, de hecho varios de los cuestionarios se desecharon por que se marcaron dos figuras contiguas a la vez.

Entre las principales limitaciones que se tiene este estudio, se encuentra el hecho de que el IMC es declarado, por lo que hay que ser cautos en la lectura de los datos.

Por último, en la comparación transcultural, la muestra es sólo de uno de los rangos de edad por lo que debemos ser cautos a la analizar lo sucedido.

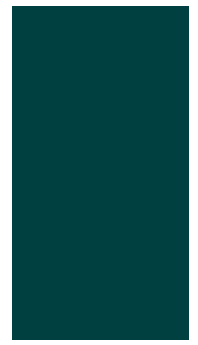
PERSPECTIVAS DE FUTURO

Este estudio supone un punto y seguido en el interés del doctorando por la investigación. Así pues, y teniendo en cuenta las limitaciones detectadas, se ve la necesidad de realizar estudios en otras comunidades para detectar si la tendencia presentada por los jóvenes de Gipuzkoa es igual en diferentes comunidades. Del mismo modo sería conveniente contar con métodos cuantitativos tangibles para describir el IMC real.

En un futuro próximo, sería de interés que se analizase el índice de insatisfacción de los guipuzcoanos en función de las distintas modalidades deportivas que se realizan, ya que las distintas modalidades influyen de manera diferente. En relación con esto último, sería interesante llevar a cabo el estudio en una población que sea ligeramente más mayor, si bien su imagen corporal se ve menos influenciada por ciertos factores, supone la principal población para las que se están divulgando las nuevas corrientes deportivas basadas en la intensidad de práctica, y que más inciden en el cuidado de nuestra imagen corporal.

En relación al grado de insatisfacción con la imagen corporal, sería interesante realizar análisis de profundización utilizando entrevistas semiestructuradas y/o *focus group*.

Otra de las líneas de investigación en la que se podría trabajar más en profundidad es la de comprobar la existencia de diferencias transculturales como objetivo principal poniendo especial atención en variables contextuales, de apoyo social, del entorno, etc.



BIBLIOGRAFÍA

V. BIBLIOGRAFÍA.

- Acosta, M.V. y Gómez-Peresmitre, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1). 9-21.
- Aldaz, J. (2009). *La práctica de la actividad física y deportiva (PAFYD) de la población adulta de Gipuzkoa como hábito líquido*. (Tesis doctoral). Leioa: Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Anshel, M.H. & Fredson, P. (1991). *Dictionary of the sport and exercise sciences*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ªed.revisada) (DSM-III-R), Washington, D.C; APA (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1988).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Washington D.C: APA.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- Argyle, M. (1987). *The Psychology of Happiness*. London: Methuen & Co.
- Arráes, J.M. y Romero, C. (2002). Didáctica de la Educación Física. En L. Rico y D. Madrid (Eds.), *Fundamentos didácticos de las áreas curriculares* (p. 99-151). Madrid: Síntesis.
- Arribas, S; Gil de Montes, L. y Arruza, J.A. (2011). *Panorámica de la práctica física y deportiva en Gipuzkoa*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Arribas, S. (2005). *La práctica de la actividad física y el deporte (PAFYD) en escolares de 15-18 años de Gipuzkoa: creencias sobre su utilidad y relación con la orientación motivacional, diversión y satisfacción*. Tesis Doctoral. Bilbao Universidad del País Vasco.
- Arribas, S; Gil de Montes, L; Arruza, J.A; Aldaz, J. e Irazusta, S. (2008). Actividad Físico Deportiva que realizan los jóvenes de Gipuzkoa. En S. Arribas, y J. Aldaz (Eds), *Hábitos, estilos de vida y salud relacionados con la actividad física y el deporte* (p. 79-98). Leioa, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Arruza, J.A. (2001). *Estudio sobre los Hábitos Deportivos de la población de Gipuzkoa* (Proyecto A-4). Donostia-San Sebastián: Diputación Foral de Gipuzkoa.

- Askevold, R. (1975). Measuring body image: Preliminary report on a new method. *Psychotherapy and psychodynamics*, 26, 70-79.
- Baile, J.I. (2002). *Diseño, construcción y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes*. Tesis Doctoral. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- Baile, J.I. (2003). ¿Qué es la Imagen Corporal? *Cuadernos del Marqués de San Adrian: Revista de Humanidades*, 2, 57-60.
- Baile, J.I; Monroy, K. y Garay, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Revista de Investigación en Psicología*, 10, 161-169.
- Baile, J.I; Guillen, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad: *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, (3), 439-450.
- Balaguer, I. (2002). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Ballester, D; De Gracia, M; Patiño, J; Suñol, C. y Ferrer, M. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas españolas de Psiquiatría*, 30, 207-312.
- Bell, C; Kirkpatrick, W. & Rinn, R.C. (1986). Body image of anorexic, obese and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 431-439.
- Ben-Tovim, D.I; & Walker, M.K. (1991). The development of the Ben-Tovim Waler Body Attitudes Questionnaire (BAQ), a new measure of women's attitudes towards their own bodies. *Psychological Medicine*, 21, 775-784.
- Biddle, S.J.H. & Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*. (2nd Edition). London: Routledge.
- Blair, S; Khol, W. & Gordon, N. (1992). How much physical activity is good for health? *Annuary Review of Public Health*, 13, 99-126.
- Blowers, L.C; Loxton, N.J; Grady-Flessner, M; Occhipinti, S. & Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, 4(3), 229-244.
- Bonnier, P. (1905). L'aschematie. *Revue Neurologique*, 13, 605-609
- Bouchard, C; Shephard, R; Stephens, T; Sutton, J. & McPherson, B. (1990). *Exercise Fitness and Health*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Bouchard, C; Blair, S. & Haskell, W. (2007). Why study Physical Activity and Health? In C. Bouchard, S. Blair y W. Haskell (Eds.), *Physical Activity and Health* (3-19) Champaign, II: Human Kinetics.

- Bray, A. (2004). The anorexic body. Mending disorders. *Cultural Studies*, 10(3), 413-430.
- Brown, T. A; Cash, T. F. & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55,135-144.
- Brownell, K.D. & Napolitano, M.A. (1995). Distorting reality for children: Body size proportions of Barbie and Ken Dolls. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 295-298.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1978). *The Golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cagigal, J.M. (1985). Pedagogía del deporte como educación. *Revista de Educación Física. Renovación de teoría y práctica*, 3, 5-11.
- Calado, M; Lameiras, M. y Rodríguez, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 357-370.
- Calderón, G. (2008). *Hábitos Físico- deportivos de la Población de Bizkaia*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia.
- Camacho, M.J. (2005). Imagen corporal y práctica de actividad física en la adolescencia. Tesis no publicada: Universidad Complutense de Madrid.
- Camacho, M.J; Fernández, E, y Rodríguez, M,I. (2006). Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: Incidencia de la modalidad deportiva. *Revista internacional de ciencias del deporte*, 3 (2), 1-19.
- Caro, L.M. (2010). Hábitos de práctica físico-deportiva de los alumnos onubenses en edad escolar. *Revista Wanceulen E.F. Digital*, 6, 52-59.
- Cash, T.F; Counts, B. & Huffine, C. E. (1990). Current and vestigial effects of overweight among women: fear to fat, attitudinal body image and eating behaviors. *Journal of Psychopatology and Behavioral Assessment*, 12(2), 157-167.
- Casper. R.C. & Offer. D. (1990). Weight and dieting concerns in adolescents, fashion or symptoms? *Pediatrics*, 86, 384-390.

- Caspersen, C.J; Powell, K.E. & Christenson, G.M. (1985) Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for healthrelated research. *Public Health Reports*. 100(2), 126-131.
- Chacón, F. (2011). *Hábitos de práctica de actividad físico-deportiva en la población adulta de Sevilla*. (Tesis doctoral). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Chillón, P. (2005). *Efectos de un programa de intervención de Educación física para la salud en adolescentes de 3º de la ESO*. (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada.
- Collins, M.E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescents children. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 199-208.
- Comellas, M.J. (1996). La Educación deportiva como contrapeso a nuestra civilización tecnológica. En V. García Hoz (Ed), *Personalización en la Educación Física* (pp. 235-244). Madrid: Rialp.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2007). Libro blanco del Deporte. Bruselas.
- COMPASS. (1999). Sports Participation in Europe. London: Routledge.
- Consejo de Europa.. (1970). Deporte para Todos.
- Consejo de Europa. (1992). Carta del Deporte. Consejo de Europa. Rodas.
- Consejo Superior de Deportes (CSD) (2011). *Estudio de los hábitos deportivos de la población escolar Española*. Eds: Consejo Superior de Deportes.
- Contreras, O; Gil, P; García, L.M; Andujar, A; Hidalgo, A; Padilla, F.J, y Rodríguez, Y. (2006). La intervención escolar preventiva de los trastornos de la alimentación. Educación física y distorsión de la imagen corporal. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 21, 89-108
- Contreras, O.R; De La Torre y Velázquez, R. (2001). *Iniciación Deportiva*. Madrid: Síntesis.
- Cooper, P.J. & Goodyer, I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal of Psychiatry*, 171, 542-544.
- Cooper, P.J; Taylor, M,J; Z. Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (1987). The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485–494.
- Crisp, A.H. (1984). The psychopathology of anorexia nervosa: getting the” heat out of the system”. En Strunkard, A. J. Y Stellar, E. (Eds): *Eating and disorders*. Nueva York: Raven, 209-234.

- Cruz, S; y Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 455-473.
- Damani, S; Button, E.J & Reveley, C.H. (2001). The Body Image Structured Interview: A new method for the exploration of body image in women with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9(3), 167-181.
- De Gracia, M; Marcó, M; Fernández, M.J; y Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20(1), 15-26.
- De la Serna, I. (2004). Anorexia y vigorexia. *Monografías de Psiquitría*, 16(2), 3-15.
- De Leon, J; Bott, A. & Simpson, G.M. (1989). Dymorphophobia: Body dymorphic disorder of delusional disorder somatic subtype? *Comprehensive Psychiatry*, 30, 457-472.
- Delgado, M. y Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la educación física*. Barcelona: INDE.
- Devís, J. (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Inde, Barcelona.
- Devis, J. (2000). La ética en la promoción de la actividad física relacionada con la salud. En *Actas del II Congreso Internacional de Educación Física: Educación Física y Salud*. Jerez de la Frontera.
- Díaz, A. (2007). La Educación Física y el Deporte escolar en la región de Murcia. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 11,26-32.
- Elias, N. y Dunning, E. (1992). *Ocio y deporte en el proceso de civilización*. Madrid: FCE.
- Ellis, A. (2000). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: DDB
- Espina, A; Ortego, M.A; Ochoa de Alda, I; Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los Trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13, 533-538.
- Espina, A; Ortego, M.A; Ochoa de Alda, I; Yenes, F. & Alemán, A. (2002). Body Shape and eating disorders in a sample of students in the Basque Country: a pilot study. *Psychology in Spain*, 6(1), 3-11.
- Facchini, M. (2006). La imagen corporal en la adolescencia ¿es un tema de varones? *Arch. Argent. Pediatr*; 104 (2), 177-184.
- Fernández, J.G. (2008). *Autoconcepto Físico, Imagen Corporal y Práctica físico-deportiva en alumnos y alumnas de Educación Secundaria*. (Tesis doctoral). Toledo: Universidad de Castilla la Mancha.

- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Fox, K.R. (1997) The physical self and process in self. Esteem development. En K. R. Fox (Ed.): *The physical self. From motivation to well-being* (111-139). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Fredrickson, B.L; & Roberts, T. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.
- Fredrickson, B; Noll, S; Roberts, T; Twenge, J; & Quinn, D. (1998). That Swimsuit Becomes You: Sex Differences in Self-Objectification, Restrained Eating, and Math Performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 269-284.
- Gálvez, A. (2004). *Actividad física habitual de los adolescentes de la región de Murcia. Análisis de los motivos de la práctica y abandono de la actividad física deportiva*. (Tesis Doctoral). Murcia. Universidad de Murcia.
- García-Camba, E. (2004). Dismorfofobia. *Monografías de Psiquiatría*, 16(2), 25-31.
- García Ferrando, M. (2001). Los españoles y el deporte: prácticas y comportamientos en la última década del siglo XX: encuesta sobre los hábitos deportivos de los españoles, 2000. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- García Ferrando, M. (2006b). Veinticinco años de análisis del comportamiento deportivo de la población española (1980-2005). *Revista internacional de sociología*, 64 (44), 15-38. doi:10.3989/ris.2006.i44.26.
- García Ferrando, M. y Llopis, R. (2011). *Ideal democrático y bienestar personal. Encuesta sobre los hábitos deportivos en España 2010*. Madrid: CIS – CSD.
- García Ferrando, M. y Mestre, J. A. (2002). *Los hábitos deportivos de la población de Valencia (2000)*. Valencia: Fundación Deportiva Municipal. Ayto. de Valencia.
- García, E; Rodríguez, P.L; Sánchez, C. y López, P.A. (2012). Tiempo de ocio y práctica físico-deportiva en escolares (10-12 años) de la región de Murcia (España): diferencias en función del género. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 11(22), 155-168.
- Gardner, R.M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337.

- Gardner, R.M; Stark, K.; Jackson, N. A & Friedman, B.N. (1999): Development and validation of two new scales for assessment of body image. *Perceptual and Motor Skills*, 89, 981-993.
- Garner, D.M & Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273- 279.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- Garner, D.M, Garfinkel, P.E; Rockert W; & Olmsted, M.P. (1987). A prospective study of eating disorders in the ballet. *Psychotherapy and psychosomatics*, 48, 170-175.
- Garner, D.M. (1997). Body image survey results. *Psychology Today*, 30, 30-45.
- Garner, D.M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)*. Madrid: TEA ediciones.
- Garner, D.M; Olmstead, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gervilla, E. (2002). La tiranía de la belleza, un problema educativo hoy. La estética del cuerpo como valor y como problema. *Teoría de la Educación*, 14, 185-206
- Gálvez, A. (2004). *Actividad física habitual de los adolescentes de la región de Murcia. Análisis de los motivos de la práctica y abandono de la actividad física deportiva*. (Tesis Doctoral). Murcia. Universidad de Murcia.
- Gómez Peresmitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. *Revista Mexicana de Psicología*, 3, 95-112.
- Gómez Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 185-198.
- Gómez Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40.
- Gómez Peresmitré, G. (1998). Imagen Corporal: ¿Qué es más importante: “sentirse atractivo” o “ser atractivo”. *Psicología y Ciencias Sociales*, 2, 27-33.
- 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.

- Gordon, R.A. (2001). *Eating disorders east and west: a culture-bound syndrome unbound*, en *Eating disorders and cultures in transition*. Editado por Katzman N, Gordon, R. New York, Taylor & Francis, pp 1-16.
- Harris, C.V; Bradlyn, A.S. & Coffman, J. (2008). BMI-based size guides for women and men: development and validation of novel pictorial method to assess eight-related concepts. *International Journal of obesity*, 32, 336-342.
- Hausenblas, H.A. & Carron, A.V. (1999). Eating disorders indices and athletes: an integration. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21, 230-58.
- Hausenblas, H.A. & Fallon, E.A. (2002). Relationship among body image, exercise behavior, and exercise dependence symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 179-185.
- Hausenblas, H.A. & Fallon, E.A. (2006). Relationship between exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology & Health*, 21, 33-47
- Head, H. (1920). *Studies in neurology*. Oxford Medical Publications
- Hermes, F.H. & Keel, P. K. (2003). The influence of puberty and ethnicity on awareness and internalization of the thin ideal. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 465-467.
- Hernández, J. L. & Velázquez R. (2007). *La educación física, los estilos de vida y los adolescentes: cómo son, cómo se ven, qué saben y qué opinan: estudio de la población escolar y propuestas de actuación*. Barcelona: Graó.
- Herrera, P; Rojas, M.J. y Vello, R. (2001). Actividad física y salud. *JANO EMC*, 60, (1375), 57-69.
- Hollander, E. & Aronowitz, B.R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: Managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, (9), 27-31.
- Hollander, E; Cohen, V. & Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23, 359-369.
- Hoyo, M. y Sañudo, B. (2007). Composición corporal y actividad física como parámetros de salud en niños de una población rural de Sevilla. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. 6(3), 52-62.
<http://www.cafyd.com/REVISTA/art4n6a07.pdf>
- Hsu, L. (2000). From physical education to sports education? A possible tendency. *Bulletin of Physical Education*, 36, 79-90.

- Hubbard, S.T; Gray, J. & Parker, S. (1998). Differences among women who exercise for food related and non food related reasons. *European Eating disorders Review*, 6, 4, 225-265.
- Huddy, D.G. & Cash, T.F. (1997). Body-image attitudes among male maratón runners: a controlled comparative study. *International Journal of Sport Psychology*, 28, 227-236.
- Instituto Andaluz del Deporte. (2007). *Hábitos y actitudes de los andaluces en edad escolar ante el deporte 2006*. Málaga: Observatorio del Deporte Andaluz. Instituto Andaluz del Deporte.
- Ispizua, M. (1992). *Hábitos deportivos de la población de la comarca de la margen izquierda: Barakaldo, Portugalete, Santurtzi y Sestao*. [S.I.]: [s.n.].
- Jackman, L,P; Williamson, D. A; Funsch, C.L & Warner, M. S (1994). Body dysmorphic disorder in female college athletes. Manuscrito no publicado. Departamento de Psicología. Lousiana State University. Baton Rouge, Lousiana.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthenie*. París. Felix Alcan.
- Jeffrey, C; Gray, P. & Pope, H.G. (2005). Male body image in Taiwan Versus the West: Yanggang Zhiqi Meets the Adonis Complex. *American Journal Psychiatry*, 162, 263-269.
- Johnson, C; Powers, P.S. & Dick, R. (1999). Athletes and eating disorders: the national collegiate athletic association study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 1, 79-88.
- Jones, D. C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Rev Psicol* 40: 823-835
- Kearney, M; Kearney, J. M; & Gibney, M. J. (1997). Methods used to conduct the survey on consumers attitudes to food, nutrition and health on nationally. *Euopean Journal of clinical Nutrition*. Macmillan Publishing Ltd.
- Kearney-Cooke, A. (2002). Familial influences on body image development. En T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image. A handbook of theory, reseach and clinical practice* (99- 107). New York: Guilford.
- Kirk, D. (1999). Physical cultura, physical education and relational analysis. *Sport education and Society*, 4(1), 63-75.

- Lameiras, M; Calado, M; Rodríguez, Y. y Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 23-33.
- Laquatra, T.A. & Clopton, J.R. (1994). Characteristics of Alexithymia and Eating Disorders in college women. *Addictive Behaviours*, 19, 373-380.
- Leal, L; Weise, M. & Dood, D. (1995). The relationship between genders, symptoms of bulimia, and for stress. *Addictive Behaviour*, 20, 105-109.
- Leit, R.A; Pope, H.G, & Gray, J.J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: the evolution of Playgirl centrefolds: *International Journal Eating Disorder*, 29, 90-93.
- Lerner, R.M. (1987). A life-span perspective for early adolescence. En R.M. Lerner y T.T. Foch (Eds.), *Biological-psychosocial interactions in early adolescence: A lifespan perspective* (1-6). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lerner, R.M. & Jovanovic, J. (1990). The role of body image in psychosocial development across the life span: A developmental contextual perspective. En T. F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: development, deviance and change* (pp. 110-127). New York: Guilford Press.
- Lizalde, M (2012). *Análisis del índice de práctica de actividad físico-deportiva adecuada de los jóvenes de 12 a 16 años en Aragón y de sus determinantes*. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza
- Luis de Cos, I. (2014). *Entorno social y predicción de la práctica de actividad física y deporte en población adolescente*. Tesis Doctoral. Leioa: Universidad del País Vasco.
- Macarro, J. (2008). *Actitudes y motivaciones hacia la práctica físico-deportiva y el área de Educación física del alumnado de la provincia de Granada al finalizar la ESO*. (Tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada.
- Macias, V. y Moya, M. (2002). Género y Deporte. La influencia de las variables psicosociales sobre la práctica deportiva de jóvenes de ambos sexos. *Revista de Psicología Social*. 17, 2, 129-148.
- Maganto, C. y Cruz S. (2000) .La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30, 45-58.

- Madrigal, H; de Irala, J; Martínez, M.A; Kearney, J; Gibney, M. y Martínez J.A. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa del estado de nutrición. *Salud Pública de Mex*, 41(6): 479-86.
- Mangweth, B; Pope, H.G; Kemmler, G; Ebencichler, C; Hausmann, S; De Col, C; Kreutner, B; Kinzl, J. & Biebl, W. (2001). Body image and psychopathology in male bodybuilders. *Psych Psych*, 70(1), 38-43.
- Markus, H. (1977). Self-schemas and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Marrodán, M.D; Mesa, M.S; Pacheco, Del Carro, J.L. González, M; Bejarano, I; Lomaglio, D.B; Verón, J.A. y Carmenate. S. (2008). Realidad, percepción y atractivo de la imagen corporal: condicionantes biológicos y socioculturales. *Zainak*, 30. 15-28.
- Martínez, D. y Veiga, O.L. (2007) Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa corporal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 7 (27). 253-265.
- Maslow, A. (1943). Conflict, frustration, and the theory of threat. *J. abnorm. (soc.) Psychol.* 38, 81-86.
- Matz, P.E; Foster, G. D; Faith, M.S. & Wadden, T.A. (2002). Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1044.
- McCabe, M.P. & Ricciardelli, L.A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls, *Behav Res Ther*, 43. 653-668.
- McDonald, K. & Thompson, J.K. (1992). Eating disturbance; body image dissatisfaction and Reasons for Exercising: Gender differences and correlational findings. *International Journal of Eating disorders*, 11, 2, 289-292.
- Mendelson, B.K. & White, D.R. (1982). Development of self-body Esteem in overweight youngsters. *Developmental Psychology*, 21, 90-26.
- Merino, H; Pombo, M.G. y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), 539-545.
- Meyer, R. (1987). Imagen del yo en adolescentes y posición escolar en educación física y deportiva. Estudio comparativo con alumnos varones de 3°. *Infancia y Aprendizaje*, 37, 45-56.

- Montero, P; Morales, E.M. y Carbajal, A; (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8. 107-116.
- Moreno, J.A; Cervelló, E. y Moreno, R. (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 171-183.
- Moreno, C; Muñoz-Tinoco, V; Pérez, P; Sánchez-Queija, I; Granado M.C; Ramos, P. y Rivera, F. (2008). Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años. *Summary of the Study Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2006)*.
- Moreno, L.A; Mesana, M.I; Fleta, J; Ruiz, J; González, M; Sarriá, A; Marcos, A; Bueno, M. & the Avena Study Group. (2005). Overweight, obesity and body fat composition in Spanish adolescent. The Avena Study. *Annals of Nutrition and Metabolism*; 49:71-76.
- Morselli, E. (1886). Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia, due forme non ancora descritte di Pazzia con idee fisse. *Bollettino della Regia Accademia delle Scienze Mediche di Genova*, VI, 110–119.
- Murdey, I.D; Cameron, N; Biddle, S.J.H; Mashall, S.J. & Gorely. T. (2005). Short-term changes in sedentary behaviour during adolescence: Project STIL (Sedentary Teenagers and Inactive Lifestyles). *Ann Hum Biol* 32(3): 283-296.
- Myers, P; & Biocca, F. (1992), The Elastic Body Image: The Effect of Television Advertising and Programming on Body Image Distortions in Young Women. *Journal of Communications*, 42 (Summer), 108-116.
- Newell, A. (1994). *Unified theories of cognition*. Cambridge: University Press. Reprint edition.
- Noll, S.M; & Fredrickson, B.L. (1998). A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 623-636
- Nuviala, A; Ruiz, F. y García, M.E. (2003). Tiempo libre, ocio y actividad física en los adolescentes: La influencia de los padres. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 6, 13-20.
- Nuviala, A; Murguía, D; Fernández, A; Ruiz, F. y García, M.E. (2009). Tipologías de ocupación del tiempo libre de los adolescentes españoles. El caso de los

- participantes en actividades físicas organizadas. *Journal of Human Sport and Exercise*, 4(1), 31-43.
- Offer, D; Schonert-Reichl, K.A; & Boxer, A.M. (1996). Normal adolescent development: Empirical research findings. En M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 280-290). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Offer, S; Ostrov, E; Howard, K.I; & Dolan, S. (1982). *Offer Self- image Questionnaire, Revised*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Ogden, J. (2003). *The Psychology of Eating*: Oxford: Blackwell.
- Ohring, R; Graber, J.A. & Brooks-Gunn, J. (2002). Girls recurrent and recurrent body dissatisfaction: correlates and consequences over 8 years. *International Journal Eating Disorder*, 31, 404-415.
- Olesti-Baiges, M; Martin, N; Riera, A; de la Fuente, M; Borafull, J.M; Ricomá, G. & Piñol, J.L. (2007). Valoración de la propia imagen corporal en adolescentes femeninas de 12 a 21 años de la ciudad de Reus. *Enfermería clínica*, 17(2), 78-84.
- Olivera, J. (1993). Reflexiones en torno al origen del deporte, *Apunts*, 33, 12-33.
- Organización Mundial de la Salud (1997). *Programme of Nutrition. Family and Reproductive Health. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity*. Ginebra WHO. 1998.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Manual de Trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10)*. Madrid: Meditor.
- Osuna-Ramírez, I; Hernández-Prado, B; Campuzano, J.C y Salmeron, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud pública de México*. 48 (2), 94-103.
- Otero, J.M; Fernández, A; Isla, F; Cordobés, J.A; Marín, M y Reyes, M.J. (2004). *Hábitos y actitudes de los andaluces ante el deporte: 2002*. Málaga: Observatorio del Deporte Andaluz y Andalucía. Consejería de Turismo y Deporte.
- Palacios, M. (2012). *Aspectos psicosociales aplicados a la formación en jóvenes deportistas a través de nuevas tecnologías*. Tesis Doctoral. (Leioa, Bizkaia): Universidad del País Vasco.
- Palmer, B. (2001). *Helping people with eating disorders (A clinical guide to assessment and treatment)*. London: John Wiley and sons, LTD.
- Paredes, J. y Pinto, B. (2009). Imagen Corporal y Satisfacción Corporal. *Ajayu* .7(1), 28-47.

- Phelps, L; Jennifer, S; Nathanson, D. & Nelson, L. (2000). An empirically supported eating disorder prevention program. *Psychology in the Schools*, 37, 5, 443-452.
- Phillips, K.A. (1996). *The broken mirror. Understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York. Oxford University Press.
- Phillips, K.A. & McElroy, S.L. (1993). Insight, overvalued ideation and delusional thinking in body dysmorphic disorder: *Theoretical and treatment implications*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 699-702.
- Pick, A (1922). Störung der orientierung am eigen korper. *Psychologische forschung*, 1, 303-318.
- Piéron, M. (2003). Estilo de vida, práctica de actividades físicas y deportivas. Calidad de vida. En A. Oña Sicilia y A. Bilbao Guerrero (Ed.) *II Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*. Granada: Universidad de Granada.
- Piéron, M. y Ruiz-Juan, F. (2010). *Actividad físico-deportiva y salud. Análisis de los determinantes de la práctica en el alumnado de Enseñanza Secundaria*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Piéron, M; Ruiz-Juan, F. y Cañadas, M. (2010). Aspectos de Socialización en la Práctica de Actividades Físico-deportiva: Relación con el Padre y los Amigos. En M. Piéron, y F. Ruiz (Eds.), *Actividad físico-deportiva y salud. Análisis de los determinantes de la práctica en alumnos de Enseñanza Secundaria*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Piéron, M; García, M.E. y Ruiz, F. (2007). Algunos correlatos de la actividad físico-deportiva en una perspectiva de salud. *Tándem. Didáctica de la Educación Física*, 24, 9-24.
- Piéron, M; Ruiz-Juan, F. y Cañadas, M. (2010). Aspectos de Socialización en la Práctica de Actividades Físico-deportiva: Relación con el Padre y los Amigos. En M. Piéron, y F. Ruiz (Eds.), *Actividad físico-deportiva y salud. Análisis de los determinantes de la práctica en alumnos de Enseñanza Secundaria*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Pierón, M; Ruiz. F y García, M.T. (2008). La opinión del alumno de educación secundaria sobre las clases de educación física: un desafío para los profesores y los formadores. *Revista de la Facultad de Educación*, 8, 159-175.

- Pyszczynski, T; Greenberg, J; & Laprelle, J. (1985). Social comparison after success and failure: Biased search for information consistent with a self-serving conclusion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 21, 195-211.
- Pope, H.G; Gruber, A.J; Choi, P; Olivardia, R. & Phillips, K.A. (1997). Muscle dysmorphia. An unrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
- Pope, H.G; Gruber, A.J; Mangweth, B; Benjamin, B; de Col, C; Jouvent, R. & Hudson, J.I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1297-1301.
- Powers, P.S. & Johnson, C. (1996). Small victories: prevention of eating disorders among athletes. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 4, 364-367.
- Probst, M; Morris, M; Vandereycken, W; & Van Coppenolle, H. (1996). Body composition in female anorexia nervosa patients. *British Journal of Nutrition*, 76, 639-47.
- Probst, M; Vandereycken, W; Coppenolle, H. & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*, 3, 133-144.
- Pruzinsky, T. & Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En T.F, Cash y T. Pruzinsky, *Body Images. Development, Deviance and Change* (pp. 337-349). New York: The Guilford Press.
- Raich, R.M; Mora, M; Soler, A; Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y salud* 7, 1, 51-66.
- Raich, R.M; Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 85, 604-624.
- Raich, R.M; Torras, J. y Mora, M. (1997). Análisis de las variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria, *Psicología*, 5, 1, 55- 70.
- Raich, R. M. (2001). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid. Editorial Pirámide.
- Raich, R. M; Mora, M; Sánchez-Carracedo, D; Torras, J; Viladrich, M.C; Zapater, L; Mancilla, J.M; Vázquez, R; & Álvarez-Rayón, G. (2001). A cross-cultural study

- on eating attitudes and behaviours in two spanish-speaking countries: Spain and Mexico. *European Eating Disorders Review*, 9, 53-63.
- Raich, R.M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología latinoamericana*. 22, 15-27.
- Ramos, R; Ponce de León, A. y Sanz E. (2010). *El ocio físico-deportivo en adolescentes. Análisis y propuestas de intervención*. Logroño: Universidad de la Rioja.
- Ramos, P; Rivera, F; y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Real Academia Española (1992). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa Calpe.
- Reigal, R; Videra, A; Parra, J.L. y Juárez, R. (2012). Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 22, 19-23.
- Reverter, J; Plaza, D; Jové, M.C. y Hernández, V. (2014). Actividad físico-deportiva extraescolar en alumnos de primaria: el caso de Torrevieja (Alicante). *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación* 25, 48-52.
- Richards, K; Thompson, J.K. & Covert, M. (1990). Development of body image and eating disturbance. Unpublished manuscript.
- Ries, F. (2009). *Actividad físico-deportiva en adolescentes de Sevilla y Luxemburgo. Influencia de factores personales, parentales y situacionales percibidos sobre la intención y la práctica*. Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla. Consultado el 10 de agosto de 2012, en <http://tesis.com.es/documentos/actividad-fisicodeportivaadolescentes-sevilla-luxemburgo-influencia-factores-personales-parentales-situacionales/>
- Rieves, L. & Cash, T.F. (1996). Social Developmental factors and women's body image attitudes. *Journal Soc. Behav Person*, 11, 63-78.
- Robinson, J. (1969). Life satisfaction and happiness. En Robinson, J. y Shaver, P. (eds.), *Measures of Social Psychological Attitudes*. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.
- Rodin, J. & Larson, L. (1992) Social factors and the ideal body shape. En K.D. Brownell, J. Rodin, y J.H. Wilmore, (Eds.) *Eating, body, weight and performance*

- in athletes. Disorders of modern society* (pp. 146-158). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Rodríguez, M.A; Beato, L; Rodríguez, 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 Esp Psiquiatr.* 31(2): 59-64.
- Rodríguez, S. y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20(1), 131-137.
- Rodríguez, S. y Cruz, S. (2006). Evaluación de la imagen corporal en mujeres latinoamericanas residentes en Guipúzcoa. Un estudio exploratorio. *Anales de psicología*, 22(2), 186-199.
- Romero, S. (1994). La actividad físico- deportiva en la Universidad de Sevilla. *Revista de Enseñanza Universitaria.* 7/8. 217-226.
- Rosen, J.C. (1992). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. In J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll, y M.A.P. Stephens (eds.), *The etiology of bulimia: The individual and familial context* (157-177). Washington D.C: Hemisphere Publishing Corporation.
- Rosen, J.C; Salzberg, E; Srebnik, D. & Went, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 181-498.
- Rosen, J.C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Rosen, J.C. & Reiter, J.T. (1995). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE). Documento no Publicado. University of Vermont.
- Rosen, J.C; Reiter, J.T. & Orosan, P. (1995). Cognitive behavioural body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 263-269.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Ruiz, F. y García M.E. (2005). *Hábitos físico deportivos de los almerienses en su tiempo libre*. Almería: Servicio de Publicaciones: Universidad de Almería.
- Ruiz, F; García E. y Piéron, M. (2009). *Actividad física y estilos de vida saludables. Análisis de los determinantes de la práctica en adultos*. Almeria: Wanceulen editorial Deportiva.

- Ruiz, F; García, M.E; y Gómez, M. (2005). *Hábitos Físico-deportivos en Centros Escolares y Universitarios*. Madrid: Gymnos Editorial.
- Ruff, G.A. & Barrios, B.A. (1986). Realistic assessment of body image. *Behavioral Assessment*, 8, 237-252.
- Rusell, G.F.M. (1970): "Anorexia nerviosa: Its identity as in illness and its treatment", En Price, J.H.(Ed.). *Modern trends in psychological medicine*, 2, 131-164. London, Butterworths.
- Sánchez Bañuelos, F. (1995a). *La valoración del deporte y la Educación Física y su relación con la práctica del ejercicio físico orientado hacia la salud*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Sánchez Bañuelos, F. (1996). *La actividad física orientada hacia la salud*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Schilder, P. (1935). *Image and appearance of the human body*. Londres: Kegan Paul, Trench Trubner and Co.
- Secord, P.F. y Jourard, S.M. (1953). The appraisal of body cathexis: Body cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 343-347.
- Sepulveda, A.R; Botella, J. y León, J.A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Serra, J.R. (2008). *Factores que influyen en la práctica de la actividad física en la población adolescente de la Provincia de Huesca*. (Tesis doctoral). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Shephard, R.J. (1994). *Aerobic fitness and Health*. Champaign. Illinois: Human Kinetics.
- Siever, P.D. (1994). Sexual orientation and gender as factor in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders. *Journal Consult Clin Psychol*, 62, 252- 260.
- Skrzypek, S; Wehmeier, P.M. & Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 215-221.
- Slade, P.D. (1994). What is body image?. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.
- Slade, P.D. & Russell, G.F.M. (1973): "Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies". *Psychological Medicine*, 3, 188-199.

- Smolak, L; Murner, S.K. & Ruble, A.E. (2000). Female athletes and eating problems: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 4, 371-80.
- Sonstroem, R.J. (1997). The physical self-system: a mediator of exercise and self-esteem. En K.R. Fox (Ed.), *The physical self. From motivation to well-being* (326). Champaign: Human Kinetics.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stice, E. & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Rev Psicol* 38, 669-678.
- Stice, E; Schupak-Neuberg, E; Shaw, H. & Stein, R. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology. *In Journal of abnormal psychology*, 103, 836-840.
- Striegel-Moore, R.H; Silberstein, L.R. & Rodin, J. (1989). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychology*, 41, 246-263.
- Stunkard, A.J; Sorensen, T. & Schlusinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of the obesity and thinness. In: S.S; Kety, L.P. Rowland; R. L, Sidman; S, y W; Mathysse (ed) *Genetics of neurologic and psych disorders*. New York: Raven Press, 115-120.
- Sunday, S.R; Halmi, K.A; Werdann, L. & Levey, C. (1992). Comparison of body size estimation and Eating Disorder Inventory scores in anorexia and bulimia patients with obese. *International Journal of Eating Disorders* 11, 133-149.
- Tantleff-Dunn, S. & Gokke, J.L. (2004). Interpersonal influences on body image development. En T.F. Cash t T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image. A handbook of theory, reseach, and clinical practice*, 10-45. London: Routledge.
- Taylor, C.B; Sallis, J. F. & Needle, R. (1985). The relation of Physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100(2), 195- 202.
- Tercedor, P. (1998). *Estudio sobre la relación entre actividad física habitual y condición física-salud en una población escolar de 10 años de edad*. (Tesis doctoral). Granada. Universidad de Granada.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: Assesment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Thompson, J.K; Berland, N.W; Linton, P.H. & Weinsier, R. (1986). Assessment of body-distorsion via self-adjusting light beam in seven eating disorders groups. *International Journal of eating Disorders*, 7, 113-120.

- Thompson, J.K. & Tantleff, S. (1992). Female and male ratings of upper torso: actual, ideal, and stereotypical conceptions. *Journal of Social Behavior and Personality*, 7, 345-354.
- Thompson, M.A & Gray, J.J. (1995). Development and validation of a new scale. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 258-269.
- Thompson, J.K; Heinberg, L.J; Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1998). *Exacting Beauty. Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J.K. (1996). *Body image, eating disorders, and obesity: an integrative guide for assessment and treatment* (pp.88-107). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tiggemann, M. & Williamson, S. (2000). The effects of exercise on body satisfaction and self-esteem as a function of gender and age. *Sex Roles*, 43, 119-127.
- Toro, J; Castro, J; García, M; Pérez, P. & Cuesta, L. (1989). Eating Attitudes, Sociodemographic Factors, and Body Shape Evaluation in Adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Toro, J; Cervera, M. & Pérez, P. (1988). Body Shape, Publicity and Anorexia Nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 132-136.
- Toro, J. (2004). *Riesgos y Causas de la Anorexia Nerviosa*. Barcelona. Ariel.
- Toro, J; Salamero, M. y Martínez, E. (1995). Evaluación de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal en la anorexia nerviosa. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22, 205-214.
- Torre, E; Cárdenas, D. y Girela, M.J. (1997). Los hábitos deportivos extraescolares y su interrelación con el área de Educación Física en el alumnado de bachillerato. *Revista Motricidad*, 3, 109-129.
- Tucker, L.A. (1987). Effect of weight training on body attitudes: Who benefits most? *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 27, 70-78.
- Unisport. (1992). *Carta europea del deporte*. Unisport. Málaga.
- Urrutia, S. (2014) *La competencia motriz en el alumnado de la ESO y su relación con los aspectos Psico-sociales*. (Tesis doctoral). Leioa: Universidad del País Vasco.
- Valero, A; Ruiz, F; Gómez, M. & De la Cruz, E. (2009). Elder people and their motives to join in leisure time physical activity. *Revista Mexicana de Psicología*, 26, 61-9.

- Vaquero-Cristóbal, R.; Isorna, M. y Ruiz, C. (2013). Situación actual del consumo de tabaco y su relación con la práctica físico-deportiva en España. *Journal of Sport and Health Research*, 5(2), 131-148.
- Vaz, F.J; Peñas, E.V. & Ramos, M.I. (1999). Body image dissatisfaction in bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa. *German Journal or Psychiatry*, 2, 59-74.
- Vaz, F.J; Salcedo, M.S; González, F. y Alcaina, T. (1992). Factores socioculturales en la imagen corporal en la mujer. *Psiquiatría Pública*, 4, 1, 32-37.
- Veenhoven, R. (1984) *Conditions of happiness*. Dordrecht, Holland: Reidel.
- Waler, N. (1998). Body image and physical activity. A survey among Norwegian men and women. *International Journal of Sport Psychology*, 29, 339- 365.
- Wardel, J. & Marsland, L. (1990). Adolescent Concerns about Weight and Eating: A Social-Developmental Perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 377-391-
- Wiederman, M. y Hurst, S. (1998). Body size, physical attractiveness, and body image among adult women: Relationships to sexual experience and sexual esteem. *Journal of sex Reseach*, 35, 272-281
- Williamson, D.A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. New York, NY: Pergamon.
- Wilmore, J.H. (1991) Eating and weight disorders in the female athlete. *International Journal of Sport Nutrition*, 1(2), 104-117



ANEXO

