



Psychologia. Avances de la disciplina
ISSN: 1900-2386
psychologia@usbbog.edu.co
Universidad de San Buenaventura
Colombia

Pallares Neila, Javier; Baile Ayensa, José
Estudio de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española
Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 6, núm. 2, julio-diciembre, 2012, pp. 13-21
Universidad de San Buenaventura
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225788001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

ESTUDIO DE LA OBESIDAD INFANTIL Y SU RELACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA

STUDY OF CHILDHOOD OBESITY AND ITS RELATION TO BODY IMAGE IN A SPANISH SAMPLE

JAVIER PALLARES NEILA* & JOSÉ I. BAILE AYENSA

UNIVERSIDAD A DISTANCIA DE MADRID – ESPAÑA

FECHA RECEPCIÓN: 28/03/2012 • FECHA ACEPTACIÓN: 02/05/2012

Resumen

La obesidad infantil es uno de los factores de riesgo clave para el desarrollo de enfermedades crónicas. La prevención de ésta y su tratamiento se han convertido en una de las políticas sanitarias comunes en muchos países. Por ello, el estudio de la obesidad infantil y de sus características psicológicas debe ser un objetivo prioritario. El presente trabajo es un estudio transversal que tiene como objetivo general el análisis del sobrepeso y obesidad en una muestra de población infantil y la medida en que tales circunstancias pueden afectar a su imagen corporal. Fue llevado a cabo con 62 niños y niñas, estudiantes de dos colegios públicos de localidades de la Comunidad de Madrid, con una media de edad de 11,53 (DT .73). Como instrumentos de evaluación han sido utilizados la Escala Breve de Insatisfacción Corporal Infantil (EBICI), The Children's Body Image Scale (CBIS) y un cuestionario antropométrico autoinformado por los propios sujetos de la muestra. Según los resultados obtenidos, aproximadamente el 18 % de la muestra tiene sobrepeso u obesidad, además se ha comprobado que el sobrepeso y la obesidad inciden negativamente en la percepción social y actitudinal que tienen los niños y niñas sobre su propio cuerpo.

Palabras clave: obesidad, imagen corporal, evaluación, autoimagen, infancia.

Abstract

Childhood obesity is one of the key risk factors for developing chronic diseases. Its prevention and treatment is a common health policy in many countries. Therefore, the study of childhood obesity and its psychological characteristics should be a priority. This work is a cross-sectional study, and it has the general objective to analyse the overweight and obesity in a sample of children and to the extent that such circumstances can affect their body image. It was conducted on 62 children, students from two public schools in towns of the Community of Madrid, with a mean age of 11.53 (SD .73). Three instruments have been used: the Body Dissatisfaction Scale Brief Children (EBICI), The Children's Body Image Scale (CBIS) and a self-reported anthropometric questionnaire. According to the results, approximately 18% of the sample are overweight or obese, also shown that overweight and obesity affect negatively the social perception and attitude that the children have about own body.

Keywords: obesity, body image, evaluation, self-concept, childhood.

* Universidad a Distancia de Madrid- UDIMA. Departamento de Psicología. Carretera de La Coruña, KM. 38,500, Vía de Servicio, n.º 15, 28400 Collado Villalba – Madrid. Email: joseignacio.baile@udima.es Tel: (+34) 918 56 16 99.

Introducción

El sobrepeso y la obesidad, constituyen una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Se trata de trastornos multifactoriales debidos a razones ambientales y genéticas, su diagnóstico en adultos se valora a través del índice de masa corporal (IMC), dividiendo el peso de una persona en kilos, por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Así, según la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2012):

- Un IMC igual o superior a 25, determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30, determina obesidad.

El mismo punto de corte para definir la obesidad, también está aceptado por la Sociedad española para el estudio de la obesidad-SEEDO (Rubio, Salas, Barbany, Moreno, Aranceta, Bellido et ál., 2007) para la evaluación del sobrepeso y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. En niños no se utilizan los anteriores criterios, y se realizan las valoraciones con referencia a los percentiles del IMC.

De los diez factores de riesgo identificados por la OMS (2002) como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico: la obesidad, el sedentarismo, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el consumo insuficiente de frutas y verduras.

Pero sin duda, el dato quizá más grave lo constituye el hecho de que en el año 2010 alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso (OMS, 2012). Se trata de un dato preocupante, que se convierte en alarmante si tomamos en cuenta que un niño obeso tiene gran probabilidad de convertirse en un adulto obeso.

En respuesta a ello, se adoptó por la Asamblea Mundial de la Salud la “Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud” (OMS, 2004), que sin duda ha constituido y constituye el armazón sobre el que se construyen buena parte de las estrategias desarrolladas en muchos países, incluida España, en estos últimos años. Sobre la prioridad del tratamiento de la obesidad infantil también han reflexionado otros autores (Perpiñá, 2006).

En España, desde el Ministerio de Sanidad, se han puesto en marcha diversos estudios y estrategias que han

tenido por objeto estudiar e intentar resolver este grave problema de obesidad infantil:

- a) El “Estudio enKid” (Serra, Ribas, Aranceta, Pérez, Saavedra y Peña, 2003), es un estudio transversal realizado sobre una muestra aleatoria de la población española con edades comprendidas entre los 2 y los 24 años, seleccionada con base en el censo oficial de población.

Según sus conclusiones, la prevalencia de obesidad en España es del 13,9%, y la de sobrepeso y obesidad, del 26,3% (sólo sobrepeso, 12,4%). La obesidad es mayor en varones (15,6%) que en mujeres (12%), y también el sobrepeso. Por edades, los jóvenes de 6 a 13 años presentan valores más elevados de obesidad. Por zonas geográficas, Canarias y Andalucía tienen las cifras más elevadas, y el nordeste peninsular las más bajas. La obesidad es mayor en niveles socioeconómicos y de estudios más bajos, y entre aquellas personas que no desayunan o desayunan mal.

España tiene, en relación con otros países, una prevalencia intermedia/alta de obesidad. Según los varios estudios realizados en España (Serra et ál., 2003), existe un incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil en las últimas décadas, más marcado en varones y en edades prepuberales.

- b) La “Estrategia NAOS” (AESAN, 2005), tiene como meta fundamental: “Fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas”.

Para ello diseña un conjunto de actividades que si bien están dirigidas a toda la población, se centran en los niños y jóvenes, cuyos hábitos alimentarios y de actividad física pueden aún modificarse con relativa facilidad.

- c) El “Programa PERSEO” (ME, 2012), cuyo principal objetivo es promover la adquisición de hábitos de alimentación saludables y estimular la práctica de actividad física regular entre los escolares, para prevenir la aparición de obesidad y otras enfermedades. En él se diseñan para su aplicación un con-

junto de intervenciones sencillas en los centros escolares, dirigidas al alumnado de entre 6 y 10 años.

De diversos estudios sobre la obesidad infantil se desprende que en el fenómeno concurren etiológicamente varias causas:

1. Causas hereditarias. Por ejemplo, se ha encontrado en algunas investigaciones, como la de Stunkard et ál. (1986; citado por Chueca, Azcona y Oyarzábal, 2002), una correlación importante entre los índices de masa corporal en niños adoptados y sus padres biológicos, lo que apoya la etiología genética. En la actualidad se conocen diferentes tendencias genéticas en el estudio de las causas de la obesidad, ver por ejemplo la revisión de Manco y Dallapiccola (2012), sobre el tema.
2. Factores ambientales, que han llegado a ser calificados por algunos autores (Muzo, 2003), como el factor etiológico que con mayor frecuencia condiciona el cúmulo anormal de peso.
3. La disminución del ejercicio físico, originado a su vez por un conjunto de circunstancias, entre las que Baile (2007) menciona:
 - Avances tecnológicos en el transporte.
 - Entorno urbanístico poco favorable al ejercicio físico.
 - El exceso de consumo de televisión.
 - El cambio de los juegos tradicionales basados en ejercicio físico y de carácter grupal, a juegos electrónicos, que incluso en los últimos tiempos permiten la conexión “on line” entre varios amigos, sin necesidad de desplazamiento alguno.
4. El cambio de hábitos alimenticios, que han venido sustituyendo las comidas tradicionales por otras más fáciles de preparar y de consumir, pero con una mayor densidad energética, con más grasa y más azúcares (Astrup, Dyerberg, Selleck y Stender, 2008).
5. Y, por supuesto, los cambios en el entorno familiar, motivados a su vez por cambios sociales y laborales, que implican que las tareas de crianza, entre las que se incluye la alimentación, no se desarrolle de manera conveniente: así, se permite que los niños duerman poco, desayunen inade-

cuadamente, coman solos o coman sólo lo que les gusta para evitar situaciones de conflicto en las escasas ocasiones en las que se comparte mesa y mantel por toda la familia.

Ahora bien, la obesidad no sólo produce importantes consecuencias patológicas de carácter biológico, sino que también afecta directamente a la percepción de nuestra propia imagen corporal, en sentido amplio (Harriger y Thompson, 2012).

Baile (2003), con carácter integrador, nos ofrece una definición de la imagen corporal como un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas.

Se trata, continua el citado autor, de un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso la sociología, considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria o para explicar la integración social de los adolescentes.

Dentro del concepto de imagen que una persona sobre sí misma, se puede incluir:

- El autoconcepto sobre la forma y tamaño de nuestro propio cuerpo o imagen perceptual.
- Los pensamientos o creencias sobre nuestro propio cuerpo, o imagen cognitiva.
- Los sentimientos que nos genera nuestra propia imagen o imagen emocional.

Todas ellas parecen estar interrelacionadas, de tal forma que si la percepción sobre nuestro propio cuerpo es errónea, muy probablemente también lo serán nuestros pensamientos y sentimientos sobre él. Este precisamente será uno de los campos de investigación que se aborden en el presente trabajo.

Ahora bien, la concepción de nuestra imagen no sólo es producto de nuestra percepción interna, sino que como otros tantos conceptos, no está al margen de la influencia del contexto y es precisamente en este ámbito donde la influencia social parece estar incidiendo con mayor intensidad.

Así, como afirma Baile (2003), el culto al cuerpo en nuestra sociedad es cada vez más importante y los mensajes socioculturales de una industria que sobrevalora la delgadez impactan en el comportamiento y pensamiento de la población, sobre todo joven, induciendo conductas de riesgo para su bienestar físico y psicológico, ver también a Gómez y Costa (2000).

De esta forma, no se puede desconocer que la insatisfacción corporal y el seguimiento de dietas se han convertido en una conducta normativa. Que los niños tengan cuerpo atlético y las niñas tengan un cuerpo delgado, es un estereotipo fuertemente potenciado desde los medios de comunicación, cuyo destino principal son precisamente los jóvenes, que tiene como corolario la categorización, los prejuicios y la estigmatización de las personas obesas (Carrillo, 2003).

La mayoría de los estudios han mostrado que una especial preocupación por el cuerpo se inicia con la adolescencia, que es donde se producen los mayores índices de insatisfacción corporal (González et ál., 2009); ello no obstante, es plausible que esta circunstancia pueda empezarse a gestar en la preadolescencia, una vez que los menores empiezan a tener conciencia de su imagen corporal.

Por todo ello el presente trabajo tiene como objetivo general el estudio del sobrepeso y obesidad en una muestra de población infantil y la medida en que tales circunstancias pueden afectar a su imagen corporal.

Método

Participantes

Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que voluntariamente participaron 62 niños -31 niños y 31 niñas con una edad media 11,53 años (DT: .73), alumnos todos ellos de dos colegios de educación infantil de la Comunidad Autónoma de Madrid (España).

Procedimiento

Uno de los investigadores, coautor de este trabajo, administró personalmente en los meses de marzo y abril del año 2012, en una sola sesión y con el apoyo del tutor, los instrumentos de evaluación a todas las unidades de la muestra. Previamente se había recabado la autorización a las autoridades académicas de los centros educativos. A fin de garantizar su anonimato, no se consignó dato alguno de identificación.

Instrumentos

1. Escala Breve de Insatisfacción Corporal Infantil (EBICI), diseñada y validada por Baile, González y Pallarés (2012). Se trata de un cuestionario breve de respuestas múltiples en formato escala likert, con un buena consistencia interna (alfa de Cronbach .738) y con el contenido que se presenta en la tabla 1.

Cuento mayor sea la puntuación en esta escala, mayor nivel de insatisfacción con su cuerpo.

Tabla 1. Escala Breve de Insatisfacción Corporal Infantil –EBICI–

Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3
Con respecto a tu aspecto:	Con respecto a tu imagen física y peso corporal:	Has intentado controlar lo que comes para no engordar (Por ejemplo intentando comer menos de ciertas cosas, o no probando algún tipo de alimento...):
a. Creo que tengo el peso e imagen adecuados.	a. Me siento muy satisfecho, estoy contento(a) con mi peso y cuerpo	a. Nunca
b. Me gustaría perder unos pocos kilos.	b. Me siento satisfecho.	b. Alguna vez
c. Me gustaría perder muchos kilos	c. Me siento poco satisfecho.	c. A menudo
	d. Me siento muy insatisfecho, no estoy nada contento con mi peso y cuerpo	d. Siempre estoy controlándome

2. The Children's Body Image Scale (CBIS; Truby y Paxton, 2002). Este instrumento es una es-

cala formada por catorce imágenes infantiles, siete masculinas y siete femeninas, con progre-

- sión de peso, lo que permite al niño mediante un cuestionario de preguntas tomar decisiones acerca de la percepción de su propia imagen y la de los demás. La misma tiene una buena fiabilidad test-retest en la medida el tamaño del cuerpo percibido ($r = .85$ niñas, niños; $r = .76$; $p <.001$).
3. Cuestionario de datos sociodemográficos. Además de los anteriores instrumentos, fue completado por todos los sujetos un pequeño formulario acerca de su altura, peso, edad y sexo. Todos estos datos fueron autoinformados, obteniéndose de los dos primeros el Índice de Masa Corporal Autoinformado (IMCa).

Procedimiento

Una vez administrados los instrumentos y obtenidos los datos, se compararon la edad, el sexo y el IMCa, con tres variables:

1. La ICA o insatisfacción corporal actitudinal, variable medida a través del EBICI.
2. La ICP o imagen corporal perceptual, en tanto información que tenemos acerca del tamaño y forma de nuestro propio cuerpo y que se ha medido mediante la distancia resultante entre la imagen señalada como actual y la deseada, en el instrumento CBIS.
3. Y, por último, la ICPs o imagen corporal perceptual social, considerada como la distancia entre la imagen actual y la imagen que se considera mejor

Tabla 2. Valoración del estado corporal en función del IMC (Baile, 2007)

Percentil del IMC	Valoración
IMC menor al percentil 10:	delgadez peligrosa
IMC entre el percentil 10 y 25:	delgadez
IMC entre el percentil 25 y 75:	peso normal
IMC entre el percentil 75 y 85:	sobrepeso
IMC entre el percentil 85 y 95:	obesidad
IMC superior al percentil 95:	obesidad grave

De su aplicación a la muestra objeto de estudio resultó que un 6,6% tenían delgadez peligrosa, un 15% eran delgados, un 60% disponían de un peso normal, un 8,33% tenían sobrepeso, un 8,33% sufrían obesidad y un 1,66 % obesidad grave.

desde el punto de vista social, a través del cuestionario CBIS.

Para hallar las relaciones entre las distintas variables se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, considerando su valor estadísticamente significativo para la hipótesis $r \neq 0$, mediante la técnica *t de Student*.

Las variables analizadas han sido las siguientes:

- En general, de forma indiscriminada para todo el grupo de sujetos, el IMCa, con la ICA, la ICP y la ICPs.
- Diferenciando por razón del sexo, el IMCa, con la ICA, la ICP y la ICPs.
- Y, también diferenciando, pero en razón de tener un IMC superior o inferior a la media del grupo, con las tres variables mencionadas.

Resultados

En la muestra objeto del presente estudio, la edad media de los niños fue de 11,53 años (DT .73); con un IMCa medio de 17,55 (DT 2,22).

Dada la corta edad de los participantes, no es razonable utilizar los criterios de la OMS sobre índice de masa corporal y determinación de la obesidad, por lo que han sido utilizados los valores específicos por sexo y edad de sus percentiles conforme al IMC, utilizando para ello las tablas publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo español (CNAEP, 2007).

Partiendo de dichas tablas se ha utilizado el criterio especificado por Baile (2007), y que está señalado la tabla 2.

De la aplicación de los instrumentos se obtuvieron los siguientes valores, referidos a toda la muestra: ICA, media 1,613 (DT 1,88); ICP, media 0,742 (DT 1,16) y ICPs media 0, 935 (DT .99).

Tabla 3. Correlaciones entre las diferentes variables evaluadas.

IMCa	ICA	ICP	ICPs
Niños	.380**	.240	.520***
Niñas	.268*	.219	.253*
Toda la muestra	.249*	.201	.291*

Nota: IMCa: Índice de Masa Corporal autoinformado. ICA: Insatisfacción corporal actitudinal. ICP: Insatisfacción corporal perceptual. ICPs: Insatisfacción corporal perceptual social. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 4. Correlaciones entre las diferentes variables evaluadas, en función de disponer de un IMCa inferior o superior a la media.

IMCa </> que la media	ICA	ICP	ICPs
<17,55	-.207	-.095	-.099
>17,55	.438**	.566**	.411**

Nota: IMCa: Índice de Masa Corporal autoinformado. ICA: Insatisfacción corporal actitudinal. ICP: Insatisfacción corporal perceptual. ICPs: Insatisfacción corporal perceptual social. ** $p < .01$

De los resultados de las correlaciones mencionadas se pueden realizar los siguientes análisis:

1. En general, existe una correlación positiva ($p < .05$) entre el IMCa y la ICA y por lo tanto se puede concluir que a mayor IMCa, mayor insatisfacción corporal actitudinal. Esta correlación se da en ambos sexos, si bien, es significativamente mayor en los niños, que en las niñas. Por debajo de la media del IMCa hay correlación, pero de signo negativo, muy al contrario que en los sujetos con un IMCa superior a la media, que correlacionan positivamente.
2. No se puede afirmar ($p > .10$) que exista correlación entre el IMCa y la ICP, ni en toda la muestra, ni diferenciando por razón de sexo. Atemperado el IMCa en razón a la media de la población objeto de estudio, debemos concluir que por debajo de ella existe correlación negativa; y, al contrario, positiva y de alta significación, en aquellos sujetos con IMCa superior a la media.
3. Por último, en cuanto a la insatisfacción corporal perceptual social, existe para toda la muestra una

De las correlaciones efectuadas entre las diferentes variables de estudios se han obtenido los datos que quedan reflejados en las tablas 3 y 4.

significativa correlación y se mantiene en ambos sexos, si bien con especial significación en los varones ($p < .001$). En razón de la media del IMC, los resultados no ofrecen correlación por debajo de la media, pero sí y muy significativa, por encima de la media del IMC.

Discusión

En primer lugar, en cuanto a la presencia de sobrepeso y obesidad de la muestra, los datos obtenidos demuestran que un 16,66% de los niños y niñas del estudio muestran sobrepeso u obesidad. Este dato es sensiblemente superior al obtenido del 12,8 % en una muestra muy similar obtenida por Martínez, Beltrán, Ávila, Caballero, Delcaux, García et ál., (2010) también de entre niños de 10-12 años de un municipio de Madrid.

Dadas las limitaciones del presente trabajo por el tamaño muestral, no se puede afirmar que la obesidad infantil en la Comunidad de Madrid se haya incrementado en casi cuatro puntos porcentuales, pero dado que tales resultados correlacionan adecuadamente con la

tendencia al alza observada en España y ya recogida en el estudio enKid 1998-2000 (Serra et ál., 2003), sí que parecen corroborar que en España siguen aumentando los índices de obesidad en los niños.

En cuanto a una posible insatisfacción corporal actitudinal, de los resultados obtenidos resulta acreditado que a partir de los 11 años, los niños y las niñas ya se muestran insatisfechos con su figura y los sentimientos que les genera: creen que no tienen el peso adecuado, no están satisfechos con su imagen física y peso corporal y, al menos en alguna ocasión, ha controlado la ingestión de comida para evitar engordar, resultados coherentes con la literatura científica actual sobre el impacto de la obesidad en la imagen corporal (Harriger et ál., 2012).

Jones (2004), ha calificado al IMC como un buen indicador de la insatisfacción corporal, ya que a medida que se incrementa aquel, aumenta esta. Efectivamente, esta afirmación se corrobora en los resultados expuestos en el apartado anterior, resultando muy significativo que a menor IMCa la correlación es negativa, lo que podría indicar la existencia de valores más altos de satisfacción corporal a medida que desciende el índice de masa corporal y, al contrario, se reduce de forma muy significativa a medida que se incrementa dicho índice.

En cuanto la ICP, los datos indican la inexistencia de correlación con el IMCa, hecho que quizás no sea ajeno a la técnica utilizada o a la pequeña muestra poblacional objeto de este estudio. Las singularidades de las escalas de figuras en la evaluación de la imagen corporal ya ha sido puesto de manifiesto en estudios con adultos (Baile y Velázquez, 2006). En cualquier caso, una vez más si la correlación se establece por debajo y por encima de su media, de nuevo se halla que a menor IMCa, la correlación se torna negativa por lo que se puede afirmar que cuanto más delgados son los niños más conformidad muestran con su figura ideal y al contrario: cuanto mayor peso, mayor diferencia entre su figura real y la deseada.

Asimismo, existe correlación entre el IMC y el ICP tanto en general, como en relación al sexo, con una correlación altamente significativa en IMC superiores a la media.

Al contrario de los resultados encontrados en otras investigaciones (De Gracia, Marco, Fernández y Juan, 1999; Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta 1989), si bien

en edades superiores a la de este estudio, las niñas del presente estudio no parecen estar más preocupadas e insatisfechas por su apariencia corporal que los niños. Curiosamente, parecen ser los niños los más insatisfechos con ella. Sobre las diferencias entre sexos en este campo pueden verse los aportes de Ramos, Rivera y Moreno (2010).

Sin embargo, lejos de ser inéditos, resultados semejantes encontraron Espina, Asunción, Ochoa, Aleman y Juaniz (2001) al utilizar con estudiantes del País Vasco el Eating Attitudes Test-EAT, lo que sin duda abre un interesante campo a investigar en el futuro, sobre todo en programas preventivos de trastornos de la alimentación.

En conclusión, de los resultados obtenidos resulta que:

1. Al menos en cuanto a la actual muestra se refiere, continúa la tendencia a la obesidad de los escolares españoles.
2. El sobrepeso o la obesidad afecta directamente a la percepción que tienen los niños y niñas sobre su propio peso, sobre su cuerpo y sobre el ideal de belleza que creen imperante en la sociedad actual, en un doble sentido:
 - a. A mayor peso, mayor insatisfacción respecto de los sentimientos que les genera su propio cuerpo, mayor discrepancia con el tamaño y forma de su cuerpo y mayor distancia con ese modelo de delgadez que como canon espurio de belleza, imperaba a finales del siglo XX y que hoy parece mantenerse.
 - b. Sin embargo, a menor peso, menor insatisfacción emocional y menor discrepancia con el tamaño y forma de su cuerpo.
3. Los niños de esta investigación presentan una mayor insatisfacción con su cuerpo, actitudinal, perceptual y social, que las niñas.
4. Y, por último, parece claro que unos y otros ya a la temprana edad de 11 y 12 años, van formando su imagen corporal bajo el prisma o influencia del contexto social, lo cual constituye una variable de notable importancia ante cualquier política de prevención de la obesidad infantil o del estilo de vida obesogénico que parece haber arraigado en nuestra sociedad.

No se puede concluir sin advertir las limitaciones de este estudio. El mismo hubiera alcanzado mayor el

rigor científico si el tamaño de la muestra hubiera sido más amplio tanto en tamaño como en extensión geográfica de la procedencia de los sujetos, así mismo los resultados hubieran sido más contundentes si se hubiera procedido a la captación de las medidas antropométricas de la población objeto de estudio, de forma directa, y no autoinformadas.

Referencias

- AESAN-Agencia española de seguridad alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Estrategia NAOS*. Madrid.
- Amigo, I., Bustó, R. & Fernández, C. (2007). La obesidad infantil como resultado de un estilo de vida obesogénico. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 54, 530-534.
- Astrup, A., Dyerberg, J., Selleck, M. & Stender, S. (2008). Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases. *Obesity Reviews*, 9(1), 48-52.
- Baile, J. I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos del Marqués de San Adrián: Revista de Humanidades*, 2, 53-70.
- Baile, J. I. (2007). *Obesidad infantil ¿qué hacer desde la familia?* Madrid. Editorial Síntesis.
- Baile, J. I., González, M. J. & Pallarés, J. (2012). Propiedades psicométricas de una escala breve de evaluación de la insatisfacción corporal infantil. *Acción Psicológica*, 9, 125-132.
- Baile, J. I. & Velázquez, A. (2006). Medición del riesgo de trastorno alimentario en una muestra de mujeres mexicanas: Convergencia de tres técnicas de evaluación. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 225-233.
- Busto, R., Amigo, I., Fernández, C. & Herrero, J. (2009). Actividades extraescolares, ocio sedentario y horas de sueño como determinantes del sobrepeso infantil. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 59-66.
- Carrillo, M. (2003). La transmisión de valores sociales por medio de las imágenes. La identificación de la mujer delgada igual a mujer triunfadora en la población adolescente. *Comunicación y Sociedad*, 2, 33-47.
- CNAEP-Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría, Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición Subdirección General de Coordinación Científica. (2007). *Guía sobre obesidad infantil para profesionales sanitarios de atención primaria*. Madrid.
- Chueca, M., Azcona, C. & Oyarzábal, M. (2002). Obesidad infantil. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 127-141.
- De Gracia, M., Marcó, M., Fernández, M. J. & Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20(1), 15-26.
- Espina, A., Asunción, M., Ochoa, I., Aleman, A. & Juaniz, M. (2001). Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del País Vasco: Un estudio piloto. *Clínica y Salud*, 12, 217-235.
- Gómez, G. & Acosta, M. V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y Salud*, 11, 35-58.
- González, A., Alonso, Z., Pérez, L., Erkoreka, L., Rahmanni R., Olazábal, N., et ál. (2009). La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 26, 88-96.
- Harriger, J. A. & Thompson, J. K. (2012). Psychological consequences of obesity: Weight bias and body image in overweight and obese youth. *International Review of Psychiatry*, 24(3), 247-53.
- Jones, D. C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 40, 823-835.
- Manco, M. & Dallapiccola, B. (2012). Genetics of pediatric obesity. *Pediatrics*, 130(1), 123-33.
- Martínez, L., Beltrán, B., Ávila, J. M., Caballero, C., Delcaux, A., García, M., et ál. (2010). Prevalencia de obesidad en la población infantil escolarizada (3-12) en centros públicos del municipio de Villanueva de la Cañada (Madrid). *Nutrición Clínica Hospitalaria*, 25, 130-131.
- ME- Ministerio de Educación, (2012). Nota informativa. Recuperado el 10.06.2012 de www.perseo.aesan.msssi.gob.es/es/programa/programa_perseo.shtml

- Muzo, S. (2003). Crecimiento normal y patológico del niño y del adolescente. *Revista Chilena de Nutrición*, 30, 92-100.
- OMS- Organización Mundial de la Salud, (2002). Informe sobre salud en el mundo, reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra.
- OMS- Organización Mundial de la Salud, (2004). Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado el 10.06.2012 de www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf.
- OMS- Organización Mundial de la Salud, (2012). Nota descriptiva n.º 311. Recuperado el 10.06.2012 de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html
- Perpiñá, C. (2006). Obesidad infantil y trastornos alimentarios, ¿A qué dar prioridad?. *Infocop*, 27, 26-29.
- Ramos, P., Rivera, F. & Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22, 77-83
- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., et ál. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (versión íntegra). *Revista Española de Obesidad*, 7-48.
- Serra, L., Ribas, L., Aranceta, J., Pérez, C., Saavedra, P. & Peña, L. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Medicina Clínica*, 121, 725-32.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. & Cuesta, L. (1989). Eating Attitudes, Sociodemographic Factors, and Body Shape Evaluation in Adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Truby, H. & Paxton, S. S. (2002). Development of the childrens Body Image Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 185-203.