

Original/*Obesidad*

# Autopercepción del estado ponderal y la forma física y su relación con el nivel de actividad física realizado, conductas alimentarias y bienestar psicosocial

Inmaculada Ruiz-Prieto<sup>1\*</sup>, Rocío Carbonero-Carreño<sup>2</sup>, Ignacio Jáuregui-Lobera<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Ciencias de la Conducta. Sevilla. <sup>2</sup>Instituto de Enseñanza Secundaria Atenea. Mairena del Aljarafe, Sevilla. <sup>3</sup>Área de Nutrición y Bromatología. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. España.

## Resumen

**Introducción:** La mayoría de los estudios sobre la autopercepción del peso corporal se han llevado a cabo en EE.UU. donde se ha comunicado que 20-40% de las personas con sobrepeso u obesidad subestiman su peso. La percepción de la forma física es una variable poco estudiada pero que se ha sugerido como relevante en la adopción de conductas saludables.

**Objetivos:** Analizar la autopercepción del peso corporal y la forma física en adolescentes valorando la relación entre dichas variables y conductas de control de peso corporal (dieta y actividad física), así como analizar la relación entre la autopercepción del peso corporal y el bienestar psicosocial.

**Métodos:** Un total de 655 alumnos participaron voluntariamente en el estudio durante el que cumplimentaron una serie de cuestionarios además de recogerse peso y talla de dichos participantes.

**Resultados:** Un 41.35% de los jóvenes autopercepcionaron erróneamente su peso y su forma física. La mayoría de participantes que se encontraban en sobrepeso u obesidad no realizaban dieta para tratar de disminuir su peso corporal. Aquellos jóvenes que consideraban su peso como elevado presentaron peor estado psico-emocional.

**Discusión:** El trabajo es novedoso en España, sigue la metodología llevada a cabo en los estudios del mismo tipo a nivel internacional y los resultados son similares a los obtenidos en otras poblaciones.

**Conclusiones:** La autopercepción del peso corporal y la forma física influyen en la adopción de conductas de control del peso corporal, como realización de dieta, y en un menor bienestar psicosocial de los jóvenes.

(Nutr Hosp. 2015;31:203-216)

DOI:10.3305/nh.2015.31.1.8119

Palabras clave: *Auto-percepción del peso corporal; actividad física auto-informada; dieta; sobrepeso; obesidad.*

**Correspondencia:** Inmaculada Ruiz-Prieto.  
Instituto de Ciencias de la Conducta, Calle Fernando IV, 24-26,  
C.P. 41011, Sevilla. España.  
E-mail: Inma.irp@gmail.com

Recibido: 24-IX-2014.  
Aceptado: 28-X-2014.

## WEIGHT MISPERCEPTION AND PHYSICAL FITNESS PERCEPTION IN RELATION TO THE PHYSICAL ACTIVITY LEVEL, DIETARY BEHAVIOUR AND PSYCHOSOCIAL WELL-BEING

### Abstract

**Introduction:** Most of the studies on weight misperception have been carried out in the US where it has been estimated that 20-40% of overweight or obese people underestimate their weight status. The perception of the physical fitness is a little studied variable but suggested as relevant in the adoption of healthy behaviours.

**Objectives:** The aims were to analyze weight misperception and physical fitness perception in adolescents, evaluating the relationship between weight misperception and physical fitness perception and body weight management behaviours (diet and exercise) as well as to analyze the relationship between weight misperception and psychosocial well-being.

**Methods:** A total of 655 students participated voluntarily in the study during which they completed a series of questionnaires. Weight and height of all participants were collected.

**Results:** Many young people misperceived their weight and its physical fitness. The majority of participants who were overweight or obese did not go on diet to manage their body weight. Those who overestimated their weight had the worst psycho-emotional state.

**Discussion:** The work is novel in Spain, it follows the methodology carried out in international studies on the same topic and the results are similar to those obtained in other populations.

**Conclusion:** Weight misperception and physical fitness perception influence the adoption of healthy body weight management behaviors and is related to psychosocial well-being of young people.

(Nutr Hosp. 2015;31:203-216)

DOI:10.3305/nh.2015.31.1.8119

Key words: *Weight misperception; self-reported physical fitness; diet; overweight; obesity.*

## Abreviaturas

- B = Bulimia, subescala del EDI-2  
BAS = Body Attitudes Scale (escala de actitudes sobre el cuerpo)  
BD = Body Dissatisfaction (Insatisfacción Corporal), subescala del EDI-2  
DT = Drive for Thinness (Tendencia a la Delgadez), subescala del EDI-2  
EDI-2 = Eating Disorders Inventory -2 (inventario de los trastornos de la conducta alimentaria 2)  
IMC = Índice de Masa Corporal (kg/m<sup>2</sup>)  
IPAQ = International Physical Activity Questionnaire (cuestionario internacional de actividad física)  
MET = índice metabólico  
OMS = Organización Mundial de la Salud  
SES = Self-esteem scale (escala de autoestima)

## Introducción

La prevalencia de sobrepeso y obesidad infanto-juvenil ha aumentado en los últimos años en la mayoría de países desarrollados así como en aquellos en vías de desarrollo<sup>1-13</sup>. En España, los datos de la Encuesta Nacional de Salud mostraron una prevalencia de sobrepeso infanto-juvenil de 21.57% en 2003, 18.67% en 2006 y 18.26% en 2011-2012 y una prevalencia de obesidad infanto-juvenil de 13.68% en 2003, 14.42% en 2006 y 15.15% en 2011-2012<sup>14,15</sup>. Datos muy similares a los de prevalencia de sobrepeso infantil en EE.UU. (17%), que son los mayores registrados internacionalmente<sup>16</sup>.

El sobrepeso y la obesidad son patologías de etiología multifactorial, resultando de múltiples interacciones entre factores conductuales (alimentación, actividad física), biológicos y ambientales (nivel de ocupación, acceso a comidas, tamaño de raciones de alimento) que, a largo plazo, influyen en el balance energético<sup>17,18</sup>. Estas patologías se asocian a problemas de salud como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico, algunos tipos de cáncer<sup>1,18</sup>, asma, hipertensión, apnea del sueño, resistencia a la insulina o menor tolerancia a la glucosa, perfil lipoproteico aterogénico, alteraciones menstruales, patologías y molestias musculo-esqueléticas que afectan principalmente al tronco inferior, osteoartritis, menor nivel de autoestima, trastornos del humor, ansiedad, distimia, obsesiones, fobia o aislamiento social, insatisfacción corporal y uso/abuso de sustancias. Además, tener sobrepeso u obesidad en la infancia aumenta el riesgo de tener obesidad en la edad adulta, produciéndose un efecto negativo acumulativo del exceso ponderal a lo largo de la vida que provoca consecuencias de salud negativas (descritas anteriormente) y, por tanto, una menor calidad de vida y menor esperanza de vida<sup>1-7,19,20</sup>. El aumento de la adiposidad no solo se relaciona con un aumento en el riesgo de desarrollar patologías si no también con

una menor capacidad para el ejercicio físico y menor frecuencia cardio-respiratoria, disminuyendo así las habilidades para la práctica de actividad física<sup>7,21</sup>. Por todo lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la obesidad como el mayor problema de salud pública mundial fácilmente observable y, además, el más negligente<sup>8,9,19,22</sup>.

Dada la prevalencia de sobrepeso y obesidad infanto-juvenil y sus consecuencias sobre la salud a lo largo de la vida, en las últimas décadas se han llevado a cabo numerosas estrategias de prevención y tratamiento de la sobrecarga ponderal. El ámbito escolar ha sido considerado uno de los mejores promotores de salud infantil, por lo que ha sido el espacio escogido para la mayoría de campañas de prevención<sup>21,22</sup>. Con, aproximadamente, 5 años de edad, los jóvenes presentan un patrón alimentario y de actividad física definido y difícil de modificar, por lo que la prevención en la infancia temprana se ha entendido como la más efectiva<sup>5,21</sup>. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que en la infancia puesto que muchos niños con sobrepeso y obesidad infantil normalizan su peso durante el crecimiento y desarrollo sin necesidad de tratamiento<sup>9</sup> y otros han apuntado que el hecho de que la mayoría de los alumnos se encuentren en normopeso puede disminuir la eficacia de los programas de promoción de salud llevados a cabo en los colegios<sup>22</sup>.

Dieta y ejercicio son los dos componentes básicos en la mayoría de programas de prevención de sobrepeso y obesidad<sup>3,17</sup>, sin embargo, aunque el tratamiento y la prevención del sobrepeso y la obesidad parece fácil en términos de balance energético, el continuo aumento de la prevalencia parece demostrar que no es la solución<sup>10</sup>. A lo largo de los años, se ha recomendado a los niños en las escuelas que reduzcan la ingesta energética y de alimentos hipercalóricos y aumenten el nivel de actividad física, pero no se han dado pautas estructuradas, organizadas, y específicas, lo que, unido a los mensajes publicitarios, lleva a mensajes confusos<sup>7,10</sup>. Por otro lado, no siempre los profesionales aplican las evidencias científicas en la práctica, lo que dificulta la eficacia de las estrategias<sup>10</sup>. Las evidencias sobre la efectividad de las intervenciones en la escuela para la prevención de sobrepeso y obesidad son moderadas, habiendo mostrado más eficacia aquellas intervenciones sobre el aumento de actividad física en el ámbito escolar con intervención familiar o aquellas que promueven conjuntamente actividad física y alimentación en la escuela con intervención comunitaria y familiar. Sin embargo, se necesitan más investigaciones a largo plazo sobre la eficacia de estrategias que incluyan políticas de prevención, cambios ambientales y estrategias de información saludable al consumidor<sup>23</sup>.

Por otro lado, la mayoría de los jóvenes consideran la obesidad como un problema de salud, sin embargo no lo asocian directamente a sus hábitos si no que lo atribuyen fundamentalmente a causas externas (metabolismo, genética, etc.). Además, muchos jóvenes no

consideran los cambios en su estilo de vida como posibles, llevaderos y deseables, lo que supone una baja motivación para el cambio<sup>6</sup>.

La autopercepción del peso se ha estudiado ampliamente en adultos, sugiriéndose que una mala autopercepción del estado ponderal (discordancia entre el estado ponderal real y su percepción) podría perjudicar la adopción de actitudes y conductas saludables. De manera que, aquellas personas que presentando sobrepeso y obesidad subestimaban su peso podrían estar menos motivadas para perder peso y, por tanto, menos predispuestas a adquirir hábitos alimentarios saludables y ser físicamente activos. Además, estas personas serían menos conscientes de su peso, presentarían menor malestar ante episodios de sobreingesta y menor desinhibición comiendo y tendrían una menor adherencia a la dieta<sup>8,11,24,25</sup>. La mayoría de los estudios sobre la autopercepción del peso corporal se han llevado a cabo en EE.UU. donde se ha comprobado que del 20-40% de las personas con sobrepeso u obesidad subestiman su peso. La estigmatización del sobrepeso y la obesidad, descritas por las personas mediante adjetivos calificativos negativos, podría suponer una limitación para que las personas que presentan sobrepeso u obesidad se perciban y definan como tal<sup>11,25,26</sup>. Las mujeres parecen ser más propensas a considerarse con sobrepeso y obesidad, incluso sin estarlo, que los hombres, es decir, sobreestiman su peso con mayor frecuencia que los hombres, lo que se asocia a un mayor riesgo de adoptar conductas inadecuadas de control del peso corporal<sup>8</sup>. Estas conductas inadecuadas de control de peso corporal paradójicamente se asocian a un mayor riesgo de aumento del peso a largo plazo<sup>12</sup>. Por tanto, la autopercepción adecuada del peso corporal es clave para el éxito de las estrategias de prevención puesto que, un programa cognitivo-conductual de prevención no resultará eficaz si la personas con sobrepeso u obesidad no se considera como tal, dada la baja motivación para el cambio<sup>8,12</sup>. Sin embargo, no queda claro cómo la subestimación del sobrepeso y la obesidad podría influir en la conducta de los adolescentes, si bien la mayoría de los que consideran que tienen exceso de peso realizan dieta<sup>11</sup>.

La percepción de la forma física es una variable poco estudiada pero que se ha sugerido como relevante en la adopción de conductas saludables. Además, la percepción de la competencia y habilidad física forman parte del constructo de la autopercepción, influyendo así en la imagen corporal, además de la percepción del peso corporal. Del mismo modo que aquellos adolescentes que presentan sobrecarga ponderal y no se consideran como tal podrían tener dificultades en la adopción de hábitos saludables para el control del peso corporal, aquellos adolescentes con un bajo nivel de actividad física que considerasen que su forma física es adecuada podrían tener una baja motivación para el aumento del nivel de actividad realizado<sup>27,28</sup>.

Los objetivos del presente trabajo fueron: 1) analizar la autopercepción del peso corporal y la forma

física en adolescentes, 2) analizar la relación entre la autopercepción del peso corporal y la forma física y ciertas conductas de control de peso corporal (dieta y actividad física) y 3) analizar la relación entre la autopercepción del peso corporal y el bienestar psicosocial (nivel de autoestima, nivel de apreciación positiva del cuerpo, tendencia a la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal).

## Métodos

### Participantes

Fueron invitados al estudio un total de 928 alumnos de los cuales 59 no entregaron el consentimiento informado debidamente firmado y 214 no fueron incluidos porque rechazaron participar, faltaron a clase el día de la encuesta o fueron excluidos por no haber coherencia entre las respuestas en el cuestionario internacional de actividad física y su actitud en las clases de educación física del colegio. Finalmente, participaron 655 alumnos, 313 mujeres (47.80%) y 342 hombre (52.20%), con edad media de  $16.22 \pm 4.58$  años.

### Instrumentos

#### Autopercepción del estado ponderal

Se valoró mediante la pregunta “Con relación a tu peso ¿cómo consideras que es tu situación actual?”, siendo las posibles respuestas “muy por debajo de mi peso”, “ligeramente por debajo de mi peso”, “más o menos en mi peso”, “ligeramente por encima de mi peso”, “muy por encima de mi peso”.

Se consideró como subestimación aquellos participantes que estando en normopeso se consideraron como “ligeramente por debajo de mi peso” o “muy por debajo de mi peso” y aquellos que teniendo sobrepeso-obesidad se consideraron como “muy por debajo de mi peso”, “ligeramente por debajo de mi peso” o “más o menos en mi peso”. Se consideró como sobreestimación aquellos participantes que, estando en bajo peso se consideraron como “más o menos en mi peso”, “ligeramente por encima de mi peso” o “muy por encima de mi peso” y aquellos que estando en normopeso se consideraron como “ligeramente por encima de mi peso” o “muy por encima de mi peso”. Se consideró como adecuada percepción aquellos que estando en bajo peso se consideraron como “ligeramente por debajo de mi peso” o “muy por debajo de mi peso”, aquellos que estando en normopeso se consideraron como “más o menos en mi peso” y aquellos que estando en sobrepeso-obesidad se consideraron como “ligeramente por encima de mi peso”, “muy por encima de mi peso”.

## Autopercepción de la forma física

A los participantes se les preguntó “Con relación a tu forma física, ¿cómo consideras que es tu situación actual?”, siendo las posibles respuestas “Mala”, “Regular”, “Normal”, “Buena”, “Excelente”.

Se consideró como adecuada percepción aquellos participantes que realizando un nivel de actividad física moderado o elevado consideraron su forma física como “normal”, “buena” o “excelente” y aquellos que realizando un nivel de actividad física bajo consideraron su forma física como “mala” o “regular”. Se consideró como subestimación aquellos que realizando un nivel de actividad física moderado-elevado, consideraron su forma física como “regular” o “mala” y como sobreestimación aquellos que realizando un nivel de actividad física bajo consideraron su forma física como “normal”, “buena” o “excelente”.

## Realización de dieta

Se recogió si los participantes estaban haciendo dieta en el momento de la encuesta (sí/no), los motivos que le habían llevado a realizar dieta (razones estéticas, salud, excluyendo la pérdida de peso, o pérdida de peso exclusivamente), el origen de la dieta (prescrita o auto-impuesta) y si tenían intención de realizar dieta en un futuro (sí/no) o si pensaban que la harían por razones estéticas previo a una situación concreta (celebración, fiestas locales, verano, etc.).

## Índice de Masa Corporal (IMC)

Se calculó mediante la relación de peso (kg) dividido por la altura al cuadrado ( $m^2$ ) y se recogió tanto el IMC auto-informado como el objetivo. Para el IMC objetivo se utilizó un bioimpedanciómetro tetrapolar con 50KHz de frecuencia y 500  $\mu A$  (TANITA TBF-410®) con 0.1kg de precisión y capacidad de 0-200kg y un tallímetro de precisión milimétrica con capacidad de 60-200cm (SECA 220®). Se solicitó a los participantes llevar ropa ligera (camiseta de mangas cortas y pantalón corto) el día de las medidas a fin de minimizar el error por la ropa. Se descontó 1kg de peso por la ropa a cada individuo. Las medidas de peso y talla se realizaron con el individuo descalzo en posición estándar.

## Cuestionario Internacional de Actividad Física (versión corta)- IPAQ-

Se empleó el cuestionario internacional sobre actividad física que recoge el tiempo empleado en actividades como andar, de moderada-vigorosa intensidad, de intensidad vigorosa y en actividades sedentarias. Las propiedades psicométricas del cuestionario en versión

corta son 0.65 fiabilidad y adecuada validez con adecuada coherencia frente a la forma extensa ( $r = 0.67$ , 95% IC: 0.64-0.70).

Una vez analizados los resultados del cuestionario los profesores de educación física de los centros se encargaron de excluir aquellos cuyas respuestas no coincidían con la actitud en las clases de educación física.

## Escala de autoestima de Rosenberg- SES-

La escala comprende 10 ítems con respuesta tipo Likert. Cuanto más alta sea la puntuación mayor nivel de autoestima presenta el informante. La versión española ha mostrado adecuadas consistencia interna (coeficiente de Cronbach = 0.87), fiabilidad test-retest ( $r = 0.72$ ) y validez.

## Escala de apreciación corporal- BAS-

Instrumento de 13 ítems para analizar los aspectos positivos sobre la imagen corporal. La versión española presenta una adecuada consistencia interna (coeficiente de Cronbach = 0.91).

## Inventario de trastornos alimentarios-2- EDI-2-

Inventario que contiene 11 subescalas relacionadas con la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria. En el presente trabajo se analizaron las escalas específicas de insatisfacción corporal (BD), bulimia (B) y tendencia a la delgadez (DT), que evalúan la insatisfacción con la forma corporal o la figura (presente en muchos jóvenes), episodios de sobreingesta y exagerada preocupación por el peso y miedo a ganarlo, respectivamente. El resto de escalas no se analizaron puesto que el objeto del trabajo no fue evaluar presencia de trastornos de la conducta alimentaria sino la autopercepción del peso y la forma física en relación al bienestar. La consistencia interna de estas subescalas está entre 0.65-0.93 y la fiabilidad test-retest entre 0.41-0.97.

## Diseño y procedimiento

Los participantes en el estudio se escogieron mediante muestreo no probabilístico intencional y quedó invitado a participar todo el alumnado de dos centros de educación secundaria obligatoria de Sevilla (uno público y uno privado), a fin de que quedasen representados todos los estratos socio-económicos.

Dado que la época de exámenes es considerado un periodo de elevado estrés para el alumnado y que el estrés puede influir en la autopercepción de algunos indicadores de salud de las personas, el trabajo se realizó en la semana previa a las vacaciones de Navidad

y la semana tras las vacaciones, no coincidiendo en ninguno de los casos con periodos de exámenes o evaluación.

Cuatro dietistas-nutricionistas adecuadamente entrenadas en antropometría para estudios epidemiológicos fueron las responsables de obtener las medidas antropométricas del alumnado y una psicóloga, una dietista-nutricionista y el tutor del aula fueron los responsables de supervisar la cumplimentación de los cuestionarios por parte de los participantes.

Los cuestionarios se cumplimentaron de forma colectiva en un aula que reunía las características óptimas de luz, espacio y sonido para la cumplimentación de cuestionarios. Las medidas antropométricas se recogieron de manera individual en una habitación con adecuadas características de intimidad, luz y temperatura.

Tras la evaluación de los datos se proporcionó a los centros un documento con los resultados generales a fin de informar a los participantes acerca de la importancia de la autopercepción en la salud.

#### *Normas éticas*

El protocolo del trabajo fue aprobado por el director del Instituto de Ciencias de la Conducta de Sevilla tras haber sido aprobado en primer lugar, por los Directores de los centros escolares participantes y, en segundo lugar, sometido a votación en el consejo escolar por parte del profesorado.

El protocolo del trabajo se realizó en cumplimiento de las normas éticas del Comité de Investigación correspondiente a la Declaración de Helsinki y tras obtener los correspondientes consentimientos informados firmados por los padres o tutores legales del alumnado (en el caso de los menores) y de los participantes en caso de ser mayores de edad. En todos los casos la participación fue voluntaria sin compensación alguna por dicha participación.

#### *Análisis estadísticos*

Todos los datos fueron tratados de manera anónima para su evaluación. Se realizaron análisis descriptivos para las valorar características de la muestra. Las diferencias entre variables categóricas se analizaron mediante análisis de proporciones (Chi-cuadrado). Las diferencias entre las distintas variables se analizaron mediante análisis de varianza (ANOVA), tras haber analizado la normalidad en la distribución de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Para todos los análisis se estableció el nivel de significación estadística como  $p < 0.05$ . Los análisis se realizaron mediante el paquete informático de análisis estadísticos SPSS v20 para MAC (IBM-España, Madrid, España).

## **Resultados**

El estado ponderal de los participantes se clasificó según criterios de la OMS en bajo peso (IMC  $< 18.5$  o  $P < 5$ ), normopeso (IMC =  $18.5-24.9$  o  $P = 5-84.9$ ) y exceso de peso (IMC  $> 25$  o  $P > 85$ )<sup>34</sup>. La mayoría de los participantes se encontraban en normopeso (N = 403; 61.50%), 152 en bajo peso (23.20%) y 100 en exceso ponderal (sobrepeso y obesidad 15.30%).

El nivel de actividad física se clasificó según los criterios de evaluación del cuestionario internacional de actividad física en bajo, moderado y alto, resultando que 188 presentaron un nivel de actividad física bajo (28.70%), 386 moderado (58.93%) y 81 elevado (12.36%).

#### *Autopercepción del estado ponderal y de la forma física*

El IMC auto-informado correlacionó significativamente con el IMC objetivo, obtenido a partir de las mediciones de talla y peso ( $r = 0,83$ ;  $p < 0.01$ ).

No hubo diferencias de género en cuanto a la autopercepción del estado ponderal de los participantes y sí en cuanto a la relación del estado ponderal real con la autopercepción del mismo ( $\chi^2 = 241.55$ ;  $p < 0.001$ ). De aquellos que presentaban sobrepeso u obesidad, 30.30% se percibían como “muy por encima de mi peso” y 44.40% como “ligeramente por encima de mi peso”, es decir 74.70% de los participantes con sobrecarga ponderal percibía su situación adecuadamente, mientras que el 25.30% no percibían su estado de sobrepeso-obesidad (23.30% se percibía como “más o menos en mi peso” y 2.00% como “ligeramente por debajo de mi peso”) (ver figura 1). Es decir, 33.85% de los participantes sobreestimaban su peso mientras que sólo 7.5% lo subestimaban (ver tabla 1). La mayoría de los participantes que percibían su estado ponderal como normal estando en sobrepeso u obesidad eran hombres (78.30%;  $\chi^2 = 6.52$ ;  $p < 0.01$ ), sin embargo, la mayoría de los que presentando un estado ponderal normal consideraban que estaban en sobrepeso u obesidad eran mujeres ( $\chi^2 = 9.85$ ;  $p < 0.01$ ).

En cuanto a la autopercepción de la forma física con relación al nivel de actividad, sólo el 38.80% de los participantes que tenían un nivel de actividad física bajo percibían su forma física como mala (7.60%) o regular (31.20%). La mayoría percibía que su forma física era normal (32.60%), buena (23.60%) o excelente (4.90%) (figura 2). El porcentaje de mujeres que consideraban su forma física como mala-regular fue 36.90%, mientras que 24.30% consideraron su forma física como buena-excelente. En el caso de los hombres, 20% consideró su forma física como mala-regular y 43.40% como buena-excelente, existiendo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género ( $\chi^2 = 38.51$ ;  $p < 0.001$ ).

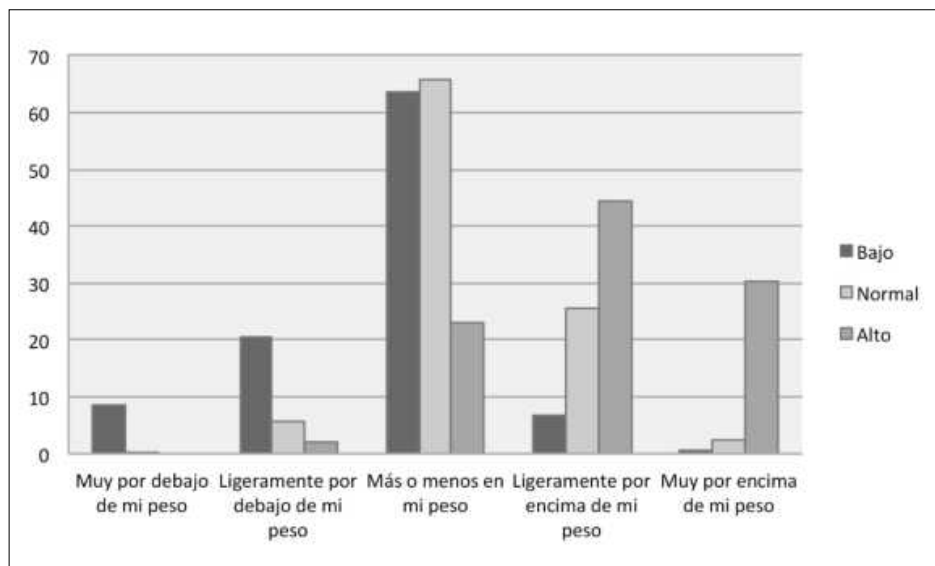


Fig. 1.—Percepción del estado ponderal en relación al IMC ( $\chi^2 = 241.55$ ;  $p < 0.001$ )

**Tabla I**  
Autopercepción del peso corporal de los participantes en relación al IMC real (% del total de cada grupo)

IMC real/ Autopercepción del peso	Subestimación	Autopercepción adecuada	Sobreestimación
Bajo	0.00%	29.00%	71.00%
Normal	5.90%	65.90%	28.20%
Alto	25.30%	74.70%	0.00%
Total (% total de participantes)	7.50%	58.65%	33.85%

$\chi^2 = 241.55$ ;  $p < 0.001$

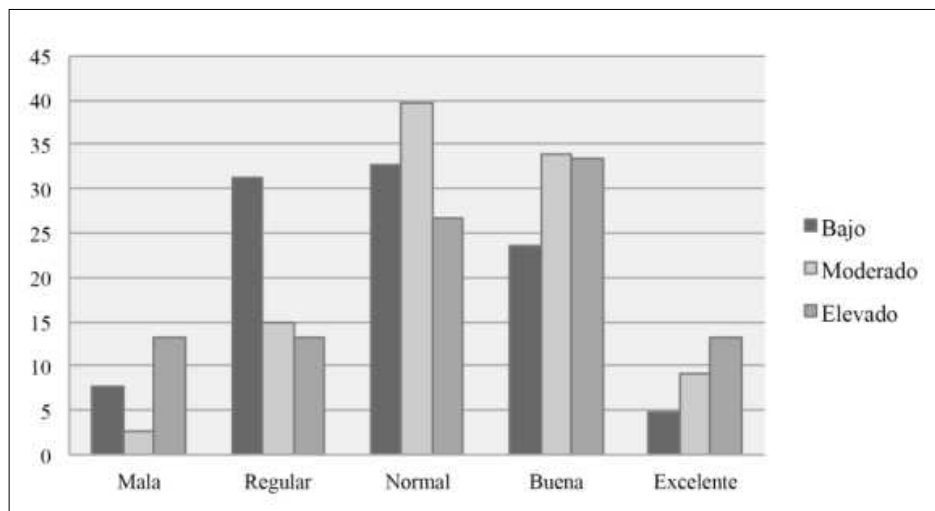


Fig. 2.—Percepción de la forma física en relación al nivel de actividad ( $\chi^2 = 241.55$ ;  $p < 0.001$ )

### Realización de dieta

De todos los participantes, el 29.30% estaba realizando alguna dieta en el momento de la entrevista, mientras que el 58.80% se planteaba hacerla en el futuro y el 71.60% se había planteado hacer dieta por razón estética temporal (celebración tipo boda, fiestas locales, verano, etc.).

Relacionando la realización actual de dieta con el IMC (objetivo), se obtuvo que el 70.70% de los participantes que se encontraban en sobrepeso u obesidad no estaban realizando dieta en el momento del estudio (figura 3).

El análisis de la autopercepción del peso en aquellos participantes que se encontraban en sobrepeso u obesidad y realizaban dieta en el momento de la entrevista reveló que, aunque el 34.60% y 42.30% de ellos percibía su peso como “muy por encima” o “ligeramente por encima”, respectivamente, 19.20% percibían su peso como “adecuado” y 3.80% como “ligeramente por debajo” (figura 4).

La mayoría de los participantes que, encontrándose en sobrepeso u obesidad, se planteaban hacer dieta en un futuro, percibían su peso como “ligeramente por encima” (55%) o “muy por encima” (40%). (Figura 5).

La mayoría de los participantes que estaban haciendo dieta en el momento de la entrevista (60.70%) eran mujeres ( $\chi^2 = 8.63$ ;  $p < 0.01$ ) y también las que se planteaban realizarla por razón estética temporal (62.40%;  $\chi^2 = 38.72$ ;  $p < 0.001$ ).

### Bienestar psicosocial

El nivel medio de autoestima de los participantes en el estudio fue elevado ( $32.66 \pm 5.14$ ), sin embargo disminuía a medida que percibían un mayor peso ( $F = 3.42$ ;  $p < 0.01$ ) o una peor forma física ( $F = 5.24$ ;  $p < 0.001$ ). El nivel de apreciación positiva del cuerpo fue medio-alto ( $50.23 \pm 9.37$ ), aunque en ello influía

negativamente la autopercepción del peso ( $F = 11.77$ ;  $p < 0.001$ ) y de la forma física ( $F = 18.71$ ;  $p < 0.001$ ). Las puntuaciones en las subescalas DT ( $4.30 \pm 5.20$ ), B ( $1.28 \pm 2.40$ ) y BD ( $4.45 \pm 5.67$ ) eran bajas, aunque se encontraron algunas diferencias estadísticamente significativas respecto de la autopercepción del peso ( $F = 10.52$ ;  $p < 0.001$  en DT y  $F = 354.56$ ;  $p < 0.001$  en BD) y de la forma física ( $F = 12.67$ ;  $p < 0.001$  en DT,  $F = 7.54$ ;  $p < 0.001$  en B y  $F = 18.32$ ;  $p < 0.001$  en BD). La mayoría de los participantes presentó un nivel de actividad física moderado ( $480.99 \pm 476.00$  MET·minuto/día – MET = índice metabólico, definido como la cantidad de calor emitido por metro cuadrado de piel-), en el que no influía la percepción del peso pero sí de la forma física ( $F = 5.63$ ;  $p < 0.001$ ). El tiempo dedicado a diariamente a actividades sedentarias fue moderado, teniendo en cuenta el horario escolar ( $388.16 \pm 208.54$  minutos al día) y no tuvo relación con la autopercepción de la forma física.

Específicamente, aquellos participantes que percibieron su peso como adecuado presentaron un nivel de autoestima significativamente más alto que aquellos que percibieron su peso como muy por encima ( $-3.18$ ;  $p < 0.05$ ). En cuanto a la puntuación en el cuestionario de apreciación corporal, aquellos participantes que consideraron su peso como muy por debajo de su peso ( $9.21$ ;  $p < 0.01$ ;  $10.70$ ;  $p < 0.01$ ), ligeramente por debajo de su peso ( $9.27$ ;  $p < 0.001$ ;  $10.77$ ;  $p < 0.001$ ) o más o menos en su peso ( $8.18$ ;  $p < 0.001$ ;  $9.67$ ;  $p < 0.001$ ) mostraron una mayor apreciación positiva que aquellos que lo consideraron ligeramente por encima o muy por encima. Mostraron una menor tendencia a adelgazar (que refleja una excesiva preocupación por el peso) aquellos participantes que se percibieron muy por debajo de su peso en comparación con los que se consideraron ligeramente ( $-4.60$ ;  $p < 0.05$ ) o muy por encima ( $-6.66$ ;  $p < 0.01$ ), aquellos que consideraron que estaban ligeramente por debajo respecto a los que se consideraron ligeramente ( $-6.23$ ;  $p < 0.001$ ) o muy

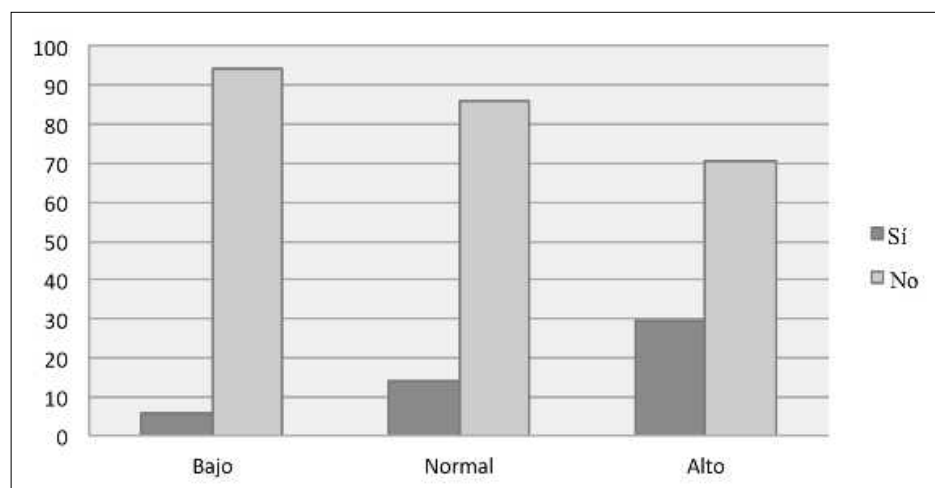


Fig. 3.—Realización de dieta en relación al IMC ( $\chi^2 = 25.11$ ;  $p < 0.001$ )

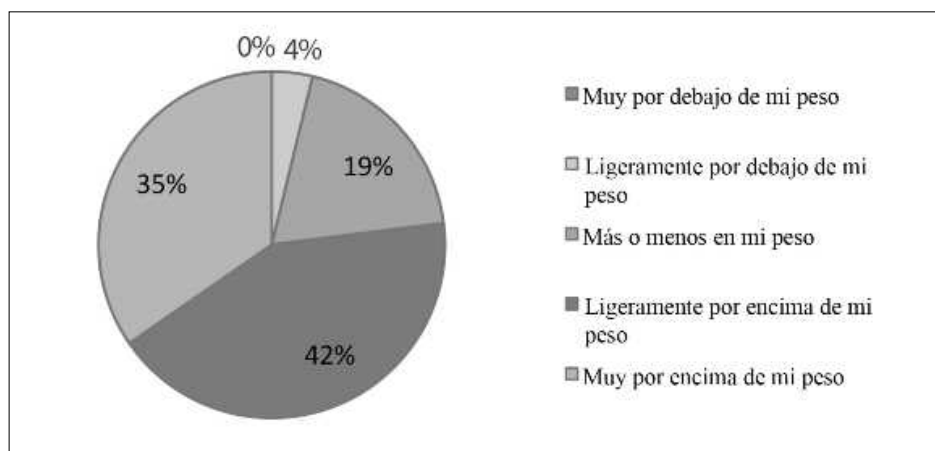


Fig. 4.—Percepción del peso en aquellos participantes que presentan sobrepeso u obesidad y realizan dieta ( $\chi^2 = 50.35$ ;  $p < 0.001$ )

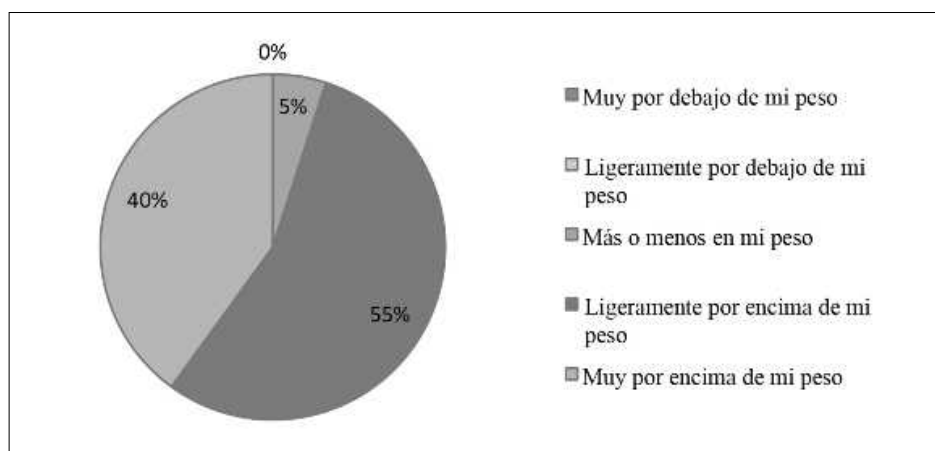


Fig. 5.—Percepción del peso en aquellos participantes que presentan sobrepeso u obesidad y se plantean realizar dieta en un futuro ( $\chi^2 = 153.22$ ;  $p < 0.001$ )

por encima (-8.29;  $p < 0.001$ ) y los que consideraron que estaban en su peso frente a los que consideraron que estaban ligeramente (-3.82;  $p < 0.001$ ) o muy por encima (-5.87;  $p < 0.001$ ). Presentaron una mayor puntuación en BD los que consideraron su peso muy por encima frente a los que lo consideraron muy por debajo (-7.83;  $p < 0.001$ ), los que lo consideraron ligeramente (-5.49;  $p < 0.001$ ) o muy por encima (-10.84;  $p < 0.001$ ) frente a los que lo consideraron ligeramente por debajo y los que lo consideraron ligeramente (-4.96;  $p < 0.001$ ) o muy por encima (-10.31;  $p < 0.001$ ) en comparación con los que se consideraron en su peso (tabla 2).

El IMC objetivo influía significativamente en la subescala BD del EDI-2 ( $F = 3.98$ ;  $p < 0.05$ ) pero no influía significativamente en las respuestas en el resto de variables analizadas. Mientras que la autopercepción del peso influía negativamente en el nivel de autoestima ( $F = 3.42$ ;  $p < 0.01$ ), apreciación positiva del cuerpo ( $F = 11.77$ ;  $p < 0.001$ ), DT ( $F = 10.52$ ;  $p < 0.001$ ), B ( $F = 2.66$ ;  $p < 0.05$ ) y BD ( $F = 15.28$ ;  $p < 0.001$ ), no influyendo en el nivel de actividad física ( $p > 0.05$ ). Sin embargo, la autopercepción del peso en relación al IMC objetivo no mostró influencias signifi-

cativas en las puntuaciones del resto de cuestionarios.

No obstante, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de IMC (bajo peso, normal, alto). Aquellos con mayor IMC objetivo presentaban menores puntuaciones en el cuestionario de apreciación positiva del cuerpo respecto a los que presentaron IMC real bajo (-8.29;  $p < 0.001$ ) o normal (-5.00;  $p < 0.001$ ). Además, puntuaban más alto en las subescalas DT (lo que implica preocupación excesiva por el peso) y BD que los participantes con IMC normal (2.42;  $p < 0.01$  y 4.99;  $p < 0.001$ , respectivamente) o bajo (5.14;  $p < 0.001$ ; 6.27;  $p < 0.001$ , respectivamente).

En cuanto a la percepción de la forma física, aquellos que percibieron su forma física como regular realizaban menos tiempo de actividad física moderada-vigorosa que aquellos que percibieron su forma física como buena (-212.09;  $p < 0.05$ ) o excelente (-494.04;  $p < 0.001$ ), presentaron mayor puntuación DT que aquellos que percibieron su forma física como normal (3.38;  $p < 0.001$ ), buena (3.37;  $p < 0.001$ ) o excelente (5.02;  $p < 0.001$ ), menos puntuación en la subescala de B que los que percibieron su forma física como mala (-2.77;  $p < 0.01$ ), mayor BD que los que consideraron



**Tabla II**  
Puntuaciones medias en cada variable según la percepción del peso corporal y diferencias entre grupos

Puntuación instrumentos/ Percepción peso	Muy por debajo de mi peso (a)	Ligeramente por debajo de mi peso (b)	Más o menos en mi peso (c)	Ligeramente por encima de mi peso (d)	Muy por encima de mi peso (e)
Puntuación SES	32.92±5.2	33.74±4.2	33.18±4.9 <sup>c*</sup>	31.58±5.2	30.00±5.8 <sup>c*</sup>
Puntuación BAS	53.58±6.24 <sup>d**,c**</sup>	53.65±8.12 <sup>d**,c**</sup>	52.55±7.67 <sup>d**,c**</sup>	44.37±10.11 <sup>a**,b**,c**</sup>	42.88±11.57 <sup>a**,b**,c**</sup>
Puntuación TD-EDI 2	2.50±3.85 <sup>d*,c**</sup>	0.87±1.41 <sup>d**,c**</sup>	3.29±4.39 <sup>d**,c**</sup>	7.10±5.83 <sup>a**,b**,c**</sup>	9.16±6.32 <sup>a**,b**,c**</sup>
Puntuación B-EDI 2	2.83±3.61	1.26±2.39	1.11±2.14	1.33±2.70	2.12±2.82
Puntuación IC-EDI 2	5.17±5.47 <sup>c**</sup>	2.16±2.93 <sup>d**,c**</sup>	2.69±3.84 <sup>d**,c**</sup>	7.65±6.50 <sup>b**,c**,c**</sup>	13.00±5.67 <sup>a**,b**,c**,d**</sup>
Puntuación IPAQ	554.20 ± 452.86	428.58 ± 326.70	472.79 ± 428.15	516.72 ± 556.38	456.67 ± 741.66

<sup>a</sup>Diferencias con los que percibieron su peso muy por debajo de su peso; <sup>b</sup>Diferencias con los que percibieron su peso ligeramente por debajo de su peso; <sup>c</sup>Diferencias con los que percibieron su peso más o menos en su peso; <sup>d</sup>Diferencias con los que percibieron su peso ligeramente por encima de su peso; <sup>e</sup>Diferencias con los que percibieron su peso muy por encima de su peso  
\* p < 0.05; \*\* p < 0.01

su forma física como normal (3.16;  $p < 0.001$ ), buena (4.21;  $p < 0.001$ ) o excelente (5.18;  $p < 0.001$ ) y menos que los que la consideraron mala (-4.77;  $p < 0.01$ ), menor apreciación positiva del cuerpo que los que consideraron su forma física como normal (-6.23;  $p < 0.001$ ), buena (-7.51;  $p < 0.001$ ) o excelente (-10.74;  $p < 0.001$ ) y menor nivel de autoestima que aquellos que percibieron su forma física como buena (-2.70;  $p < 0.01$ ) o excelente (-3.83;  $p < 0.01$ ). Los que percibieron su forma física como normal realizaron un menor tiempo de actividad física que los que la consideraron excelente (-343.36;  $p < 0.01$ ), presentaron menor DT que aquellos que percibieron su forma física como mala (-5.45;  $p < 0.001$ ) o regular (-3.38;  $p < 0.001$ ), menor puntuación en la subescala de B que los que percibieron su forma física como mala (-2.77;  $p < 0.001$ ) o excelente (-1.45;  $p < 0.05$ ), menor BD que los que la percibieron como mala (-7.93;  $p < 0.001$ ) o regular (-3.16;  $p < 0.001$ ) y mayor apreciación positiva del cuerpo que los que consideraron su forma física como mala (12.20;  $p < 0.001$ ) o regular (6.23;  $p < 0.001$ ). Aquellos que percibieron su forma física como buena realizaban más actividad física que los que la percibieron como regular (212.09;  $p < 0.05$ ) y los que se percibieron con una forma física excelente realizaban más actividad física que los que la consideraron regular (494.04;  $p < 0.001$ ) o normal (343.36;  $p < 0.01$ ). Percibir la forma física como buena supuso menor tendencia a adelgazar en comparación con los que percibieron su forma física como mala (-5.44;  $p <$

0.001) o regular (-3.37;  $p < 0.001$ ), puntuaron menos en la subescala de B que los que consideraron su forma física como mala (-2.76;  $p < 0.001$ ) y tuvieron menor puntuación en BD que los que percibieron su forma física como mala (-8.98;  $p < 0.001$ ) o regular (-4.21;  $p < 0.001$ ). Aquellos que consideraron tener una forma física excelente presentaron menor BD que los que la consideraron como mala (-9.96;  $p < 0.001$ ), además de los que la percibieron regular (anteriormente indicado). Tanto aquellos que percibieron su forma física como buena, así como las que la consideraron excelente, mostraron una mayor apreciación positiva del cuerpo que los que la consideraron como mala (13.47;  $p < 0.001$  buena vs. mala; 16.71;  $p < 0.001$  excelente vs. mala) y regular (7.51;  $p < 0.001$  buena vs. regular; 10.74;  $p < 0.001$  excelente vs. regular) y ambos presentaron un mayor nivel de autoestima que los que consideraron su forma física como regular (datos indicados anteriormente) (tabla 3).

## Discusión

Un elevado porcentaje de jóvenes autopercepcionaron erróneamente su peso corporal (41.35%), coincidiendo con los resultados de otros estudios previos<sup>11,25,26</sup>. Existen diferencias de género en la autopercepción del peso corporal. En el presente trabajo, resultó que las mujeres tendían a sobreestimar su peso mientras que los hombres tendían a subestimarlos.

**Tabla III**  
Puntuaciones medias en cada variable según la percepción la forma física y diferencias entre grupos

Puntuación instrumentos/ Percepción forma física	Mala (a)	Regular (b)	Normal (c)	Buena (d)	Excelente (e)
Puntuación SES	30.86±4.79	31.27±5.35 <sup>d**</sup> , <sup>c**</sup>	32.90±5.12	33.97±4.64 <sup>b**</sup>	35.10±3.60 <sup>b**</sup>
Puntuación BAS	39.50±12.73 <sup>c**</sup> , <sup>-</sup> <sup>d**</sup> , <sup>c**</sup>	45.46±9.94 <sup>c**</sup> , <sup>d**</sup> , <sup>c**</sup>	51.70±7.83 <sup>a**</sup> , <sup>b**</sup>	52.97±7.56 <sup>a**</sup> , <sup>b**</sup>	56.21±6.49 <sup>a**</sup> , <sup>b**</sup>
Puntuación TD-EDI 2	8.71±6.315 <sup>c**</sup> , <sup>-</sup> <sup>d**</sup> , <sup>c**</sup>	6.64±5.99 <sup>c**</sup> , <sup>-</sup> <sup>d**</sup> , <sup>c**</sup>	3.26±4.57 <sup>a**</sup> , <sup>b**</sup>	3.27±3.81 <sup>a**</sup> , <sup>b**</sup>	1.62±2.46 <sup>a**</sup> , <sup>b**</sup>
Puntuación B-EDI 2	4.07±4.84 <sup>b**</sup> , <sup>-</sup> <sup>c**</sup> , <sup>d**</sup>	1.30±1.89 <sup>a**</sup>	0.86±1.82 <sup>a**</sup> , <sup>c*</sup>	1.31±2.30 <sup>a**</sup>	2.31±3.23 <sup>c*</sup>
Puntuación IC-EDI 2	11.71±8.93 <sup>b**</sup> , <sup>c**</sup> , <sup>-</sup> <sup>d**</sup> , <sup>c**</sup>	6.94±5.32 <sup>a**</sup> , <sup>c**</sup> , <sup>-</sup> <sup>d**</sup> , <sup>c**</sup>	3.78±5.12 <sup>a**</sup> , <sup>b**</sup>	2.73±3.98 <sup>a**</sup> , <sup>b**</sup>	1.76±2.80 <sup>a**</sup> , <sup>b**</sup>
Puntuación IPAQ	546.43±936.87	350.21±381.08 <sup>d*</sup> , <sup>c**</sup>	500.89±515.37 <sup>c**</sup>	562.31±409.90 <sup>b*</sup>	844.26±508.31 <sup>b**</sup> , <sup>c**</sup>
Puntuación IPAQ sedentarismo	325.71±142.60	379.12±185.35	422.47±218.98	372.32±216.42	354.10±208.54

<sup>a</sup>Diferencias con los que percibieron su forma física como mala; <sup>b</sup>Diferencias con los que percibieron su forma física como regular; <sup>c</sup>Diferencias con los que percibieron su forma física como normal; <sup>d</sup>Diferencias con los que percibieron su forma física como buena; <sup>e</sup>Diferencias con los que percibieron su forma física como excelente

\* p < 0.05; \*\* p < 0.01

Asimismo, existen diferencias de género en cuanto a la autopercepción de la forma física, resultando que los hombres tendían a sobreestimar su forma física en mayor medida que las mujeres. No obstante, un elevado porcentaje de jóvenes con un bajo nivel de actividad física auto-informado sobreestimaban su forma física. Este factor podría contribuir a que personas con un bajo nivel de actividad no estén motivados o hagan esfuerzos por aumentarla, ya que crean que su forma física es adecuada.

Un porcentaje muy elevado de jóvenes en situación de sobrepeso u obesidad no estaba realizando dieta en el momento del estudio, lo que sugiere una baja conciencia de enfermedad y baja motivación para emprender estrategias saludables de control del peso corporal. Además, un 23% de los jóvenes que, estando en sobrepeso u obesidad, realizaban dieta en el momento del estudio subestimaba su peso, lo que podría derivar en una menor adherencia a la dieta y los tratamientos para el sobrepeso u obesidad en los que estuviesen involucrados.

Estos datos sugieren la importancia de la autopercepción del peso en la motivación para adoptar estrategias saludables de control de peso corporal.

La mayoría de jóvenes que realizaban dieta en el momento del estudio o se planteaban realizarla en el futuro eran mujeres, que presentaron, por tanto, mayor

tendencia a la conducta de dieta restrictiva como método de control de peso corporal.

El IMC objetivo correlacionó positivamente con la insatisfacción corporal pero la autopercepción del peso corporal correlacionó con la mayoría de las variables psico-emocionales analizadas. De manera que es la autopercepción del peso, independientemente del peso real, lo que puede influir negativamente en el estado emocional de los jóvenes. Resultando que los jóvenes que presentaron sobrepeso u obesidad apreciaban menos su cuerpo que aquellos que tenían IMC más bajos.

Por otro lado, percibir una forma física como normal, buena o excelente correlacionó con tener una menor BD (EDI-2), mayor apreciación positiva del cuerpo, menor preocupación excesiva por el peso corporal (DT-EDI 2) y mayor tiempo dedicado a actividades físicas de intensidad moderada-vigorosa. Percibir una forma física buena o excelente tuvo relación positiva con el nivel de autoestima y percibir una mala forma física tuvo relación con mayor puntuación en la subescala B del EDI-2 (episodios de sobreingesta, descontrol con la comida o conductas de purga). Sin embargo, percibir una forma física excelente relacionó con mayor puntuación en esta subescala, lo que sugiere el uso de actividad física como medida de control del peso corporal o compensación de la ingesta energética.

El tiempo dedicado a actividades sedentarias no influyó en la autopercepción de la forma física de los jóvenes.

### *Autopercepción del peso corporal*

En el trabajo realizado en Boston (EE.UU.) en adultos con sobrepeso u obesidad se preguntó a los participantes si consideraban que estaban en “sobrepeso”, “bajo peso” o “más o menos en su peso”. Se consideró subestimación aquellos que estando en sobrepeso u obesidad consideraron su estado ponderal como “bajo peso” o “más o menos en su peso”<sup>24</sup>. En otro trabajo realizado en Texas (EE.UU.) se evaluó la autopercepción del peso corporal mediante la pregunta “¿Cómo describirías tu peso?”, y las opciones de respuesta fueron “muy bajo peso”, “ligeramente bajo peso”, “más o menos en el peso adecuado”, “ligeramente sobrepeso”, “muy en sobrepeso”. Estas respuestas se resumieron en dos categorías “sobrepeso” que incluía las dos respuestas de sobrepeso y “peso normal” que incluía las dos respuestas de bajo peso y la de peso adecuado. Las mujeres se clasificaron en 4 categorías: sobrepeso que subestiman (teniendo sobrepeso u obesidad se consideran en bajo peso o normal), sobrepeso que se autopercibían bien (se describieron como en sobrepeso), normopeso que sobreestiman (se consideraron en sobrepeso) y normopeso que se autoperciben bien (se describieron como peso adecuado o bajo peso)<sup>8</sup>. En otro estudio realizado en Texas y Minnesota (EE.UU.) se preguntó a las participantes “¿Qué piensas de ti mismo?” y las posibles respuestas fueron “muy bajo peso”, “ligeramente en bajo peso”, “más o menos en el peso adecuado”, “ligeramente en sobrepeso”, “muy en sobrepeso”. Se consideró sobreestimación todos aquellos que se encontraban en, al menos, una categoría menos de lo que habían considerado y el resto se consideró subestimación o autopercepción adecuada<sup>12</sup>. En un estudio realizado en Canadá, se pidió a los participantes que escogiesen el peso que consideraban ideal y la discrepancia entre su peso real y el ideal se consideró como insatisfacción. Además, se pidió que describieran su peso actual mediante las tres opciones “peso justo”, “sobrepeso”, “bajo peso”<sup>20</sup>. En el trabajo de Reino Unido los participantes debían responder sobre su percepción del peso como “muy bajo peso”, “algo de bajo peso”, “más o menos en el peso adecuado”, “algo de sobrepeso”, “mucho sobrepeso”. Se consultó cuál sería su peso ideal<sup>30</sup>.

En el único trabajo realizado en España se consideró la autopercepción del peso corporal mediante la pregunta “¿Cómo te consideras respecto a tu peso?”, con las posibles respuestas “con mucho sobrepeso”, “ligeramente en sobrepeso”, “más o menos en el peso adecuado”, “ligeramente en bajo peso”, “muy en bajo peso”. Se consideró autopercepción inadecuada aquellos casos en normopeso que se consideraron en sobrepeso<sup>25</sup>.

### *Clasificación del estado ponderal*

El IMC ha demostrado tener alta especificidad y baja sensibilidad en niños para determinar el sobrepeso y la obesidad<sup>22</sup>. El IMC auto-informado correlaciona muy bien con el real<sup>12</sup>.

En el primer trabajo, realizado en Boston (EE.UU.) se consideró la clasificación de IMC de la OMS para detectar los casos de sobrepeso u obesidad<sup>24</sup>. El trabajo realizado en Texas y Minnesota se utilizó el IMC auto-informado y se transformó en percentiles específicos para la edad y el sexo<sup>12</sup>. En el trabajo realizado en Canadá, se usó el IMC<sup>20</sup>. En un trabajo de Reino Unido se usaron las medidas de peso y talla auto-informadas y se clasificó sobre la base de los criterios de IMC de la OMS<sup>30</sup>.

En el trabajo realizado en España se utilizó el IMC como medida para clasificar el estado ponderal<sup>25</sup>.

### *Nivel de actividad física*

Distintos estudios han mostrado datos consistentes en cuanto a la actividad física auto-informada y menos consistentes en cuanto a los registros de alimentación<sup>17</sup>.

En un trabajo se evaluó la actividad física mediante MET obtenido a través de la frecuencia, duración e intensidad de la actividad física realizada y el tiempo dedicado a actividades sedentarias<sup>24</sup>. En el trabajo realizado en Texas se preguntó a las mujeres sobre el número de días que realizaron ejercicio físico o practicaron algún deporte durante al menos 30 minutos en la última semana<sup>8</sup>. En el trabajo realizado en Canadá, los participantes realizaron una lista de las actividades que habían realizado en su tiempo libre en los tres últimos meses. Basándose en la necesidad energética de cada tipo de actividad (activa, moderada, inactiva) se calculó el gasto energético total<sup>20</sup>.

### *Conductas asociadas a la autopercepción*

En el primer trabajo (Boston, EE.UU.), se examinaron actitudes de pérdida de peso corporal (si querían pesar menos y si habían intentado perder peso en el último año) e ingesta alimentaria (energía aportada en el menú de un día obtenido mediante un recordatorio de 24 horas de dos días no consecutivos)<sup>24</sup>. En el trabajo realizado en Texas (EE.UU.) con mujeres se utilizaron 8 cuestiones para evaluar su comportamiento durante los 30 días previos a involucrarse en un programa de pérdida o aumento de peso. Las respuestas eran dicotómicas (sí/no) y se preguntó sobre: consumo de píldoras dietéticas, polvos o líquidos para controlar el peso corporal; uso de laxantes o diuréticos; vómitos autoprovocados; saltarse comidas; comer menos; comer diferente; fumar más cigarrillos y no comer carbohidratos<sup>8</sup>. En el trabajo de Canadá se pidió a los participantes que enumeraran los factores que

les impedían involucrarse en actividades saludables y los participantes apuntaron a: falta de tiempo, falta de voluntad, imposibilidad/problemas de salud, demasiado cansado, demasiado costoso, demasiado estresado, demasiado difícil, otros<sup>20</sup>. En el trabajo realizado en Reino Unido los participantes indicaron si “no estaban preocupados por el peso”, “observaban su peso para evitar controlarlo”, “estaban intentando perder peso”, “ninguna de las anteriores” y respondieron si habían intentado perder peso en los últimos 3 años. Aquellos que lo habían intentado respondieron “siguiendo una dieta auto-impuesta”, “siguiendo una dieta de algún libro o revista”, “usando productos sustitutivos de comidas”, “participando en una organización o club de adelgazamiento”, “solicitando consejo dietético a algún profesional de la salud”, “tomando píldoras o poniéndose inyecciones para perder peso”<sup>30</sup>.

El trabajo realizado en España incluyó la escala de creencias irracionales sobre alimentación, la escala de apreciación corporal, la escala de autoestima y el cuestionario de salud general<sup>25</sup>.

### Limitaciones

A fin de profundizar más en el conocimiento de la influencia de la autopercepción del peso corporal en la adopción de hábitos saludables en los próximos años se debería llevar a cabo una investigación más a fondo sobre los hábitos de alimentación de los jóvenes (recordatorio de 24 horas, cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos), estrategias inadecuadas para el control de peso corporal (conductas de restricción cognitiva, ingesta descontrolada e ingesta emocional, conductas purgativas) y la práctica de actividad física (motivos de realizarla, motivación para ello, importancia que tiene en su vida, razones para no aumentar el tiempo de actividad, etc.).

Además, dado que numerosos estudios indican la baja sensibilidad del IMC en el diagnóstico del sobrepeso y la obesidad en futuros trabajos debería incluirse la medida de porcentaje de grasa corporal total en la determinación de la sobrecarga ponderal.

Dado que recientes estudios han sugerido la conducta de pesarse con frecuencia como negativa en cuanto a la adopción de hábitos de vida saludables y bienestar psicosocial, en el futuro se incluirá dicha variable a fin de clarificar su importancia e influencia en la conducta de los jóvenes en España.

Dada la influencia de la estacionalidad en la alimentación y la práctica de actividad física sería aconsejable realizar estudios longitudinales, sin embargo, como consecuencia del calendario escolar resulta complicado dedicar el tiempo suficiente al análisis de los factores influyentes la adopción de hábitos de vida saludables en los jóvenes.

Sería adecuado repetir el estudio en distintas ciudades de España y en la misma ciudad con una muestra más representativa.

### Conclusiones

- 1) Pesarse frecuentemente para conocer el IMC real no parece una recomendación adecuada para motivar a las personas con sobrepeso u obesidad a adoptar medidas saludables de control del peso corporal, puesto que aunque el IMC auto-informado correlaciona positivamente con el IMC objetivo y muchos jóvenes perciben erróneamente su peso.
- 2) Una alta prevalencia de jóvenes sobreestima su peso corporal (33.85%), mientras que 25.30% de los jóvenes con sobrepeso u obesidad lo subestiman.
- 3) Una alta prevalencia de jóvenes (61.20%) perciben su forma física como adecuada (normal, buena o excelente) pese a que su nivel de actividad física es bajo.
- 4) Una alta prevalencia de jóvenes con sobrepeso u obesidad (70.70%) no realizan dieta.
- 5) Aunque la mayoría de los jóvenes con sobrepeso u obesidad que realizan dieta (77.00%) perciben su peso como ligeramente o muy por encima de su peso, un 23% de ellos realiza dieta considerando su peso como adecuado o por debajo.
- 6) Casi tres cuartas partes de los jóvenes (71.60%) se plantea realizar dieta temporalmente por razones estéticas, aunque la prevalencia de sobrepeso y obesidad encontrada fue del 15.30%. aquí no va bien el presente
- 7) El 95% de los jóvenes con sobrepeso u obesidad que se plantea realizar dieta en el futuro considera su peso como ligeramente o muy por encima del adecuado.
- 8) El IMC objetivo parece influir en la insatisfacción corporal, es decir, a mayor peso mayor insatisfacción corporal.
- 9) Las autopercepción del peso influye negativamente en el nivel de autoestima y el nivel de apreciación positiva del cuerpo y positivamente en la DT y BD, es decir, aquellos jóvenes que perciben su peso como excesivo presentan menor autoestima, una percepción más negativa de su cuerpo, una mayor preocupación excesiva por el peso corporal y una mayor insatisfacción corporal.
- 10) No se observan influencias de la autopercepción del peso en el nivel de actividad física.
- 11) La autopercepción de la forma física influye positivamente en el grado de satisfacción corporal, apreciación positiva del cuerpo, nivel de autoestima y tiempo dedicado a actividades moderadas-vigorosas e influye negativamente en cuanto a la tendencia a adelgazar.
- 12) Percibir la forma física como mala o excelente influye en la subescala B del EDI-2, lo que sugiere una motivación estética de la realización de actividad física en los jóvenes como control del peso corporal.

Por todo ello, los programas de prevención de sobrepeso y obesidad deberían incluir un entrenamiento en la adecuada percepción del peso y la forma física entre los jóvenes, fomentando una apreciación de su imagen corporal más positiva de manera que el nivel de autoestima, la insatisfacción corporal, la preocupación excesiva por el peso corporal y la apreciación del cuerpo mejoren, aumentando así el grado de bienestar psicosocial. Además, debería promoverse una adecuada percepción de la forma física con relación al nivel de actividad física que realizan los jóvenes a fin de promover hábitos de alimentación saludable y nivel de actividad física adecuado. Sobre la base de los resultados presentados, debería realizarse una promoción de la actividad física con motivaciones ajenas a la imagen corporal o el control del peso a fin de que jóvenes con sobrepeso u obesidad se encuentren más motivados para practicar actividad física. Los jóvenes, erróneamente, no relacionan el tiempo dedicado a actividades sedentarias con su forma física, por lo que debería promoverse un concepto de forma física más adecuado en la población joven. La exagerada promoción de las consecuencias negativas del sobrepeso y la obesidad unido a la promoción del ideal de belleza muy delgado (chicas) y musculado (chicos) genera mayor malestar emocional en los jóvenes y no resulta efectivo en la motivación de aquellos que tienen sobrepeso u obesidad para cambiar hábitos de vida.

## Referencias

13. Gee S, Chin D, Ackerson L, Woo D, Howell A. Prevalence of childhood and adolescent overweight and obesity from 2003 to 2010 in an integrated health care delivery system. *J Obes.* 2013; 2013:417907. doi: 10.1155/2013/417907. Epub 2013 Jul 18.
14. Williams AJ, Henley WE, Williams CA, Hurst AJ, Logan S, Wyatt KM. Systematic review and meta-analysis of the association between childhood overweight and obesity and primary school diet and physical activity policies. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013 Aug 22;10(1):101. doi: 10.1186/1479-5868-10-101.
15. Cousins SD, Morrison SC, Drechsler WI. Foot loading patterns in normal weight, overweight and obese children aged 7 to 11 years. *J Foot Ankle Res.* 2013 Aug 28; 6(1): 36. Doi: 10.1186/1757-1146-6-36.
16. Lee S, Kim Y. Effects of exercise alone on insulin sensitivity and glucose tolerance in obese youth. *Diabetes Metab J.* 2013 Aug; 37(4):225-32. Doi: 10.4093/dmj.2013.37.4.225.
17. Adam S, Wetstenhoefer J, Rudolphi B, Kraaibeek HK. Three- and five- year follow-up of a combined inpatient-outpatient treatment of obese children and adolescents. *Int J Pediatr.* 2013; 2013: 856743. Doi: 10.1155/2013/856743. Epub 2013 Apr 18.
18. Sylvetsky AC, Hennink M, Comeau D, Welsh JA, Hardy T, Matzigkeit L, Swan DW, Walsh SM, Vos MB. Youth understanding of healthy eating and obesity: a focus group study. *J Obes.* 2013;2013:670295. doi: 10.1155/2013/670295. Epub 2013 Jul 17.
19. Parízková J, Rovillé-Sausse F, Molnár D. Interdisciplinary aspects of childhood obesity and physical fitness. *J Obes.* 2013;2013:828463. doi: 10.1155/2013/828463. Epub 2013 Jun 3.
20. Rahman M, Berenson AB. Self-perception of weight and its association with weight-related behaviors in young, reproductive-aged women. *Obstet Gynecol.* 2010 Dec;116(6):1274-80. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181fd47.
21. Yang Y, Goldhaber-Fiebert JD, Wein LM. Analyzing Screening Policies for Childhood Obesity. *Manage Sci.* 2013 Apr 1;59(4):782-795.
22. Øen G, Stormark KM. Participatory action research in the implementing process of evidence-based intervention to prevent childhood obesity: project design of the "Healthy Future" study. *J Obes.* 2013;2013:437206. doi: 10.1155/2013/437206. Epub 2013 Jul 17.
23. Edwards NM, Pettingell S, Borowsky IW. Where perception meets reality: self-perception of weight in overweight adolescents. *Pediatrics.* 2010 Mar;125(3):e452-8. doi: 10.1542/peds.2009-0185. Epub 2010 Feb 8.
24. Pasch KE, Klein EG, Laska MN, Velazquez CE, Moe SG, Lytle LA. Weight misperception and health risk behaviors among early adolescents. *Am J Health Behav.* 2011 Nov;35(6):797-806.
25. Wilson A, Magarey A, Mastersson N. Reliability of questionnaires to assess the healthy eating and activity environment of a child's home and school. *J Obes.* 2013;2013:720368. doi: 10.1155/2013/720368. Epub 2013 Jul 1.
26. Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2013. Disponible en: <http://www.observatorio.naos.aesan.mssi.gob.es/web/indicadores/indicadores.shtml>.
27. Este documento debe citarse: Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2013. Disponible en: <http://www.observatorio.naos.aesan.mssi.gob.es/web/indicadores/indicadores.shtml>.
28. Schoffman DE, Turner-McGrievy G, Jones SJ, Wilcox S. Mobile apps for pediatric obesity prevention and treatment, healthy eating, and physical activity promotion: just fun and games?. *Transl Behav Med.* 2013 Sep;3(3):320-5. doi: 10.1007/s13142-013-0206-3.
29. Katzmarzyk PT, Barreira TV, Broyles ST, Champagne CM, Chaput JP, Fogelholm M et al. The International Study of Childhood Obesity, Lifestyle and the Environment (ISCOLE): design and methods. *BMC Public Health.* 2013 Sep 30;13:900. doi: 10.1186/1471-2458-13-900.
30. Spence M, Livingstone MB, Hollywood LE, Gibney ER, O'Brien SA, Pourshahidi LK, Dean M. A qualitative study of psychological, social and behavioral barriers to appropriate food portion size control. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013 Aug 1;10:92. doi: 10.1186/1479-5868-10-92.
31. Teder M, Mörelus E, Nordwall M, Bolme P, Ekberg J, Wilhelm E, Timpka T. Family-based behavioural intervention program for obese children: an observational study of child and parent lifestyle interpretations. *PLoS One.* 2013 Aug 7;8(8):e71482. doi: 10.1371/journal.pone.0071482. Print 2013.
32. Olmsted MP, McFarlane T. Body Weight and Body Image. *BMC Womens Health.* 2004 Aug 25;4 Suppl 1:S5.
33. Hjorth MF, Chaput JP, Michaelsen K, Astrup A, Tetens I, Sjødin A. Seasonal variation in objectively measured physical activity, sedentary time, cardio-respiratory fitness and sleep duration among 8-11 year-old Danish children: a repeated-measures study. *BMC Public Health.* 2013 Sep 8;13:808. doi: 10.1186/1471-2458-13-808.
34. Klakk H, Chinapaw M, Heidemann M, Andersen LB, Wedderkopp N. Effect of four additional physical education lessons on body composition in children aged 8-13 years -- a prospective study during two school years. *BMC Pediatr.* 2013 Oct 17;13(1):170. [Epub ahead of print].
35. Wang Y, Wu Y, Wilson RF, Bleich S, Cheskin L, Weston C, Showell N, Fawole O, Lau B, Segal J. Childhood Obesity Prevention Programs: Comparative Effectiveness Review and Meta-Analysis [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Jun. Report No.: 13-EHC081-EF. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews.

36. Duncan DT, Wolin KY, Scharoun-Lee M, Ding EL, Warner ET, Bennett GG. Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011 Mar 22;8:20. doi: 10.1186/1479-5868-8-20.
37. Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P, Santiago-Fernández MJ, Garrido-Casals O, Sánchez E. Perception of weight and psychological variables in a sample of Spanish adolescents. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2011;4:245-51. doi: 10.2147/DMSO.S21009. Epub 2011 Jun 24.
38. Zeller MH, Ingerski LM, Wilson L, Modi AC. Factors contributing to weight misperception in obese children presenting for intervention. *Clin Pediatr (Phila)*. 2010 Apr;49(4):330-6. doi: 10.1177/0009922809346571. Epub 2010 Jan 13.
39. Feltz DL, Chow GM, Hepler TJ. Path analysis of self-efficacy and diving performance revisited. *J Sport Exerc Psychol*. 2008; 30: 401-411.
40. Martin KA, Lichtenberger CM. Fitness Enhancement and Body Image Change. In *Body image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*; Cash, T.F., Pruzinsky, T., Eds.; Guilford Press: New York, NY, USA, 2002; pp. 414-421.
41. Al Sabbah H, Vereecken CA, Elgar FJ, NAnsel T, Aasvee K, Abdeen Z, Ojala K, Ahluwalia N, Maes L. Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2009 Feb 6;9:52. doi: 10.1186/1471-2458-9-52.
42. Wardle J, Johnson F. Weight and dieting: examining levels of weight concern in British adults. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002 Aug;26(8):1144-9.
43. Meland E, Haugland S, Breidablik HJ. Body image and perceived health in adolescence. *Health Educ Res*. 2007 Jun;22(3):342-50. Epub 2006 Sep 6.
44. Thompson JK, Shroff H, Herzoso S, Cafri G, Rodriguez J, Rodriguez M. Relations among multiple peer influences, body dissatisfaction, eating disturbance, and self-esteem: a comparison of average weight, at risk of overweight, and overweight adolescent girls. *J Pediatr Psychol*. 2007 Jan-Feb;32(1):24-9. Epub 2006 Jul 21.
45. Quick V, Larson N, Eisenberg ME, Hannan PJ, Neumark-Sztainer D. Self-weighting behaviors in young adults: tipping the scale toward unhealthy eating behaviors?. *J Adolesc Health*. 2012 Nov;51(5):468-74. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.02.008. Epub 2012 Apr 4.
46. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation; WHO Technical Report Series 894; WHO: Geneva, Switzerland, 2000.