

OR 824

Diferencias en imagen corporal de jóvenes normopeso y con sobrepeso/obesidad

Differences in body image of young normal weight and overweight/obese people

Claudia Cruzat-Mandich¹, Fernanda Díaz-Castrillón¹, Paula Lizana Calderón¹, Marcela Aravena Winkler² y Constance Haemmerli Delucchi¹

¹Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria - CECA. Escuela de Psicología. Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago, Chile. ²Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile

Recibido: 05/12/2016

Aceptado: 14/01/2017

Correspondencia: Claudia Cruzat-Mandich. Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria - CECA. Escuela de Psicología. Universidad Adolfo Ibáñez. Diagonal Las Torres, 2640. Peñalolén, Santiago. Chile

e-mail: claudia.cruzat@uai.cl

DOI: 10.20960/nh.824

RESUMEN

Introducción: la obesidad es un problema crónico y en aumento. Su estudio requiere comprender múltiples variables asociadas. La imagen corporal tiene un papel importante en esta condición de salud. El propósito de este estudio fue comparar la percepción de imagen corporal de jóvenes normopeso y con sobrepeso/obesidad.

Material y métodos: se comparó a 376 jóvenes de ambos sexos, de una muestra general y sin tratamiento, de entre 18 y 25 años de edad, clasificados por su índice de masa corporal en dos grupos: grupo normopeso y grupo sobrepeso u obesidad. Para evaluar imagen corporal, los participantes respondieron el *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (MBSRQ) y el *Eating Disorders Inventory* (EDI-3).

Resultados: los participantes con sobrepeso/obesidad están menos satisfechos con su apariencia y con su cuerpo cuando este es evaluado por partes, evalúan peor su estado físico y/o sus capacidades físicas, presentan menos conductas orientadas a mantener o mejorar su forma física, perciben un peor diagnóstico de su salud y tienen menor satisfacción corporal. Asimismo, están más preocupados por su peso, se autclasifican más por su peso y presentan una mayor obsesión por la delgadez. Además, las mujeres, en comparación con los hombres, presentan una evaluación más negativa de su imagen corporal.

Discusión: a pesar de la mala evaluación que los estudiantes con sobrepeso/obesidad realizan en relación a su cuerpo, no están dispuestos a realizar actividades concretas que les permitan cambiar su estado. Es necesario seguir investigando con el fin de desarrollar programas preventivos y de tratamiento más efectivos.

Palabras clave: Imagen corporal. Jóvenes. Normopeso. Sobrepeso. Obesidad.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a chronic and growing problem. Its study requires the understanding of multiple associated variables. Body image has an important role in the health condition. The purpose of this study was to compare the perception of body image of young normal weight and overweight/obese people.

Method: A sample of 376 young men and women aged 18 to 25 was compared. Body mass index classified them in two groups: normal weight and overweight/obese. To evaluate body image participants answered the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). To evaluate eating behavior they answered the Eating Disorders Inventory (EDI-3).

Results: Overweight/obese young people are less satisfied with their appearance and their body when it is evaluated separately. They evaluate their physical condition and their physical abilities badly. They show fewer behaviors intended to maintain or improve their physical appearance, perceive a worse diagnosis of their health and show less body satisfaction. They are more concerned about their weight and they are obsessed about thinness. In addition, women, compared to men, have a worse negative assessment of their body image.

Discussion: Despite the low assessment that overweight/obese students made in relation to their body, they are not willing to perform activities that allow them to change their condition. Further research is needed in order to develop preventive programs and more treatments that are effective.

Key words: Body image. Young. Normal weight. Overweight. Obesity.

INTRODUCCIÓN

La obesidad en jóvenes y adolescentes constituye un problema de gran relevancia, no solo en sí misma, sino porque tiende a perpetuarse en la vida adulta (1). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad alcanza proporciones epidémicas en todo el mundo, estableciéndose como una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la población mundial (2).

La obesidad se asocia a patologías crónicas como problemas cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemias traumatólogicas, entre otras, las cuales producen alta morbi-mortalidad en adultos (3). Por otro lado, implica altos costos sociales y económicos por la dificultad en la recuperación y el bajo impacto que han tenido los programas estatales y/o privados en su disminución y prevención (3).

Considerando lo anterior, una línea de investigación que ha ido cobrando más relevancia asocia la obesidad con variables psicológicas, con el fin de incorporar diversos aspectos de este problema multifactorial y así favorecer las medidas en la línea preventiva y/o curativa (4).

Es así como existen investigaciones que dan cuenta de una relación estrecha entre la obesidad y la baja satisfacción con la imagen corporal (1,5-8) independientemente del sexo (9,10), donde adolescentes obesos reportan mayor insatisfacción con su imagen corporal que los jóvenes con sobrepeso, y estos, a su vez, mayor insatisfacción que los jóvenes con peso normal (11).

La mayoría de los autores están de acuerdo en que la imagen corporal (IC) es un constructo multidimensional (12,13), influido socialmente (14,15) y que incluye diferentes componentes, de carácter perceptual, cognitivo, afectivo y conductual (12,13).

En cuanto a los componentes cognitivos y afectivos, y específicamente en relación a diferencias en cuanto a género durante el periodo de la adolescencia, un estudio señala que la insatisfacción corporal permanece estable o aumenta durante la adolescencia para las mujeres, mientras que para los hombres disminuye o permanece estable en su camino hacia la adultez (16).

En dos estudios realizados con adolescentes con sobrepeso (17) y jóvenes que se autclasifican con sobrepeso (18) en los cuales se usó el *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (MBRSQ) para medir la imagen corporal, se encontró que los adolescentes con sobrepeso tenían puntajes más altos en las subescalas que evalúan apariencia, orientación de la apariencia, evaluación del estado físico, orientación del estado físico, autclasificación del peso y satisfacción de áreas corporales (17). En tanto, estudiantes universitarios que se autclasificaban con sobrepeso tenían orientación a la apariencia negativa, evaluación de la salud positiva, orientación a la enfermedad positiva y preocupación por el sobrepeso, independiente de su índice de masa corporal (IMC), dando cuenta de que las percepciones sobre la imagen corporal son importantes en el manejo de la obesidad (18).

Por otra parte, los resultados hallados por Untas, Koleck, Rasle y Borteyrou (19) apuntan a que el incremento en el IMC se relaciona con la disminución en la satisfacción con la apariencia y a una mayor preocupación por el peso. Ríos y Rangel (20) compararon la imagen corporal de pacientes obesos al inicio de tratamiento, quirúrgicos y no quirúrgicos, y hallaron en ambos alteraciones respecto a la imagen corporal. Los pacientes obesos se percibieron como poco atractivos, especialmente aquellos con tratamiento quirúrgico, mientras que en los no quirúrgicos fue mayor la tendencia a pensar sobre la apariencia.

Friedman, Reichmann, Costanzo y Musante (21) describen la relación entre obesidad y estrés psicológico, demostrando que la insatisfacción con la imagen corporal no solo modula parcialmente la relación entre el grado de obesidad y el estrés psicológico en pacientes obesos que buscan tratamiento, sino que también se relaciona directamente con la depresión y la baja autoestima. Por lo tanto, dada la alteración de la imagen corporal en obesos y sus implicaciones para el funcionamiento psicológico, los autores enfatizan la relevancia de integrar la imagen corporal en el tratamiento de la obesidad.

Otra investigación específicamente en adolescentes encontró que las mujeres obesas tenían un puntaje más alto que los hombres para las subescalas del EDI (*Eating Disorders Inventory*) de impulso al adelgazamiento, bulimia, insatisfacción con el propio cuerpo, inadaptación, conocimiento interoceptivo y regulación del impulso. Por su parte, los hombres obesos solo tuvieron un menor puntaje que los normopeso para la subescala de ascetismo. La conclusión fue que las conductas psicológicas asociadas a un trastorno alimentario aparecen en pacientes obesos y, particularmente, en mujeres (22). Los componentes perceptuales, cognitivo afectivos, comportamentales y socioculturales de la imagen corporal tienden a ser más problemáticos en los adolescentes con obesidad (8). Se cree que una combinación de eventos claves y/o de relaciones significativas donde el cuerpo, el peso, la forma y la apariencia estética ocuparían un primer lugar en la escala de valores, especialmente en grupos de jóvenes y adolescentes, dejaría a la persona con una tremenda carga en relación a su cuerpo y con representaciones negativas acerca del mismo (19).

Específicamente en población chilena, en una muestra general de 685 estudiantes universitarios que no se encontraban en tratamiento, se concluyó que el 16,4% de participantes presentaba una leve preocupación por la imagen corporal; el 8%, una preocupación moderada; y el 1,3%, una preocupación extrema. Además, se encontraron diferencias en la imagen corporal según el sexo, siendo las mujeres quienes presentaban una mayor preocupación por la imagen corporal (23).

Investigaciones en Chile muestran que, en el caso de estudiantes universitarios (24) de entre 14 y 25 años, de los 1.438 encuestados, el 65,3% deseaba pesar menos, el 17,9% deseaba pesar más y solo el 16,8% estaba satisfecho con su peso. Las mujeres presentaron mayor preocupación por su aspecto físico, menos conductas orientadas a mantener la forma física o desarrollar aptitudes físicas y mayor preocupación por el exceso de peso que los hombres. En tanto, otra investigación (25) en población adolescente entre los 14 y 21 años midió en dos grupos (etnia mapuche y no mapuche) el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria y trastorno de la imagen corporal, concluyendo que no existen diferencias significativas en cuanto a los riesgos de presentar dichos trastornos comparando ambos grupos pero sí hay diferencias por sexo, siendo las mujeres quienes presentaron valores superiores.

A partir de lo expuesto, se considera la importancia de los factores psicológicos involucrados, específicamente la imagen corporal, como una variable relevante en los programas preventivos y de tratamiento para pacientes con obesidad. Según lo establecido por Jáuregui y cols. (26), para implantar programas de intervención en población adolescente con obesidad es necesario conocer el grado de insatisfacción corporal de los pacientes, además de sus conductas alimentarias de riesgo, de manera que sea posible plantear específicamente las intervenciones a llevar a cabo. La posibilidad de contar con profesionales competentes y entendidos en las características de la etapa de adolescencia pareciera ser también un elemento clave para el éxito terapéutico en el tratamiento de obesidad adolescente, según refieren los propios pacientes (27).

De acuerdo a lo anterior, se esperaría que la percepción de la imagen corporal y la satisfacción con ella empeoraran entre los jóvenes con sobrepeso/obesidad y que esto fuera más relevante entre las mujeres con sobrepeso/obesidad. Para ello, el presente trabajo busca comparar la percepción de IC entre jóvenes con sobrepeso/obesidad y normopeso provenientes de una muestra general que al momento de la evaluación no estaba en tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra estuvo constituida por un total de 376 jóvenes estudiantes de ambos sexos, de entre 18 y 25 años de edad (media 20,37 años y DE 1,91 años). Los jóvenes se clasificaron de acuerdo a su índice de masa corporal (IMC), calculado a partir del peso y la estatura reportados. La clasificación consistió en dos grupos: grupo normopeso, IMC 18,5-25, y grupo sobrepeso/obesidad, IMC \geq 25 (Tabla I).

La proporción de hombres de la muestra fue de un 59,8%. La distribución se detalló según rango de edad y sexo para cada grupo (Tabla II).

Con el objetivo de evaluar la imagen corporal, los participantes respondieron el *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)* y el *Eating Disorders Inventory en su versión 3 (EDI-3)*.

- *MBSRQ*: cuestionario que evalúa aspectos actitudinales respecto a la imagen corporal y actitudes respecto de la propia apariencia física. Fue creado por Brown, Cash y Mikulka en 1990

(28). Incluye componentes evaluativos, cognitivos y comportamentales, tales como satisfacción con el aspecto de uno mismo, preocupación por la imagen corporal, autopercepción de la forma física, evaluación del propio estado de salud/enfermedad, intención de seguir un estilo de vida saludable, preocupación por el peso, autclasificación respecto al peso y satisfacción con varias zonas del cuerpo. Es un cuestionario de autoaplicación compuesto por 69 ítems que presenta afirmaciones sobre las diversas actitudes hacia la imagen corporal, que se responden en una escala Likert de cinco puntos (de 1, "totalmente en desacuerdo", a 5, "totalmente de acuerdo"), según el grado en que se siente identificado con lo enunciado. Además, hay tres escalas que evalúan: a) satisfacción con áreas/partes corporales; b) preocupación por el sobrepeso, que evalúa ansiedad por aumentar de peso, excesivo control del peso y dietas o restricción alimentaria; y c) autclasificación del peso, que va desde muy por debajo de lo normal hasta muy por encima de lo normal (28,29). Para la presente investigación se emplearon la traducción al español que hicieron Botella, Ribas y Benito (29) y el análisis de los siete factores y tres escalas de la versión original, explicada previamente (28). En la versión al castellano (29) se obtuvieron índices de consistencia interna superiores a 0,7 para todas las subescalas, y en el caso de la versión original la consistencia era mayor a 0,9, independientemente del sexo (28).

- *EDI3*: Es un inventario de autorreporte que evalúa riesgo de presentar un trastorno alimentario cuya versión original fue creada por Garner en 1983 (30). Está compuesto por 12 escalas principales. Tres de ellas evalúan riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria (obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal) y las nueve restantes son escalas psicológicas generales no específicas para TCA (baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficit interoceptivo, desregulación emocional, ascetismo, perfeccionismo y miedo a madurar). Además, proporciona seis índices: uno específico de los trastornos de conducta alimentaria (riesgo TCA) y cinco constructos psicológicos (ineficacia, problemas interpersonales, problemas afectivos, exceso de control y desajuste psicológico general). En esta versión se incorporan tres escalas de validez: inconsistencia, infrecuencia e impresión negativa. El EDI3 en su versión en español posee 91 reactivos con un formato de respuestas escala tipo Likert de seis puntos tipo: siempre, casi siempre, frecuentemente, en ocasiones, rara vez o nunca. La puntuación es entre 0 y 4 puntos.

Se observaron coeficientes excelentes en población clínica de adolescentes y adultos ($r = 0,98$ para índice de riesgo en trastorno alimentario y $r = 0,97$ para índice de desajuste psicológico general). Además, estos dos índices y las escalas que los componen mostraron coeficientes de consistencia interna adecuados (entre $\alpha = 0,63$ y $\alpha = 0,97$). También posee validez de constructo y criterio. Para este trabajo se utilizó la versión en castellano, adaptada en España por TEA ediciones (31).

Adicionalmente, los participantes respondieron un cuestionario sociodemográfico que se empleó para caracterizar la muestra, y que consultó variables como sexo, edad, peso, estatura y nivel educativo de los padres del participante.

Análisis estadístico

Para contrastar las hipótesis planteadas, se llevó a cabo un análisis de covarianza para cada una de las escalas de ambos instrumentos, considerando como factores el grupo (normopeso o sobrepeso/obesidad) y el sexo (hombre/mujer) y como covariable, la edad de los sujetos. Previamente, se evaluó el supuesto de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y a partir de ello se decidió probar diversas transformaciones en los puntajes de las escalas del EDI, con el objetivo de que los datos se aproximaran a una curva normal, optando finalmente por una transformación de raíz cuadrada que corrigió de mejor forma las distribuciones. De esta manera, mediante ANCOVA se buscó determinar, además del efecto de cada una de las variables independientes, una posible interacción entre ellas, controlando la variable edad. Se utilizó el programa estadístico SPSS 20.0.

RESULTADOS

En primer lugar, se presentan el análisis para las escalas del MBSRQ y los ítems que evalúan la satisfacción con partes del cuerpo y, posteriormente, se describen los resultados obtenidos en el EDI 3.

Respecto a los efectos conjuntos de todas las variables incluidas en el modelo, estos resultan significativos en todas las escalas excepto en orientación a la salud (HO) y orientación a la enfermedad (IO) ($p > 0,05$).

Las escalas que presentan diferencias significativas entre los grupos normopeso y sobrepeso/obesidad son: satisfacción con la apariencia (AE), satisfacción corporal (BASS), evaluación del deporte y aptitudes físicas (FE), orientación por el deporte y aptitudes físicas (FO), evaluación de la salud (HE), preocupación por el peso (OP) y clasificación por el peso (SCW). Lo anterior implica que los participantes con sobrepeso/obesidad están menos satisfechos con su apariencia y presentan menor satisfacción con su cuerpo cuando es evaluado por partes o segmentos, evalúan peor su estado físico y/o sus capacidades físicas, presentan menos conductas orientadas a mantener o mejorar su forma física, presentan un peor diagnóstico de su salud, están más preocupados por su peso y, finalmente, se autclasifican más por el peso que los sujetos normopeso. Es importante mencionar que la diferencia en esta última variable entre los sujetos normopeso y los sobrepeso/obesidad es la más significativa (r^2 0,36) (Tabla III).

En los resultados se aprecian diferencias por sexo en las escalas de satisfacción con la apariencia (AE), orientación hacia la apariencia (AO), evaluación del deporte y aptitudes físicas (FE), orientación por el deporte y aptitudes físicas (FO), evaluación de la salud (HE), orientación a la enfermedad (IO), preocupación por el peso (OP), clasificación por el peso (SCW) y satisfacción corporal (BAS). Las diferencias indican que las mujeres están menos satisfechas con su apariencia y se preocupan más de ella; además, están menos satisfechas con la forma y el atractivo físico de su cuerpo. Las mujeres están menos orientadas a realizar actividad física y/o desarrollar destrezas físicas, evalúan de peor manera su estado físico, presentan menos conductas a desarrollar actividades físicas o mejorar sus habilidades corporales, tienen un peor diagnóstico de salud y una mayor preocupación por enfermar. Las jóvenes están más preocupadas por su peso y se clasifican más desde este parámetro. Además, al igual que en la muestra de sobrepeso/obesidad, la diferencia de clasificarse a través del peso es mucho más importante en mujeres que en hombres (r^2 0,36). No se observa interacción significativa entre los grupos con diferentes niveles de IMC y el sexo en ninguna de las escalas, ni tampoco efecto significativo de la covariable edad (Tabla III).

En cuanto a los ítems correspondientes a partes específicas del cuerpo del MBSRQ, se encontró que los efectos conjuntos de las variables incluidas en el modelo resultaron significativos en

todas las características corporales, a excepción de la estatura. Como se observa en la tabla IV, las partes que presentan diferencias significativas entre los grupos normopeso y sobrepeso/obesidad son: parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies); parte media del cuerpo (abdomen y estómago); parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos); peso y aspecto general. Esto significa que los sujetos sobrepeso/obeso se evalúan menos satisfechos con esas partes de su cuerpo que los normopeso. Asimismo, el grupo sobrepeso/obesidad muestra menor satisfacción general con el cuerpo.

En los resultados se observan diferencias significativas por sexo en las siguientes partes del cuerpo: cabello; parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies); parte media del cuerpo (abdomen y estómago); tono muscular (fuerza física, musculación); peso y aspecto general. En general, las mujeres están menos satisfechas que los hombres con estas partes o segmentos del cuerpo, excepto en su evaluación del cabello, donde están más satisfechas que los hombres.

No se observa interacción significativa entre el grupo de IMC y el sexo en ninguna de las escalas. Habría un efecto significativo de la covariable edad en relación con la evaluación del rostro y de la parte inferior del cuerpo. Al quitar la covariable del modelo, en el caso de la *parte inferior del cuerpo*, los resultados se mantienen estables; en el caso del *rostro*, el modelo se vuelve no significativo. Esto podría deberse a que el efecto de la variable edad no se relacionaría con el grupo de IMC ni con el sexo, sino que se trataría más bien de una relación directa entre la covariable y la variable dependiente ($r = 0,162$; $p = 0,002$).

En cuanto a los resultados obtenidos en el EDI3, los efectos conjuntos de todas las variables incluidas en el modelo resultan significativos solo en las escalas obsesión por la delgadez (DT) ($r^2 = 0,206$, $p < 0,001$) e insatisfacción corporal (BD) ($r^2 = 0,223$, $p < 0,001$). Respecto a los efectos fijos, las escalas que presentan diferencias significativas entre los grupos normopeso y sobrepeso/obesidad son: obsesión por la delgadez (DT), insatisfacción corporal (BD) y alienación personal (PA). Esto quiere decir que el grupo sobrepeso/obesidad presenta una mayor obsesión por la delgadez (DT) y menos insatisfacción corporal (BD), lo que es coincidente con el MBRSQ. Además, los resultados en la escala de alienación personal (PA), aunque su significación es menor ($p 0,044$), indican que aparentemente los obesos podrían sentirse un poco apartados, poco apreciados por los demás y presentar sentimientos de vacío y soledad (PA) (Tabla V).

En cuanto a las diferencias significativas por sexo, las escalas donde estas se observan son: obsesión por la delgadez (DT), insatisfacción corporal (BD), baja autoestima (LSE) y déficits introceptivos (ID). Lo que significa que las mujeres presentan más preocupación por estar delgadas (DT), presentan mayores sentimientos de inseguridad, ineficacia o ausencia de valor (LSE), tienen mayores dificultades para reconocer y discriminar sus estados emocionales y responder de manera apropiada (ID) y tienen menos satisfacción con su cuerpo (BD).

Finalmente, los resultados presentados en la medición del MBSRQ y en las escalas del EDI3 indican que no hay una interacción significativa entre el grupo de IMC y el sexo en ninguna de las escalas.

Dado que se observó efecto significativo de la covariable edad para insatisfacción corporal, se realizó un ANOVA sin incluir la covariable y se obtuvo un resultado equivalente, lo que quiere decir que, si bien la edad se relaciona con la insatisfacción corporal, dicha relación no afectaría los efectos del grupo de IMC y del sexo (Tabla V).

DISCUSIÓN

En primer lugar, los resultados de este estudio muestran diferencias significativas entre los jóvenes normopeso y los que presentan sobrepeso/obesidad respecto a la imagen corporal. En términos generales, el grupo con sobrepeso/obesidad presenta mayor insatisfacción con su imagen corporal, evalúa peor su condición física, tiene un peor diagnóstico de salud, menos conductas orientadas a mantener o mejorar su condición de salud, y mayor preocupación y autclasificación por el peso, lo que se relaciona con planteamientos de Neumark-Szteiner (8) en el sentido de que los jóvenes con sobrepeso están más insatisfechos con sus cuerpos, en general. Según estos resultados, las personas con sobrepeso/obesidad, aunque están más insatisfechas con sus cuerpos, no parecen motivadas por mejorar su estado físico, lo que puede relacionarse con los resultados de una investigación (32) con una muestra de estudiantes adolescentes que concluyó que cuando los jóvenes creen que la obesidad está bajo control personal, tienden a restringir su dieta y se perciben a sí mismos más obesos que aquellos que piensan que la obesidad es producto de causas externas. Dichas creencias no están relacionadas con el IMC de los sujetos evaluados, es decir, la posibilidad de realizar cambios en relación a la

condición física a través de la conducta alimentaria parece depender más de las creencias personales acerca del IMC que del peso propiamente.

Además, se puede pensar que los resultados de evaluaciones negativas de aquellos participantes con sobrepeso/obesidad y la dificultad para realizar cambios podrían deberse a estados depresivos, lo que podría ser concordante con algunas investigaciones en las que se ha observado una relación significativa entre obesidad y depresión (33), e incluso esta relación aparece como bidireccional (34).

También se aprecian diferencias significativas en los resultados comparando por sexo. Las mujeres presentan mayores niveles de insatisfacción corporal, están menos orientadas a realizar actividad física y/o desarrollar destrezas físicas, evalúan de peor manera su estado físico, presentan menos conductas a desarrollar actividades físicas o mejorar sus habilidades corporales, tienen un peor diagnóstico de salud y una mayor preocupación por enfermarse, están más preocupadas por su peso y se clasifican más desde este parámetro, independientemente de su IMC. Esto concuerda con lo dicho por Slevic y Tiggemann (35), que las mujeres de todas las edades muestran siempre más insatisfacción con su apariencia y sus cuerpos, y con lo señalado por Neumark-Szteiner (8) en cuanto a que las mujeres adolescentes y jóvenes obesas presentan proporcionalmente mayores niveles de insatisfacción con sus cuerpos que los hombres, pasando a ser el cuerpo un eje importante en sus vidas. Algunos autores (36,37) han planteado que el hecho de que las mujeres presenten más preocupación por el aspecto físico podría explicarse por el rol de género y el refuerzo del cuerpo perfecto que se encuentra en la cultura, especialmente en relación a los ideales de delgadez, lo que, además, se constituye en un factor de riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias alteradas entre las mujeres, en tanto este ideal sea internalizado (35).

Asimismo, se ha visto que el sobrepeso y la obesidad aumentan la preocupación por la imagen corporal en población joven (8), siendo esto por sí mismo un factor de riesgo para la población evaluada. Se sabe que existen altos niveles de estigmatización y discriminación hacia las personas con obesidad, independientemente de su sexo (38), lo que además aumenta entre los jóvenes (35). Por lo anterior, es necesario seguir investigando más específicamente entre

aquellos sujetos jóvenes con sobrepeso/obesidad, y sus situaciones específicas de riesgo, dado que la condición de obesidad por sí misma ya se asocia con ciertos riesgos psicosociales.

Como se señaló, el grupo de jóvenes con sobrepeso/obesidad aparece con menor interés por cuidar su salud y alimentación en relación al grupo normopeso. Estos jóvenes (con sobrepeso/obesidad) tienen menor orientación a desarrollar conductas concretas para mejorar el estado físico, pero sí notifican parte de su malestar a través de variables como la insatisfacción con la apariencia y la necesidad de estar más delgado y, en menor medida, sentimientos de estar más apartados o sentirse poco valiosos para los demás. Lo anterior debe considerarse para el diseño de planes preventivos y promocionales en jóvenes que puedan proponer estrategias diferenciales para los grupos en riesgo. En este sentido, al igual que como lo plantean Grogan y Masterson (39), la apariencia e insatisfacción corporal pueden ser un promotor de salud, en tanto puede llegar a ser una motivación inicial para cambiar hábitos de vida poco saludables.

Respecto a los resultados de la evaluación del cuerpo por partes o segmentos, en la literatura se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres, presentándose en las últimas mayor insatisfacción corporal (24), y además, en otro estudio, en el caso de las mujeres el rango de insatisfacción respecto de las partes del cuerpo se relaciona fundamentalmente con el peso (40). Las mujeres con altos niveles de preocupación por la apariencia están insatisfechas con un mayor número de partes del cuerpo en relación a los hombres. La insatisfacción es especialmente con sus muslos, brazos, piernas, caderas, físico, estómago y peso; en cambio, en el caso de los hombres las áreas de mayor insatisfacción son los dedos de los pies y el pelo (40).

En cuanto a las limitaciones de este estudio, hay que considerar que el muestreo es no probabilístico, por lo que no es posible generalizar a toda la población, ya que no permite asegurar que esté debidamente representada. Por otra parte, los participantes del estudio con sobrepeso/obesidad no fueron contactados en contextos clínicos, por tanto, podrían hipotetizarse ciertas diferencias con personas que estén en algún tipo de tratamiento, ya sea nutricional o psicológico. Y, finalmente, en este estudio se utiliza como categoría sobrepeso y obesidad sin hacer distinción por IMC entre ambos grupos, lo que dificulta caracterizar más detalladamente cada una de estas categorías.

Por último, dados los resultados presentados en este trabajo, sería posible pensar que, a nivel de intervención con jóvenes que presentan sobrepeso/obesidad, es importante considerar la motivación que estos presentan para afrontar este tema dado que, pese a que el peso, la condición física y la imagen corporal se han transformado en un problema, no se observa en la presente muestra una mayor activación conductual para resolverlo. Por ello, tal y como se dijo, sería necesario incorporar en futuras investigaciones otras variables como creencias sobre la obesidad, estado de ánimo y presiones sociales y culturales en relación a la imagen corporal y apariencia.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue posible gracias al financiamiento de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), por medio del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT - Regular n° 1140085): *Cambios en la imagen corporal en adolescentes sometidos a cirugía bariátrica*.

A la psicóloga Paula Díaz, de la Clínica Santa María; psicólogas Luciana Marín y Susana Cortés, del Hospital Clínico de la Universidad de Chile; psicóloga Gabriela Vargas del Hospital Dipreca; psicóloga Siomara Chahuán de la Clínica Tabancura, Chile.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yeste D, Carrascosa A. El manejo de la obesidad en la infancia y adolescencia: de la dieta a la cirugía. *An Pediatr* 2012;77(2):71-4.
2. Organización Mundial de la Salud. Obesity and overweight. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> 2013
3. Muzzo S, Monckeberg F. Reflexiones sobre el aumento de la obesidad en Chile. *Rev Chil Nutr* 2012;39(4):113-5.
4. Moskovich A, Hunger J, Traci M. The psychology of obesity. En: *The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity*. Nueva York: Oxford University Press; 2011.

5. Streeker VM, Milhausen RR, Buchholz AC. Body image, body mass index, and body composition in young adults. *Can J Diet Pract Res* 2012;73(2):78-83.
6. Trejo PM, Castro D, Facio A, Mollinedo FE, Valdez G. Insatisfacción con la imagen corporal asociada al índice de masa corporal en adolescentes. *Rev Cub Enferm* 2010;26(3):144-54.
7. Bell L, Rushforth J. *Overcoming body image disturbance: A programme for people with eating disorders*. London: Routledge; 2008. p. 146.
8. Neumark-Sztainer D. Obesity and body image in youth. En: Cash TF & Smolak L eds. *Body Image: A Handbook of Science, Practice and Prevention*; 2011. pp. 180-8.
9. Santana M, Silva R, Assis A, Raich R, Machado ME, Pinto E, et al. Factors associated with body image dissatisfaction among adolescents in public schools students in Salvador, Brazil. *Nutr Hosp* 2013;28(3):747-55.
10. Míguez M, De la Montaña J, González J, González M. Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutr Hosp* 2011;26(3):472-9.
11. Goldfield G, Moore C, Henderson K, Buchholz A, Obeid N, Flament M. Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents. *J School Health* 2010;80(4):186-92.
12. Wertheim E, Paxton S. Body image development in adolescent girls. En: Cash TF & Smolak L eds. *Body image: A handbook of science, practice and prevention*. New York: Guilford Press; 2011. pp. 76-84.
13. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor J, López-Miñarro P. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutr Hosp* 2013;28:27-35.
14. Botella L, Grañó N, Gámiz M, Abey M. La presencia ignorada del cuerpo: corporalidad y reconstrucción de la identidad. *Rev Argent Clin Psic* 2008;17(3):245-63.
15. Kirszman D, Salgueiro MC. Imagen corporal. Dimensiones mediadoras en la psicopatología y modalidades de intervención. *Rev Mex Trastor Aliment* 2015;6(2):129-36.
16. Mäkinen M, Puuko-Viertomies LR, Lindberg N, Slimes MA, Aalberg V. Body dissatisfaction and body mass in girls and boys transitioning from early to mid-adolescence: Additional role of self-esteem and eating habits. *BMC Psychiatry* 2012;8:12-35.

17. Sabeti F, Gorjian Z. The relationship between the satisfaction of body image and self-esteem among obese adolescents in Abadan, Iran. *Iran J Diabetes Obes* 2014;5(3):126-31.
18. Peltzer K, Pengpid S. Body weight and body image among a sample of female and male South African university students. *Gender Behav* 2012;10(1):4509-22.
19. Untas A, Koleck M, Rasclé N, Borteyrou X. Psychometric properties of the French adaptation of the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire - Appearance scales. *Psychol Rep* 2009;105:461-71.
20. Ríos B, Rangel G. La autopercepción en el paciente obeso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011;49(1):23-8.
21. Friedman KE, Reichman SK, Constanzo PR, Musante GJ. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res* 2002;10(1):33-41.
22. Lundstedt G, Edlund B, Engström I, Thurfjell B, Marcus C. Eating disorder traits in obese children and adolescents. *Eat Weight Disord* 2006;11(1):45-50.
23. Lagos R, Quilodrán V, Viñueka N. Percepción de la imagen corporal de mujeres y hombres de primer año de ingreso 2010 en la Universidad Autónoma de Chile, sede Temuco, región de la Araucanía. *EFDeportes.com, Rev Dig* 2012;17:169. Disponible en: <http://WWW.EFDeportes.com>.
24. Cruzat C, Díaz F, Lizana C, Castro A. Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Rev Med Chile* 2016;144:743-50.
25. Rosas M, Delgado P, Cea F, Alarcón M, Álvarez R, Quezada K. Comparación de los riesgos en el trastorno de conducta alimentaria y de imagen corporal entre estudiantes mapuches y no mapuches. *Nutr Hosp* 2015;32(6):2926-31.
26. Jáuregui I, Romero J, Bolaños P, Montes C, Díaz R, Montaña MT, et al. Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutr Hosp* 2009;24(5):568-73.
27. Aspillaga C, Cruzat C, Torres M, Haemmerli C, Pérez C, García A, et al. Vivencias subjetivas de adolescentes con obesidad respecto a su tratamiento. *Rev Chil Nutr* 2012;39(2):191-9.
28. Brown TA, Cash TF, Mikulka PJ. Attitudinal body-image assessment: factor analysis of body-self relations questionnaire. *J Pers Assess* 1990;55(1&2):135-44.

29. Botella L, Ribas E, Benito J. Evaluación psicométrica de la imagen corporal: validación de la versión española de Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Rev Argent Clin Psicol* 2009;18(3):253-64.
30. Garner D. *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI-2*. Madrid: TEA Ediciones; 1983.
31. Elosua P, López-Jáuregui A, Sánchez-Sánchez F. *Manual técnico con la adaptación al euskera del Eating Disorder Inventory-3*. Madrid: TEA Ediciones; 2010.
32. Magallares A, Cabonero-Carreño R, Ruiz-Prieto I, Jauregui-Lobera I. Beliefs about obesity and their relationship with dietary restriction and body image perception. *An Psicol* 2016;32(2):349-54.
33. De Wit L, Luppino F, Van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *J Psychiatry Res* 2010;178:230-5.
34. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Is there a bi-directional relation between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta-analysis. *Asian J Psychiatry* 2016;21:51-66.
35. Slevic J, Tiggemann M. Attitudes toward cosmetic surgery in middle-age women: Body image, aging anxiety, and the media. *Psychology Women Quarterly* 2010;34:65-74.
36. Cortés D, Gallegos M, Jiménez T, Martínez P, Saravia S, Cruzat-Mandich C, et al. Influencia de factores socioculturales en la imagen corporal desde la perspectiva de mujeres adolescentes. *Rev Mex Trastor Aliment* 2016;7(2):116-24.
37. Salazar Z. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Rev Reflexiones* 2008;87(2).
38. Puhl RM. Bias, Stigma and discrimination. *The Oxford Handbook of Social Science of Obesity*. John Cawley ed.; 2011.
39. Grogan S, Masterson D. Using appearance concerns to promote health. En: Nichola Rumsey and Diana Harcourt eds. *The Oxford Handbook of The Psychology of Appearance*. United Kingdom: Oxford University Press; 2012. pp. 581-94.

40. Keating Ch, Stephens J, Thomas N, Castle DJ, Rossell SL. Gender differences in weigth-related and non weigth-related appearance concerns in a community sample. Austr J Psychol 2016;68:11-9.



Tabla I. Distribución de la muestra según IMC

	<i>n</i>	<i>Rango</i> <i>IMC</i>	<i>Media</i> <i>IMC</i>	<i>Desviación</i> <i>estándar</i> <i>IMC</i>
Normopeso	192	18,67-24,98	22,25	1,54
Sobrepeso/obesidad	184	25,01-37,04	27,40	2,50

Tabla II. Distribución de rangos de edad y género

	<i>Hombre</i>				<i>Mujer</i>			
	<i>18 a 20 años</i>		<i>21 a 25 años</i>		<i>18 a 20 años</i>		<i>21 a 25 años</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Normopeso	61	53,0	54	47,0	44	57,1	33	42,9
Sobrepeso/obesidad	58	52,7	52	47,3	42	56,8	32	43,2
Total	119	52,9	106	47,1	86	57,0	65	43,0

Tabla III. Resultados escalas MBSRQ según sexo y grupo de peso

<i>MBSRQ</i>	<i>Normopeso</i> <i>Media</i> <i>(desviación</i> <i>estándar)</i>	<i>Sobrepeso/obesidad</i> <i>Media</i> <i>(desviación</i> <i>estándar)</i>	<i>f</i>	<i>p</i> <i>(η^2</i> <i>parcial)</i>	<i>Hombres</i> <i>Media</i> <i>(desviación</i> <i>estándar)</i>	<i>Mujeres</i> <i>Media</i> <i>(desviación</i> <i>estándar)</i>	<i>f</i>	<i>p</i> <i>(η^2</i> <i>parcial)</i>	<i>η^2</i> <i>parcial</i> <i>modelo</i>
Satisfacción con la aparición (AE): satisfacción con la forma y atractivo físico de mi cuerpo	3,47 (0,74)	2,99 (0,73)	40,92	< 0,001* 0,100	3,38 (0,72)	3,01 (0,80)	24,477	< 0,001* 0,062	0,165

Orientación hacia la apariencia									
(AO):	3,52	3,49		0,602	3,36	3,71		<	
preocupación por el aspecto físico, incluye lo percibido por otro	(0,61)	(0,57)	0,272	0,001	(0,57)	(0,55)	36,010	0,001*	0,091
Evaluación del deporte y aptitudes físicas									
(FE):	3,58	3,42		0,023*	3,72	3,17		<	
evaluación de mi estado físico o capacidad física	(0,80)	(0,84)	5,216	0,014	(0,71)	(0,87)	47,262	0,001*	0,127
Orientación por el deporte y aptitudes físicas									
(FO):	3,60	3,44		0,031*	3,78			<	
conductas orientadas a mantener la forma física	(0,85)	(0,76)	4,713	0,013	(0,69)	3,14 (0,82)	69,292	0,001*	0,167
Interés por la salud (HO):									
interés por cuidar de la salud y por la alimentación que me ayuda a tener un estilo de vida saludable	3,12	3,06		0,307	3,11	3,07			
	(0,68)	(0,54)	1,047	0,003	(0,58)	(0,66)	0,468	0,495	Modelo N.S.
Evaluación de la salud (HE):									
qué diagnóstico hago respecto de mi salud	3,69	3,47		0,001*	3,72	3,37		<	
	(0,67)	(0,74)	11,140	0,029	(0,67)	(0,72)	24,802	0,001*	0,090

Orientación a la enfermedad (IO): preocupación por enfermar, signos hipocondriacos	3,04 (0,72)	2,9 (0,78)	2,873	0,091 0,008	2,89 (0,73)	3,08 (0,78)	5,374	0,021* 0,014	Modelo N.S.
Preocupación por el peso (OP): preocupación por el peso y por hacer cosas para mantenerlo o modificarlo de ser necesario	2,57 (0,90)	2,95 (0,80)	17,824	< 0,001* 0,046	2,55 (0,79)	3,05 (0,91)	32,842	< 0,001* 0,082	0,126
Clasificación por el peso (SCW): evaluación de mi peso desde mi perspectiva y desde la de otros	2,92 (0,56)	3,66 (0,62)	155,608	< 0,001* 0,296	3,12 (0,69)	3,52 (0,64)	45,440	< 0,001* 0,109	0,360
Satisfacción corporal (BAS): grado de satisfacción con partes y aspectos de mi cuerpo	3,44 (0,61)	3,16 (0,65)	19,399	< 0,001* 0,050	3,41 (0,63)	3,14 (0,63)	18,386	< 0,001* 0,047	0,097

N.S.: no significativo.

Nutrición
Hospitalaria

Tabla IV. Resultados ítems MBSRQ (partes del cuerpo) según sexo y grupo de peso

Ítems BAS	Normopeso	Sobrepeso/obesidad	f	p		p		η^2 parcial	η^2 parcial
				(η^2 parcial)	Hombres	Mujeres	f		
Rostro	3,76 (0,82)	3,79 (0,89)	0,169	0,682 0,000	3,74 (0,84)	3,83 (0,88)	2,423	0,120 0,007	0,035
Cabello	3,7 (0,89)	3,88 (0,97)	3,517	0,062 0,010	3,66 (0,91)	3,99 (0,92)	12,957	< 0,001* 0,034	0,046
Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)	3,54 (1,08)	3,36 (1,18)	4,000	0,046* 0,011	3,75 (1,05)	3,02 (1,11)	39,326	< 0,001* 0,097	0,120
Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)	3,04 (1,14)	2,31 (0,97)	38,422	< 0,001* 0,095	2,84 (1,09)	2,45 (1,13)	11,141	0,001* 0,030	0,131
Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)	3,48 (1,00)	3,23 (1,09)	5,978	0,015* 0,016	3,45 (1,01)	3,23 (1,1)	3,697	0,055 0,010	0,026
Tono muscular (fuerza física, musculación)	3,2 (0,96)	2,95 (1,03)	5,934	0,015* 0,016	3,28 (0,92)	2,77 (1,05)	23,518	< 0,001* 0,061	0,078
Peso	3,22 (1,09)	2,23 (1,05)	86,965	< 0,001* 0,192	3,05 (1,09)	2,28 (1,15)	52,055	< 0,001* 0,125	0,278
Estatura	3,61 (1,11)	3,55 (1,21)	0,056	0,813 0,000	3,59 (1,11)	3,57 (1,23)	0,000	1,000 0,000	Modelo N.S.
Aspecto general	3,75 (0,79)	3,41 (0,89)	13,541	< 0,001* 0,036	3,67 (0,83)	3,46 (0,89)	4,670	0,031* 0,013	0,062

Tabla V. Resultados escalas EDI3 según sexo y grupo de IMC

EDI3 ¹	Normo- peso	Sobrepeso/obesi dad	P f	Hombres Media (desviació n	Mujeres Media (desviació n	p f	η^2 parcial	Modelo	
	Media (desviación estándar)	Media (desviación estándar)							(η^2 parcial)
Obsesión por la delgadez (DT)	7,51 (7,27)	10,18 (7,05)	22,4 33	< 0,001* 0,057	6,45 (5,81)	12,34 (7,82)	67, 64 3	< 0,001* 0,154	0,206
Bulimia (B)	5,10 (4,53)	5,24 (4,69)	0,20 1	0,655 0,001	4,95 (4,59)	5,5 (4,62)	1,4 10	0,236 0,004	Modelo N.S.
Insatisfacción corporal (BD)	10,95 (7,57)	15,69 (7,74)	43,4 84	< 0,001* 0,105	10,86 (6,7)	16,86 (8,45)	53, 99 5	< 0,001* 0,127	0,223
Baja autoestima (LSE)	3,23 (3,53)	3,67 (3,99)	0,39 9	0,528 0,001	3,2 (3,69)	3,82 (3,86)	5,4 17	0,020* 0,014	Modelo N.S.
Alienación personal (PA)	4,22 (3,80)	5,11 (4,48)	4,10 2	0,044* 0,011	4,41 (4,18)	5,01 (4,14)	3,5 62	0,060 0,010	Modelo N.S.
Inseguridad interpersonal (II)	7,04 (5,06)	6,93 (5,21)	0,01 8	0,893 0,000	6,93 (5,17)	7,07 (5,08)	0,0 69	0,793 0,000	Modelo N.S.
Desconfianza interpersonal (IA)	5,83 (4,03)	6,49 (4,51)	2,26 9	0,133 0,006	6,07 (4,31)	6,28 (4,25)	0,2 61	0,610 0,001	Modelo N.S.
Déficits introceptivos (ID)	6,60 (4,80)	7,17 (6,51)	0,03 9	0,844 0,000	6,34 (5,44)	7,69 (6,00)	4,6 63	0,031* 0,012	Modelo N.S.
Desajuste emocional (ED)	4,94 (4,48)	5,76 (5,46)	1,09 4	0,296 0,003	5,61 (5,2)	4,94 (4,66)	1,8 74	0,172 0,005	Modelo N.S.

Perfeccionismo (P)	8,91 (4,80)	9,51 (5,03)	1,50 5	0,221 0,004	9,63 (4,94)	8,56 (4,82)	3,4 91	0,063 0,009	Modelo N.S.
Ascetismo (A)	4,51 (3,13)	5,23 (3,96)	1,57 0	0,211 0,004	4,98 (3,74)	4,69 (3,3)	0,2 30	0,632 0,001	Modelo N.S.
Miedo a la madurez (MF)	11,06 (5,29)	12,26 (6,76)	2,62 8	0,106 0,007	11,29 (6,19)	12,19 (5,88)	2,5 21	0,113 0,007	Modelo N.S.

¹Se normalizaron las distribuciones de las puntuaciones de las escalas del EDI3, utilizando sus raíces cuadradas.

**Nutrición
Hospitalaria**