



# Nutrición Hospitalaria



## Revisión

### Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática *Body-image dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review*

Paloma Jiménez-Flores, Arturo Jiménez-Cruz y Montserrat Bacardí-Gascón

Facultad de Medicina y Psicología. Universidad Autónoma de Baja California. Baja California, México

#### Resumen

**Introducción:** la diferencia de la percepción entre la silueta percibida y la deseada se ha definido como insatisfacción con la imagen corporal (IMCO).

**Objetivo:** evaluar los métodos utilizados para medir la IMCO y la frecuencia de la IMCO en niños y adolescentes.

**Metodología:** se buscaron artículos registrados en las bases de datos de PubMed, EBSCOhost y Scielo, de estudios transversales en inglés y español, que valoraran la IMCO en niños y adolescentes publicados de abril de 2010 al mes de abril de 2015. Se registraron, edad, sexo, tamaño muestral, estado de peso, tipo de método para valorar la IMCO y estimación de la IMCO.

**Resultados:** cumplieron con los criterios de inclusión 16 estudios que valoraron la IMCO en niños y adolescentes de 5 a 19 años de edad. De los artículos analizados se encontraron 9 métodos de valoración de la IMCO. En la mayoría se realizaron pruebas de estabilidad temporal y validez. La frecuencia de IMCO por tener sobrepeso u obesidad, osciló de 44% a 83% y por bajo peso, de 1,7% a 37%. La IMCO aumentó de acuerdo al IMC, y en algunos estudios se asoció con la edad. Fue más frecuente en las mujeres, y en algunos casos se presenta IMCO en los niños delgados.

**Conclusión:** la IMCO se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino y se asocia positivamente con el IMC. A pesar de la variedad de métodos utilizados para evaluar la IMCO, los resultados son consistentes.

#### Palabras clave:

Insatisfacción imagen corporal. Escalas de valoración. Índice de masa corporal. Niños. Adolescentes. Revisión sistemática.

#### Abstract

**Background:** The difference in the perception between the perceived silhouette and the desired silhouette has been defined as body image dissatisfaction (BID).

**Objective:** To review the type of methods for measuring BID, the frequency of BID among children and adolescents.

**Method:** We searched studies through electronic databases (PubMed, Scielo and EBSCOhost), from cross-sectional studies published in English or Spanish. Eligible studies assessing BID in children and adolescents published in Spanish and English, from April 2010 to April 2015. Age, sex, weight and method or scale used to evaluate the BID and the self-perception of body weight were assessed.

**Results:** Sixteen studies met the inclusion criteria, and included children and adolescents aged 5 to 19 years. Nine types of measurement methods of BID were found. In most of the studies, temporal stability and validity test were performed. In BID studies where frequency was reported, ranged from 44% to 83% for overweight or obese and 1.7% a 37% for underweight. In some studies, BID was associated with age and was more frequent among girls. BID was also present in thin boys.

**Conclusion:** BID was more frequent among girls and was positively associated with BMI. Despite the variety of methods used, the results are consistent.

#### Key words:

Body image dissatisfaction. Assessment scales. Body mass index. Children. Adolescents. Systematic review.

Recibido: 10/08/2016  
Aceptado: 20/11/2016

Jiménez-Flores P, Jiménez-Cruz A, Bacardí-Gascón M. Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. Nutr Hosp 2017;34:479-489

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.455>

#### Correspondencia:

Montserrat Bacardí-Gascón. Facultad de Medicina y Psicología. Universidad Autónoma de Baja California. Av. Universidad 14418; Unidad Universitaria, Otoy. Tijuana, Baja California, México  
e-mail: [montserrat.bacardi@uabc.edu.mx](mailto:montserrat.bacardi@uabc.edu.mx)

## INTRODUCCIÓN

Varios estudios han mostrado que desde los cinco años de edad los niños y las niñas reportan insatisfacción, preocupación y percepción inexacta de la imagen corporal (1,2). La imagen corporal, según Baile es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo genera una representación mental compuesta por un esquema corporal perceptivo, por las emociones, los pensamientos y las conductas asociadas (3). El componente perceptual implica la exactitud de la estimación de la forma del cuerpo y la actitud y sentimientos que tienen hacia su cuerpo (4). Sin embargo, no existe un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, o cómo se evalúa, ni cómo se manifiesta una alteración de ella (3).

La autopercepción se ha clasificado como correcta, subestimación y sobrestimación, y esta a su vez podría generar la satisfacción o insatisfacción corporal. Algunos autores consideran que la distorsión perceptiva es la alteración de la percepción que se manifiesta por una incapacidad para estimar con exactitud el tamaño corporal (5).

La insatisfacción se puede originar por la distorsión perceptiva, por la discrepancia entre el cuerpo percibido y el ideal o, simplemente, por el disgusto con el propio cuerpo y puede originarse por un entorno adverso a ciertas figuras ideales establecidas por la sociedad (6). La frecuencia de la insatisfacción de la imagen corporal (IMCO) puede ser explorada en diferentes grupos como el género, la edad, la sexualidad, las clases sociales, los grupos étnicos o culturales. Las causas de la IMCO pueden deberse a factores sociales y psicológicos. Algunos investigadores han explorado los factores sociales, como los medios de comunicación (7-9), la cultura (10,11), las amistades (7,12) y la familia (13,14) y dentro de los factores psicológicos se encuentran los sentimientos causados por los factores sociales (15); así mismo, se han estudiado las creencias generadas por la influencia de los padres (13,16) y la cultura (17).

La insatisfacción con la imagen corporal, la restricción alimentaria, así como los comportamientos para la pérdida de peso durante la infancia son considerados factores de riesgo, que asociados a elementos biopsicosociales (18) contribuyen a problemas como la dependencia al ejercicio y a los trastornos alimenticios. En un estudio realizado en Galway, Irlanda (19), no se encontraron diferencias sustanciales en la IMCO entre sexos, sin embargo, los que seguían conductas para bajar de peso tuvieron más IMCO comparado con los que no las seguían ( $p < 0,001$ ); quienes tenían sobrepeso y obesidad tenían menos riesgo de IMCO al compararlo con el grupo que no tenía sobrepeso. La IMCO se asoció positivamente con la conducta para bajar de peso (OR 9,17, 95% CI 6,99-12,02) ( $p < 0,001$ ). La revisión sistemática más reciente valoró la IMCO en niños y preadolescentes, incluyó artículos publicados de 1990 a 2011, solamente describió los métodos para evaluar la IMCO y las variables asociadas; sin embargo, no reportó la magnitud de la IMCO (20). Esta revisión describe que diversos estudios han explorado la IMCO en diferentes países y en diferentes grupos de edad, y lo han realizado con diferentes métodos y escalas. Estas diferencias dificultan hacer compara-

ciones entre culturas y países, por lo que el propósito de este estudio fue revisar los diferentes métodos para medir la IMCO, así como la frecuencia de la IMCO entre niños y adolescentes, en publicaciones realizadas en español o en inglés de 2010 a 2015.

## METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de artículos publicados en inglés y español en las bases de datos de PubMed, EBSCOhost y Scielo del 18 de abril de 2010 al 18 de marzo de 2015, utilizando los términos MeSH: "body dissatisfaction" OR "body image dissatisfaction" OR "body shape dissatisfaction" OR "insatisfacción" OR "imagen" AND "corporal" NOT "review" AND ("2010/04/18": "2015/04/18" AND "humans" AND (English(lang) OR Spanish(lang)) AND "child").

Los criterios de inclusión fueron estudios transversales realizados en menores de 19 años, sin algún trastorno mental identificado, publicados en inglés o español, publicados del 18 de abril de 2010 al 18 de abril de 2015, y que reportaran la IMCO. Se incluyeron todos los estudios que cumplieran con los criterios de inclusión. Se excluyeron estudios en los que se valorara la IMCO con alguna enfermedad física y/o mental, lesiones, alteraciones hormonales y/o prácticas parentales y donde se incluyera algún tipo de dieta para bajar de peso.

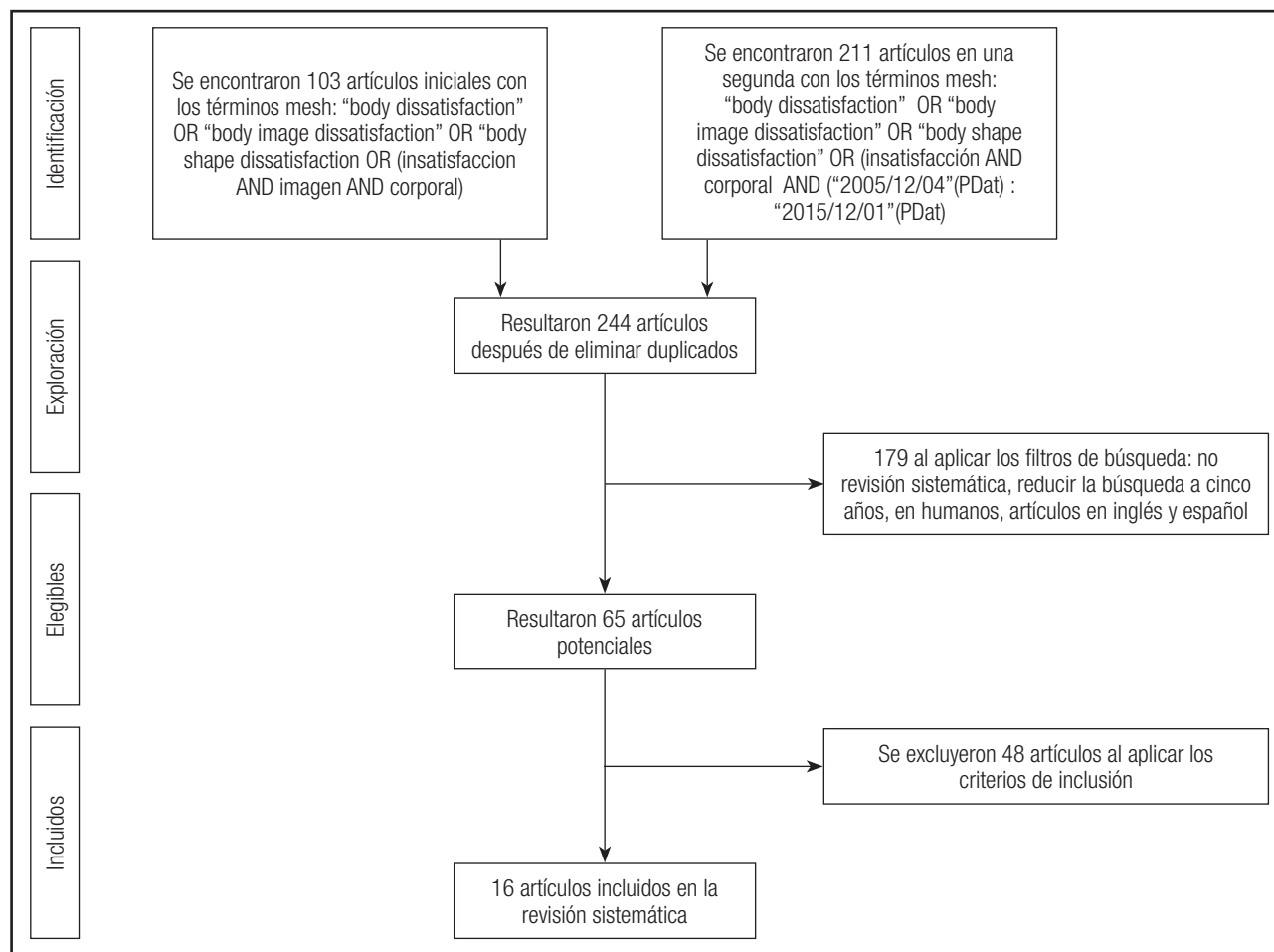
Se realizaron dos diferentes búsquedas electrónicas, en las cuales se encontraron un total de 314 estudios de los cuales fueron descartados 70 por ser duplicados, quedaron 244, posteriormente se eliminaron 179 porque eran revisiones sistemáticas, porque no cumplían con los criterios de inclusión, como eran el período de publicación y las publicaciones en inglés o español. Se revisaron 65 artículos, de los cuales 48 no cumplían con todos los criterios de inclusión. Se analizaron 16 artículos en la revisión sistemática (Fig. 1).

Se registraron los siguientes datos de cada estudio: autores, año, país de publicación, número de participantes, edad, género, frecuencia del estatus del peso, criterios y métodos para evaluar la insatisfacción corporal y otros indicadores de adiposidad. También se registró la validación y confiabilidad del método utilizado; la frecuencia de la IMCO, en sus dos niveles (por percibirse muy delgado o muy gordo), la subestimación y la sobrestimación del peso, y la media del puntaje obtenido en toda la población.

## RESULTADOS

De abril de 2010 a marzo de 2015 se encontraron 16 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión.

En la tabla I se presentan las características de la población estudiada, los métodos de evaluación y los resultados de la evaluación de la imagen e insatisfacción corporal. El grupo de edad evaluado fue de los 5 a los 19 años de edad, aunque solamente un estudio (1) incluyó niños de 5 a 7 años de edad, el tamaño de las poblaciones estudiadas oscilaba de 50 hasta 9.000, y en la mayoría de estudios se evaluó la insatisfacción en ambos sexos.

**Figura 1.**

Búsqueda de acuerdo a PRISMA.

Se utilizaron 9 métodos de evaluación de la IMCO (inventarios, escalas, cuestionarios). En la mayoría de los estudios se analizó la confiabilidad test-retest y/o la confiabilidad interna y se utilizaron instrumentos adaptados y traducidos al país donde se realizaron los estudios. En la tabla 1 se presentan los resultados de cada trabajo. En dos estudios (1,21) utilizaron el método de las figuras de Collins y clasificaron a los niños de acuerdo al IMC.

Otros 2 estudios utilizaron el "Body Shape Questionnaire" (22,23).

En el Reino Unido se realizaron 2 estudios que utilizaron el método desarrollado por Wardle en el 2002, basado en los pictogramas de Stunkard (24,25).

Cuatro de los estudios (26-29) evaluaron la insatisfacción corporal por medio de la subescala de insatisfacción corporal con el Eating Disorder Inventory (EDI, por sus siglas en inglés). Algunos presentan variantes adaptadas al contexto del país en el que fueron utilizadas (Estados Unidos, Países Bajos, Hungría, Reino Unido y España).

Dos estudios más utilizaron la subescala (30,31) "Body Dissatisfaction", "Body Importance" y "Body Image Concern" de la escala de "Body Image and Body Shape Questionnaire".

Un estudio (32) utilizó la "Children Figure Rating Scale". Por otro lado un estudio multicultural (11) en donde incluía países como Australia, Chile, Grecia, Indígenas Figi, Indo-Figi, Malasia y Tonga, utilizó algunas preguntas de la subescala de "Body Image Dissatisfaction" del inventario "Body Image and Body Change and Body Change Inventory". Otro estudio (33) utilizó algunos reactivos del "Body Image Subscale" de la "Body Investment Scale". Otro estudio (34) evaluó la IMCO en una investigación realizada en Alemania por medio de preguntas sobre la auto-percepción.

En solamente 3 estudios se reportó la frecuencia de IMCO por percepción de gordo o muy gordo que osciló de 44% a 61% y por bajo peso varió de 5,7% a 37%. La media de la IMCO se reportó en 14 estudios, que no fueron comparables porque se realizaron con diferentes métodos.

Tabla I. Estudios incluidos, características de los instrumentos para evaluar la IMCO y resultados obtenidos

Autor/es, (año), país (referencia)	Edad (años) Media o rango	n	Estado de peso	Método/ escala de BP/BD	Validación/ confiabilidad	Descripción de la escala de la IMCO	Subestimación (%)	Sobrestimación (%)	Frecuencia de la IMCO %	Media del score de IMCO	Asociaciones
Pallan MJ (2011), Reino Unido (1)	5-7	m = 296 f = 278	Bajo peso: m: 1,7 f: 3,7 Peso normal: m: 82,0 f: 72,0 Sobrepeso: m: 5,8 f: 9,1 Obesidad: m: 10,5 f: 15,3	Figuras de Collins adaptadas por Rand y Resnick	Coefficientes de confiabilidad del instrumento en el test-retest de 3 días	Puntajes negativos o positivos indican que el niño/a se percibe más delgado o con más sobrepeso que el ideal	m: 40 f: 35	m: 41 f: 48	Bajo peso: 36,7 Peso normal: 40,9 Sobrepeso: 40,2 Obesidad: 43,85	Bajo peso: 0,33 (DE 2,26); Peso normal: -0,05 (DE 2,35); Sobrepeso/ obesidad: 1,86 (DE 2,38) ( $p < 0,001$ )	Puntuación de IMCO se asoció con el aumento de IMC z-score y con el aumento de la edad
Morano M (2011), Italia (21)	12.6	m = 162	Peso normal: 52,5 Sobrepeso: 32,1 Obesidad: 15,4	Figuras de Collins	Moderada a alta confiabilidad y validez del test-retest en niños	La IMCO se calculó como la discrepancia de "uno mismo - el ideal". Los resultados negativos y positivos indican un deseo de tener mayor o menor peso				<i>Peso normal:</i> deportes individuales: -0,1 (-1,0, 2,0) deportes en equipo: -0,5 (-3,0, 1,0) <i>Sobrepeso:</i> deportes individuales: 0,9 (-1,0, 2,5) deportes en equipo: 0,5 (-1,0, 2,0)	Los niños con sobrepeso presentan más IMCO en comparación con los niños de peso normal
Santana ML (2013), Brasil (22)	11-17	m = 646 f = 852	Bajo peso: m: 10,4 f: 6,2 Peso normal: m: 73,4 f: 80,1 Sobrepeso: m: 9,2 f: 8,5 Obesidad: m: 7 f: 5,2	"Body Shape Questionnaire" (BSQ)	El BSQ fue validado en adolescentes brasileños: Cronbach alfa: 0,96	Satisfecho con la imagen corporal (puntuaciones $\leq 80$ ); poco insatisfechos (puntuaciones de 81 a 110); moderadamente insatisfechos (puntuaciones de 111 a 140); seriamente insatisfechos (puntuaciones $> 140$ )	m: peso normal 20,2 sobrepeso 57,6 obesidad 26,6 f: peso normal 17 sobrepeso 37,5 obesidad 22,7	m: bajo peso 31,3 peso normal 4,2 sobrepeso 42,4 f: peso normal 17,9	m: bajo peso 6 peso normal 5,7 sobrepeso 22,0 obesidad 44,4 ( $p < 0,001$ ) f: bajo peso 5,7 peso normal 22,7 sobrepeso 58,3 obesidad 61,4 ( $p < 0,001$ )	Mayor porcentaje de IMCO en mujeres que en hombres. La IMCO fue superior entre los/ las adolescentes con sobrepeso u obesidad.	

(Continúa en la página siguiente)

Tabla I (Cont.). Estudios incluidos, características de los instrumentos para evaluar la IMCO y resultados obtenidos

Autor/es, (año), país (referencia)	Edad (años) Media o rango	n	Estado de peso	Método/ escala de BP/BD	Validación/ confiabilidad	Descripción de la escala de la IMCO	Subestimación (%)	Sobrestimación (%)	Frecuencia de la IMCO %	Media del score de IMCO	Asociaciones
Fortes L de S (2013), Brasil (23)	10-19	m = 163 f = 199	La media de IMC fue normal en todas las categorías	"Body Shape Questionnaire" (BSQ), auto-reporte	El BSQ fue validado en adolescentes brasileños. Consistencia interna ( $\alpha = 0,96$ ). Confiabilidad fue IC ( $r = 0,91$ , $p < 0,001$ ), Conti et al. (2009)	Las puntuaciones superiores a 80 indican insatisfacción con su apariencia física				m: 60 (35-178) f: 78 (35-172) ( $p = 0,001$ )	Las niñas tenían valores más altos de IMCO
Farrow CV (2011), Reino Unido (25)	7-14	m = 195 f = 175		Escala desarrollada por Wardle et al., y basada en el "figure rating scale" Stunkard, Sorenson-Schlusinger's (1983)	Confiabilidad interna ( $\alpha = 0,78$ ). En esta muestra, el alfa de Cronbach fue de 0,80	Alta puntuación indica mayor nivel de insatisfacción				8,23 (DE 6,15) m: 7,08 (DE 5,95) f: 9,37 (DE 6,20) $p < 0,01$	Mayor IMCO en mujeres. La IMCO está correlacionada con la ingesta restringida de comida y los síntomas emocionales
Farrow (2011), Reino Unido (24)	10,5	m = 75 f = 78	Media del IMC z-score: 0,32 (1,57) m: -0,20 f: -0,45	Escala desarrollada por Wardle et al., basada en el "figure rating scale", desarrollado por Stunkard et al. (1983)		La IMCO se calcula restando la figura ideal de la imagen que creían que en realidad parecían				0,42 (1,02) m: 0,30 f: 0,54	No diferencias en la IMCO entre niños y niñas

(Continúa en la página siguiente)

Tabla I (Cont.). Estudios incluidos, características de los instrumentos para evaluar la IMCO y resultados obtenidos

Autor/es, (año), país (referencia)	Edad (años) Media o rango	n	Estado de peso	Método/escala de BP/BD	Validación/ confiabilidad	Descripción de la escala de la IMCO	Subestimación (%)	Sobrestimación (%)	Frecuencia de la IMCO %	Media del score de IMCO	Asociaciones
Xanthopoulos M (2011), EUA (26)	4to-6to grado	n = 1.212	Bajo peso: 2,1 Peso normal: 57,1 Sobrepeso: 16,7 Obesidad: 24,3	Subescala "body dissatisfaction" del EDI-2, rango (0-36)	El Cronbach alfa global de la subescala de IMCO de 9 reactivos fue de 0,79. La consistencia interna fue comparable entre las niñas (0,81) y los niños (0,76), así como entre los grupos raciales/étnicos: Asia (0,79), afroamericanos (0,77), hispanos (0,80), de raza caucásica (0,84) y otros (74), lo que indica que el instrumento era fiable y se comportó de manera similar en el sexo y grupos raciales/étnicos	Puntuaciones ≤ 7 indican "baja" insatisfacción, mientras que las puntuaciones 8-30 sugieren insatisfacción "moderada" y > 30 sugieren "elevada" insatisfacción			m: 8,8 (DE 0,5) f: 10,0 (DE 0,5) (p < 0,03) Bajo peso: 6,9 (DE 1,4) Peso normal: 6,7 (DE 0,3) Sobrepeso: 9,8 (DE 0,5) Obesidad: 14,3 (DE 0,5) (p < 0,001)	El estado de peso, la raza/etnia y el sexo fueron el predictor más fuerte de IMCO. Las niñas tenían una mayor IMCO que los niños	
Papp I (2013), Hungría (27)	10-16	m = 145 f = 225	Bajo peso: 10,3 Peso normal: 75,1 Sobrepeso y obesidad: 14,6	Subescala de "body dissatisfaction" de 9 reactivos del "Eating Disorder Inventory" (EDI) versión húngara (Tury et al., 1997). Percepción corporal del "Health Behavior in School-aged Children" (HBSC)	La consistencia interna fue de 0,93 para el EDI-BD para muestras combinadas de personas con trastornos alimenticios y mujeres controles no rícos al., 1997)	Escala de 6 puntos desde 1 (nunca) a 6 (siempre)	13,8	28,9		m: 23,2 (DE 9,78) f: 27,0 (DE 10,89) p < 0,001	Las niñas presentaron más IMCO por exceso de peso que los niños
Quested E (2011), Reino Unido (28)	Media 18,7	m = 96 f = 293		Subescala de "body dissatisfaction" de 9 reactivos del "Eating Disorders Inventory"	La validez y confiabilidad buena en poblaciones atléticas y no atléticas	Escala de 27 puntos desde 1 (nunca) a 6 (siempre)				10,43 (DE 7,38)	Baja insatisfacción corporal (10,43 en una escala de 27 puntos)

(Continúa en la página siguiente)

**Tabla I (Cont.).** Estudios incluidos, características de los instrumentos para evaluar la IMCO y resultados obtenidos

Autor/es, (año), país (referencia)	Edad (años) Media o rango	n	Estado de peso	Método/escala de BP/BD	Validación/ confiabilidad	Descripción de la escala de la IMCO	Subestimación (%)	Sobrestimación (%)	Frecuencia de la IMCO %	Media del score de IMCO	Asociaciones
Bully P (2011), España (29)	10-18	m = 484 f = 451		Escala de "body dissatisfaction" dentro del Eating Disorder Inventory y por el indicador índice de masa corporal ideal (IMC)	En estudios de validación presentó una alta consistencia interna. Cronbach alfa: 0,89 y 0,95 dependiendo del trastorno alimenticio	10 reactivos: 1 (nunca) a 6 (siempre) codificados en 0-4				m: 7,93 (DE 8,28) f: 12,40 (DE 10,17) 10-12 años: m: 8,3 (DE 9,2) f: 9,0 (DE 9,2) 13-14 años: m: 8,1 (DE 8,9) f: 12 (DE 10,8) 15-16 años: m: 7,2 (DE 7,7) f: 15,6 (DE 10,6) 17-18 años: m: 8,1 (DE 8,4) f: 13,1 (DE 10)	La IMCO aumentó con la edad solo en las niñas (p < 0,001). Las medias de IMC fueron más elevadas en los varones que en las mujeres y las diferencias entre sexos aumentaron con la edad. El IMC fue altamente predictivo del IMCO
McCabe MP (2010), Australia (30)	11-16	m = 344 f = 246	Peso normal: m: 45,42 f: 35,25 Sobrepeso: m: 12,88 f: 6,44	Dos escalas: "Body Dissatisfaction" y "Body Importance" del "Body Image and Body Change Questionnaire" (Ricciardelli & McCabe, 2002)	Alfa Cronbach para insatisfacción corporal: peso normal en niñas 0,74 sobrepeso en niñas 0,80 peso normal en niñas 0,71 obesidad en niñas 0,76	Las puntuaciones van de 5 a 25, y las puntuaciones más altas indican mayor niveles de IMCO			m: 11,6 (EEM 0,19) f: 12,0 (EEM 0,27) Peso normal: 10,7 (EEM 0,14) Sobrepeso: 12,8 (SEM = 0,29) (p < 0,001)	Adolescentes con sobrepeso reportaron mayor insatisfacción	
Xu X (2010), China (31)	12-16	m = 219 f = 298	Bajo peso: m: 16,4 f: 10,4 Peso normal: m: 7,4 f: 86,2 Sobrepeso: m: 9,6 f: 3,4	Versión modificada de la subescala "Body Image Concern" del "Body Image and Body Change Questionnaire" (McCabe & Ricciardelli, 2004)	Alfa Cronbach: 0,88-0,94. Test-retest: r = 0,70 a 0,85 en adolescentes	Las puntuaciones oscilaron de 5 a 25, las puntuaciones más altas indican una mayor insatisfacción corporal			m: 13,8 (DE 4,21) f: 15,3 (DE 4,1) (p = 0,041) Bajo peso: 13,19 (DE 4,05) Peso normal: 14,8 (DE 4,2) Sobrepeso: 16,19 (DE 4,47) (p = 0,001)	Insatisfacción corporal fue mayor en las mujeres y en las personas con sobrepeso que en los niños y en los adolescentes de peso normal	

(Continúa en la página siguiente)

Tabla I (Cont.). Estudios incluidos, características de los instrumentos para evaluar la IMCO y resultados obtenidos

Autor/es, (año), país (referencia)	Edad (años) Media o rango	n	Estado de peso	Método/escala de BP/BD	Validación/ confiabilidad	Descripción de la escala de la IMCO	Subestimación (%)	Sobrestimación (%)	Frecuencia de la IMCO %	Media del score de IMCO	Asociaciones
Fuller M (2012), multicultural (11)	11-18	m = 1.758 f = 2.247	Bajo peso: 0,3 Peso normal: 76,95 Sobrepeso: 16,6 Obesidad: 6,2	Versión de cinco reactivos de la subescala "Body Image Dissatisfaction" del "Body Image and Body Change Inventory" (Ricciardelli & McCabe, 2002)	Alfa Cronbach global fue de 0,86	Puntuación varió de 1 a 5. La puntuación total se obtiene del promedio de las respuestas de los cinco reactivos				m: 1,42 f: 1,66	Las niñas tenían más IMCO que los niños dentro de la misma cultura, con las excepciones de los participantes de Indi-Fiji y Malasia. El nivel de IMCO fue bajo. Se observó variabilidad en las puntuaciones de la IMCO, dentro y en todos los grupos
Anschutz (2011), Alemania (32)	9-12	n = 60	Sobrepeso: 18,3 Obesidad: 1,7	"The Children Figure Rating Scale" (Tiggemann & Wilson-Barret, 1998)	Validez en niños y test retest adecuado	Las diferencias absolutas entre las figuras corporales ideales y las percibidas se utilizaron como medida de IMCO. El IMCO se midió después de la exposición al ideal delgado, telenovela y videoclip neutral				0,69 (DE 1,05) 4to grado: 0,44 (DE 0,93) 5to grado: 0,71 (DE 1,0) 6to grado: 0,92 (DE 1,2) después del videoclip de delgados 1,24 (DE 1,4) (p = 0,001)	Las niñas de 6to grado tuvieron niveles más altos de insatisfacción cuando fueron expuestas al video del ideal delgado

(Continúa en la página siguiente)



**Tabla I (Cont.). Estudios incluidos, características de los instrumentos para evaluar la IMCO y resultados obtenidos**

Autor/es, (año), país (referencia)	Edad (años) Media o rango	n	Estado de peso	Método/escala de BP/BD	Validación/ confiabilidad	Descripción de la escala de la IMCO	Subestimación (%)	Sobrestimación (%)	Frecuencia de la IMCO %	Media del score de IMCO	Asociaciones
Iannotti RJ (2013), EUA (33)	11-16	n = 9,206	Bajo peso: m: 4,3, f: 3,2 Peso normal: m: 61,9 f: 69,0 Sobrepeso: m: 18,3, f: 16 Obesidad: m: 15,4, f: 12	Cinco reactivos de la subescala de "the body image" del "Body Investment Scale" (Orbach & Mikulincer, 1998)		Insatisfacción corporal fue evaluada en una escala de 5 puntos. Una puntuación más alta indica una mayor IMCO				2,2 m: 1,9 f: 2,45 Modelo saludable: m: 1,9 f: 2,37 Poco saludable: m: 1,87 f: 2,39 Modelo típico: m: 2,00 f: 2,53	Mayor IMCO en mujeres. El grupo típico reportó mayores niveles de IMCO
Finne E (2011), Alemania (34)	11-17	n = 6.813	% grasa corporal: m: 19,39 (SE 0,2) f: 26,26 (SE 0,18)	"Entrevistas de Salud y Encuesta Alemana" (KIGGS), preguntas relacionadas con la imagen corporal: si se consideraban "demasiado delgados", "un poco delgados", "exactamente en el peso", "un poco gordos" o "demasiado gordos"		La insatisfacción corporal se clasificó como "demasiado delgado", "un poco delgado", "exactamente en el peso", "un poco gordos" o "demasiado gordos"			Demasiado delgados: m: 3,1 f: 1,7 Un poco delgados: m: 17,1 f: 7,2 Peso normal: m: 44,5 f: 36,4 Un poco gordos: m: 30,6 f: 44,5 Demasiado gordos: m: 4,7 f: 10,1 (p < 0,001)	Asociación independiente de IMCO con menores niveles de actividad física. Los niños tenían mayor IMCO por ser delgados y las niñas por mayor peso	

IMCO: insatisfacción de la imagen corporal; IMCI: índice de masa corporal ideal; m: masculino; f: femenino; PC: percepción corporal; DE: desviación estándar.

## DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión indican que en niños y adolescentes de 5 a 19 años se han utilizado una gran variedad de métodos para evaluación de la IMCO, y que tanto la subestimación de la imagen corporal como la IMCO son consistentes. En segundo lugar, se ha observado que en la mayoría de los estudios hay una asociación positiva entre el IMC y la IMCO, que la IMCO aumenta con la edad y es más frecuente en las mujeres que en los hombres. En el caso de los hombres se ha reportado la IMCO como resultado de bajo peso. Además, en los 3 estudios que reportan la frecuencia de IMCO, se observó que en los niños con obesidad la IMCO osciló de 44% a 61% y por bajo peso de 6% a 36%; estas frecuencias indican un estado de alarma por la alta frecuencia de IMCO y sus implicaciones en este grupo de edad, lo que permite subrayar la necesidad de mediciones más homogéneas y medidas de prevención de la IMCO.

La variedad de métodos utilizados dificulta comparaciones sobre la situación actual y las tendencias entre grupos de edad, regiones de un país y entre países, lo que complica la valoración de la situación real y de la efectividad de las medidas para prevenir la IMCO y sus consecuencias.

En esta revisión se observó que la mayor frecuencia de la IMCO se presenta en las niñas (11,22,23,25,26,28,31) y aumenta con la edad (1,25,29), lo que podría indicar que la presión ejercida por diferentes los entornos, entre los que se incluyen la familia, los padres, las compañeras, los anuncios de la televisión, las modas, el cine, etc., es mayor en las mujeres que en los hombres (1,22,29,31), incluso a temprana edad, aunque aumenta al llegar a la adolescencia. Esos resultados podrían explicar el aumento en la frecuencia de la anorexia nerviosa, bulimia y atracones en las mujeres más que en los hombres (27,35,36) y la alta demanda para la reducción del peso. Debido a esto, entre otras implicaciones indirectas de los resultados de esta revisión, podrían estar la reducción en la calidad de vida, el aumento en los riesgos de bulimia, la anorexia nerviosa, los atracones, los sentimientos de culpa y la obesidad. Algunos autores sugieren que la IMCO puede ser un síntoma para identificar algún problema o trastorno futuro, como anorexia, bulimia, trastorno por atracón, entre otros (37). Además, la IMCO debido a exceso de peso, también puede provocar ansiedad, baja autoestima y episodios de depresión.

También es importante destacar que niños y adolescentes presentaron IMCO en menores puntajes que las niñas (22-27,29-31), lo que sugiere que los entornos también están afectando la satisfacción de la imagen corporal de los varones (38,39). Esta IMCO puede ser de dos tipos: la de quienes desean una imagen corporal mayor, que indique fuerza y musculatura, y las que desean una imagen más delgada (39). En la presente revisión los puntajes de IMCO en jóvenes por bajo peso fueron bajos, a excepción de un estudio (34), mientras que en otro estudio (22) se presentó un mayor puntaje de IMCO en los niños con obesidad.

En la revisión sistemática realizada por Rees y cols. (40), también se observa que a una imagen de mayor tamaño le atribuyeron características negativas.

Las implicaciones que tienen estos resultados sobre la salud pueden ser de relevancia. En los medios de comunicación, algunos gobiernos y académicos destacan la necesidad de que la reducción de la obesidad puede realizarse solamente con cambios de estilos de vida, lo que implica que quien tiene exceso de peso no tiene un estilo de vida saludable y es negligente. Sin embargo, las evidencias de programas de prevención e intervención en niños y adolescentes no demuestran qué reducciones de peso son consistentes ni significativas para la reducción del sobrepeso y la obesidad (41).

Se recomienda, para reducir la IMCO, la moderación sobre los mensajes de los gobiernos, medios de comunicación y académicos en relación a la obesidad y resaltar la necesidad de cambios de múltiples entornos para disminuir la obesidad. Centrarse en la voluntad individual o en un peso ideal inalcanzable para ciertos grupos vulnerables, debido a factores genéticos, pre y posnatales y ambientales, puede ocasionar daños no deseables. La discriminación por el peso o la imagen corporal ignora el origen multifactorial de la obesidad en algunos programas de prevención y tratamiento. Se sugieren estudios que evalúen el efecto a largo plazo de la IMCO sobre la salud y el desarrollo social.

Entre las limitaciones de esta revisión está la gran variedad de métodos y escalas utilizadas. Sin embargo, se observa de manera consistente una mayor IMCO con el aumento de IMC. Además, en algunos estudios no se valora la exactitud de la percepción del tamaño corporal. Otra limitación importante es la falta de estudios en diversos países y en poblaciones de diferentes etnias, culturas, nivel de educación y socioeconómico.

Dentro de las fortalezas de la revisión se puede indicar que la mayoría de estudios incluía a muestras grandes que permiten generalizar los resultados a los grupos de edad estudiados, y a que se revisaron estudios realizados en los últimos cinco años.

En conclusión, a pesar de que se encontró gran variedad de métodos para evaluar la IMCO, se observó una mayor IMCO con el aumento del IMC. Se puede observar que la IMCO se presenta desde los cinco años, es más frecuente en las mujeres y aumenta con la edad en niños y adolescentes. Se recomienda homogeneizar criterios de evaluación de la IMCO para poder hacer comparaciones internacionales y regionales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Pallan MJ, Hiam LC, Duda JL, Adab P. Body image, body dissatisfaction and weight status in South Asian children: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011;11:21.
- Tremblay L, Lovsin T, Zecevic C, Larivière M. Perceptions of self in 3-5-year-old children: A preliminary investigation into the early emergence of body dissatisfaction. *Body Image* 2011;8:287-92.
- Baile JI. ¿Qué es la imagen corporal? *Rev. Humanidades "Cuadernos del Marqués San Adrián."* 2003;2:1-17.
- Coelho EM, Padez C, Moreira P, Rosado V, Mourão-Carvalho I. BMI and self-perceived body shape in Portuguese children. *Rev Psicol del Deport* 2013;22:371-6.
- Contreras OR, Gil-Madrona P, Garcia Lopez LM, Fernández-Bustos JG, Pastor-Vicedo JC. Incidencia de un programa de Educación Física en la percepción de la propia imagen corporal. *Rev Educ* 2012;357:281-303.
- Ogden J. *The Psychology of Eating*. 2nd ed. John Wiley & Sons; 2011.
- Dohnt H, Tiggemann M. The contribution of peer and media influences to the development of body satisfaction and self-esteem in young girls: a prospective study. *Dev Psychol* 2006;42:929-36.

8. Hargreaves D, Tiggemann M. Idealized media images and adolescent body image: "Comparing" boys and girls. *Body Image* 2004;1:351-61.
9. McCabe M, Ricciardelli L, Karantzas G. Impact of a healthy body image program among adolescent boys on body image, negative affect, and body change strategies. *Body Image* 2010;7:117-23.
10. Wildes JE, Emery RE, Simons AD. The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2001;21:521-51.
11. Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H, McCabe M, Mussap A, Mellor D, Ricciardelli L. An Evaluation of Equivalence in Body Dissatisfaction Measurement Across Cultures. *J Pers Assess* 2012;94:410-7.
12. Veldhuis J, Konijn EA, Seidell JC. Negotiated media effects. Peer feedback modifies effects of media's thin-body ideal on adolescent girls. *Appetite* 2014;73:172-82.
13. Phares V, Steinberg AR, Thompson JK. Gender differences in peer and parental influences: Body image disturbance, self-worth, and psychological functioning in preadolescent children. *J Youth Adolesc* 2004;33:421-9.
14. Monteiro LA, Novaes JS, Santos ML, Fernandes HM. Body dissatisfaction and self-esteem in female students aged 9-15: The Effects of age, family income, body mass index levels and dance practice. *J Hum Kinet* 2014;43:25-32.
15. Banfield SS, McCabe MP. An evaluation of the construct of body image. *Adolescence* 2002;37:372-93.
16. Brown R, Ogden J. Children's eating attitudes and behaviour: A study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Educ Res* 2004;19:261-71.
17. Bhuiyan A, Gustat J, Srinivasan S, Berenson G. Differences in Body Shape Representations among Young Adults from a Biracial (Black-White), Semirural Community. *Am J Epidemiol* 2003;158:792-7.
18. Ricciardelli LA, McCabe MP, Holt KE, Finemore J. A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Appl Dev Psychol* 2003;24:475-95.
19. Kelly C, Molcho M, Nic Gabhainn S. Patterns in weight reduction behaviour by weight status in schoolchildren. *Public Health Nutr* 2009;13:1229-36.
20. Mancilla A, Vazquez R, Mancilla JM, Amaya A, Alvarez G. Body dissatisfaction in children and preadolescents: A systematic review. *Rev Mex Trastor Aliment* 2012;3:62-79.
21. Morano M, Colella D, Capranica L. Body image, perceived and actual physical abilities in normal-weight and overweight boys involved in individual and team sports. *J Sports Sci* 2011;29:355-62.
22. Santana ML, Silva RDC, Assis A, Raich R, Machado ME, de J Pinto E, et al. Factors associated with body image dissatisfaction among adolescents in public schools students in Salvador, Brazil. *Nutr Hosp* 2013;28:747-55.
23. Fortes L, Amaral A, Almeida S, Ferreira M. Effects of psychological, morphological and sociodemographic variables on adolescents' eating behavior. *Rev Paul Pediatr* 2013;31:182-8.
24. Farrow C, Haycraft E, Meyer C. Similarities between eating attitudes among friendship groups in childhood: The moderating role of child anxiety. *J Pediatr Psychol* 2011;36:1144-52.
25. Farrow C, Fox C. Gender differences in the relationships between bullying at school and unhealthy eating and shape-related attitudes and behaviours. *Br J Educ Psychol* 2011;81:409-20.
26. Xanthopoulos MS, Borradaile KE, Hayes S, Sherman S, Veur SVander, Grundy KM, et al. The impact of weight, sex, and race/ethnicity on body dissatisfaction among urban children. *Body Image* 2011;8:385-9.
27. Papp I, Urbán R, Czeglédi E, Babusa B, Túry F. Testing the Tripartite Influence Model of body image and eating disturbance among Hungarian adolescents. *Body Image* 2013;10:232-42.
28. Quested E, Duda JL. Perceived autonomy support, motivation regulations and the self-evaluative tendencies of student dancers. *J Dance Med Sci* 2011;15:3-14.
29. Bully P, Elosua P. Changes in body dissatisfaction relative to gender and age: The modulating character of BMI. *Span J Psychol* 2011;14:313-22.
30. McCabe M, Ricciardelli L, Holt K. Are there different sociocultural influences on body image and body change strategies for overweight adolescent boys and girls? *Eat Behav* 2010;11:156-63.
31. Xu X, Mellor D, Kiehne M, Ricciardelli L, McCabe M, Xu Y. Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image* 2010;7:156-64.
32. Anschutz DJ, Spruijt-Metz D, Van Strien T, Engels R. The direct effect of thin ideal focused adult television on young girls' ideal body figure. *Body Image* 2011;8:26-33.
33. Iannotti RJ, Wang J. Patterns of physical activity, sedentary behavior, and diet in U.S. adolescents. *J Adolesc Health* 2013;53:280-6.
34. Finne E, Bucksch J, Lampert T, Kolip P. Age, puberty, body dissatisfaction, and physical activity decline in adolescents. Results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS) Int. *J Behav Nutr Phys Act* 2011;8:119.
35. Poyastro A, Justo E. Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. *Medicina (B. Aires)* 2006;40:489-96.
36. Salazar Mora Z. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones* 2008;87:67-80.
37. Ricciardelli LA, McCabe MP. Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2001;21:325-44.
38. Jackson T, Chen H. Risk factors for disordered eating during early and middle adolescence: prospective evidence from mainland Chinese boys and girls. *J Abnorm Psychol* 2011;120:454-64.
39. Cafri G, Thompson JK. Measuring Male Body Image: A Review of the Current Methodology. *Psychol Men Masc* 2004;5:18-29.
40. Rees R, Oliver K, Woodman J, Thomas J. The views of young children in the UK about obesity, body size, shape and weight: a systematic review. *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd; 2011;11:188.
41. Pérez-Morales, Bacardí-Gascón, Jiménez-Cruz A. Childhood overweight and obesity prevention interventions among Hispanic Children: Literature Review. *Nutr Hosp* 2012;27(5):1415-21.