



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE EXPRESIÓN
MUSICAL, PLÁSTICA Y CORPORAL

TESIS DOCTORAL
RELACIÓN ENTRE LA IMAGEN CORPORAL,
LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS, EL
AUTOCONCEPTO Y LA CANTIDAD DE
PRÁCTICA DEPORTIVA EN JÓVENES DE 12
A 18 AÑOS

PRESENTADA POR:
CRISTINA CUERVO TUERO

DIRIGIDA POR:
DRA. DÑA. M^a LUISA ZAGALAZ SÁNCHEZ
DRA. DÑA. CARMEN GONZÁLEZ GONZÁLEZ DE MESA

JAÉN, 26 DE ABRIL DE 2016

ISBN 978-84-16819-61-4



Universidad de Jaén

Dpto. Didáctica de la expresión Musical, Plástica y Corporal

**Programa de Doctorado en Innovación Didáctica y Formación del
Profesorado**

Relación entre la imagen corporal, los hábitos alimentarios, el autoconcepto y
la cantidad de práctica deportiva en jóvenes de 12 a 18 años.

Directoras:

Dra. María Luisa Zagalaz Sánchez

Dra. Carmen González González-Mesa

Doctoranda:

Cristina Cuervo Tuero

Jaén, 2016

AGRADECIMIENTOS

Soy consciente que los siguientes párrafos que escribo no serán suficientes para demostrar todo mi agradecimiento a las personas que han contribuido a que este proyecto se haya convertido en una investigación real que está llegando a su fin.

En primer lugar quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi tutora y a mi directora de tesis, las Doctoras Dña Carmen González González de Mesa y Dña M^a Luisa Zagalaz Sánchez por darme la oportunidad de realizar esta investigación, por enseñarme, guiarme y apoyarme en este largo proceso; porque detrás de cada visita, llamada o email estaba su confianza y su ilusión en esta investigación. Ilusión que me han sabido transmitir desde el primer día que me embarqué en esta gran aventura.

En segundo lugar también quiero agradecer a la Universidad de Jaén haberme abierto las puertas y haberme acogido como una de sus alumnas de doctorado. En donde a pesar las distancias físicas, el trato y las soluciones aportadas han hecho que esos 800 kilómetros que me separan se conviertan en una mera anécdota.

Como no, no puedo olvidarme de todos los centros, directores, jefes de estudio, profesores y sobre todo alumnos, que de forma desinteresada han aportado los datos que han sido imprescindibles para llevar a cabo esta investigación.

También, en general, quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis doctoral, agradecerles todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

Por último y no por ello menos importante me gustaría agradecer y dedicar este trabajo a mi familia. Por inculcarme la importancia de luchar y no rendirme, por su apoyo, colaboración, paciencia y cariño, porque han sido ellos los que han sufridos los duros momentos de desesperación y me han dado fuerza para no tirar la toalla y seguir adelante. A todos ellos muchas gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	7
I.1. ADOLESCENCIA.....	9
I.2. IMAGEN CORPORAL	13
I.2.1. DEFINICIÓN	13
I.2.2. FACTORES RELACIONADOS CON LA IMAGEN CORPORAL	20
<i>I.2.2.1. Tiempo.....</i>	<i>21</i>
<i>I.2.2.2. Género.....</i>	<i>22</i>
<i>I.2.2.3. Factores Socioculturales.....</i>	<i>22</i>
I.2.3. INSATISFACCIÓN CORPORAL: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	26
I.2.4. INSTRUMENTOS Y FORMAS DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	27

I.2.4.1. Evaluación del componente perceptivo	28
I.2.4.2. Evaluación del componente cognitivo-actitudinal	40
I.2.4.3. Evaluación del Componente Conductual	44
I.2.5. INVESTIGACIONES PREVIAS	44
I.3. HÁBITOS ALIMENTARIAS	53
I.3.1. DEFINICIÓN	53
I.3.2. IMPORTANCIA DE UNA BUENA ALIMENTACIÓN	55
I.3.2.2. La dieta mediterránea.....	62
I.3.3. FACTORES RELACIONADOS CON LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS	64
I.3.3.1. Gustos	64
I.3.3.2. Tiempo	65
I.3.3.3. Factores Socioculturales	68
I.3.3.3.1. La familia.....	68
I.3.3.3.2. Los amigos, los medios de comunicación y las redes sociales.....	69
I.3.3.4. Los conocimientos	71
I.3.4. TRASTORNOS ALIMENTARIOS	75

I.3.5. SOBREPESO Y OBESIDAD	78
I.3.5. INSTRUMENTOS Y FORMAS DE EVALUACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS	81
<i>I.3.5.1. Cuestionarios sobre consumos alimentarios</i>	81
<i>I.3.5.2. Test de evaluación de TCA</i>	83
<i>I.3.5.3. Test de evaluación de la calidad de la dieta, las preferencias y consumos alimentarios</i>	86
I.3.6. INVESTIGACIONES PREVIAS	88
I.4. AUTOCONCEPTO	94
I.4.1. DEFINICIÓN	95
I.4.2. AUTOESTIMA.....	102
I.4.3. FACTORES RELACIONADOS CON EL AUTOCONCEPTO.....	105
<i>I.4.3.1. Tiempo</i>	105
<i>I.4.3.2. Género</i>	110
<i>I.4.3.3. Factores socioculturales</i>	111
I.4.4. INSTRUMENTOS Y FORMAS DE EVALUACIÓN DEL AUTOCONCEPTO	113
I.4.5. INVESTIGACIONES PREVIAS	123

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	129
II.1. INTRODUCCIÓN	131
II.2. OBJETIVOS	131
II.3. HIPÓTESIS.....	132
II.4. INSTRUMENTOS PARA RECOGIDA DE DATOS	134
II.4.1. CUESTIONARIO DE FORMA CORPORAL (BSQ)	135
II.4.2. TEST DE EVALUACIÓN DE PREFERENCIAS, INTENCIONES DE CONDUCTA Y CONSUMOS ALIMENTARIOS (TEPICA)	137
II.4.3. ESCALA DE AUTOCONCEPTO Y FORMA (AF5)	141
II.5. MÉTODO.....	145
II.5.1. INVESTIGACIÓN INSTRUMENTAL	146
II.5.2. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	147
II.6. PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	149
II.7. VARIABLES	155
II.8. PROCEDIMIENTO	156
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS	159
III.1. INVESTIGACIÓN INSTRUMENTAL	162

III.1.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL BSQ	162
III.1.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (TEPICA).....	175
III.1.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO Y FORMA (AF5)	189
III.2. ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.....	202
III.2.1. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES	202
III.2.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES Y DE LOS FACTORES DE LAS ESCALAS	206
<i>III.2.2.1. Perfil de la muestra en general y en cada una de las escalas</i>	<i>210</i>
<i>III.2.2.2. Correlaciones bivariadas entre factores y horas de práctica deportiva (Correlación de Pearson)</i>	<i>210</i>
<i>III.2.2.3. Diferencia que presentan las variables independientes género, etapa evolutiva y práctica deportiva, en la percepción de la Imagen Corporal.....</i>	<i>214</i>
<i>III.2.2.4. Diferencia que presentan las variables independientes género, etapa evolutiva y práctica deportiva, en los conocimientos sobre Hábitos Alimentarios.....</i>	<i>223</i>

III.2.2.5. <i>Diferencia que presentan las variables independientes género, etapa evolutiva y práctica deportiva, en las Dimensiones del Autoconcepto</i>	233
III.2.3. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LA VARIANZA	242
III.2.3.1. <i>Análisis Multivariado para la Imagen Corporal</i>	242
III.2.3.2. <i>Análisis Multivariado para los Hábitos Alimentarios</i>	247
III.2.3.3. <i>Análisis Multivariado para la las Dimensiones del Autoconcepto</i>	255
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES, DISCUSIÓN, LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.....	267
IV.1. CONCLUSIONES	268
I.V.2. DISCUSIÓN	274
IV.3. LIMITACIONES	285
IV.4. PERSPECTIVAS DE FUTURO	287
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	289
ANEXOS	331

ÍNDICE DE FIGURAS

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Figura I.1. Esquema del modelo de imagen corporal de Slade.....	16
Figura I.2. Siluetas corporales de adultos de Stunkard, Sorenson y Schlusinger.	30
Figura I.3. Siluetas corporales de adultos de Bell, Kirkpatrick y Rinn.	30
Figura I.4. Siluetas corporales del Body Image Assessment para hombres y mujeres.	31
Figura I.5. Siluetas corporales de Collins.	32
Figura I.6. Siluetas corporales Thompson y Gray.	32
Figura I.7. Siluetas corporales de Kearney, Kearney y Gibney.....	33
Figura I.8. Siluetas corporales de Gardner, Stark, Jackson, y Friedman. (1999).	34
Figura I.9. Siluetas Pope, Gruber, Mangweth, Bureau, de Col, Jouvent. The somatomorphic matrix.....	35
Figuras I.10. Siluetas de Montero, Morales y Carbajal. (2004).....	36
Figuras I.11. Figuras de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel, y Cottrell (2007).....	37
Figure I.12. The Body Image Assessment Scale-Body Dimensions (BIAS-BD) (Gardner et al., 2009).	38

Figura I.13. Rueda de Sociedad Española de Dietética y Ciencia de la Alimentación (SEDCA, 2007)	59
Figura I.14. Pirámide Alimentaria de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (2015)	61
Figura I.15. Representación del modelo de autoconcepto de Shavelson, Hubner y Stanton (1976).....	98

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

Figura II.1. Gráfico Box-Plot de la distribución de las edades de las participantes ..	150
Figura II.2. Gráfico Box-Plot de la distribución de las edades de los participantes en función del género	150
Figura II.3. Descripción de los participantes	154

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Figura III.1: Gráfico de sedimentación del cuestionario BSQ.	164
Figura III.2: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (TOTALIDAD DE LA MUESTRA)	169
Figura III.3: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (SOLO VARONES)	170

Figura III.4: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (SOLO MUJERES).....	171
Figura III.5: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (SOLO PREADOLESCENTES)	172
Figura III.6: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (SOLO ADOLESCENTES).....	173
Figura III.7: Gráfico de sedimentación del cuestionario	178
Figura III. 8: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario TEPICA (TOTALIDAD DE LA MUESTRA).....	183
Figura III. 9: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario TEPICA (SOLO VARONES).....	184
Figura III. 10: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario TEPICA (SOLO MUJERES).....	185
Figura III. 11: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (SOLO PREADOLESCENTES)	186
Figura III. 12: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (SOLO ADOLESCENTES).....	187
Figura III.13: Gráfico de sedimentación del cuestionario AF5	191
Figura III.14: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario AF5 (TOTALIDAD DE LA MUESTRA).....	196

Figura III. 15: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario AF5 (SOLO VARONES)	197
Figura III. 16: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario AF5 (SOLO MUJERES)	198
Figura III. 17: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario AF5 (SOLO PREADOLESCENTES).....	199
Figura III. 18: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario AF5 (SOLO ADOLESCENTES)	200
Figura III.20: Medidas de tendencia central y dispersión de según las horas semanales de práctica deportiva.....	203
Figura III.19: Medidas de tendencia central y dispersión según la edad.....	203

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Tabla I.1. <i>Definiciones de Imagen Corporal.</i>	18
Tabla I.2. <i>Cuestionarios relacionados con la medición de la imagen corporal</i>	40
Tabla I.3. <i>Entrevistas para la medición de la imagen corporal (Muñoz, 2015)</i>	43
Tabla I.4. <i>Índice de masa corporal en población infantil según sexo y grupo de edad. Población de 2 a 17 años. (Unidades: porcentajes)</i>	80
Tabla I.5. <i>Diferentes conceptos de Autoestima.</i>	103
Tabla I.6. <i>Instrumentos para la evaluación del autoconcepto</i>	114

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

Tabla II.1. <i>KMO y prueba de esfericidad de Bartlett para estudiar la factorización del bloque II del TEPICA</i>	140
Tabla II.2. <i>Descripción de los participantes</i>	155

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Tabla III.1. <i>Medidas de tendencia central y dispersión de las variables del cuestionario BSQ</i>	163
Tabla III.2. <i>Matriz factorial rotada</i>	165
Tabla III.3. <i>Matriz de carga rotada y ordenados los valores en sentido descendente y omitidas las cargas inferiores a .300 y el Alfa de Cronbach para la totalidad del cuestionario y para cada factor</i>	166
Tabla III.4. <i>Correlación inter-factorial</i>	167
Tabla III.5. <i>Índice de discriminación de toda la escala y de cada factor del cuestionario BSQ</i>	167
Tabla III.6. <i>Valoración de los índices de ajuste para el cuestionario BSQ</i>	168
Tabla III.7. <i>Medidas de tendencia central y dispersión de las variables del cuestionario TEPICA</i>	177
Tabla III. 8. <i>Matriz factorial rotada</i>	179
Tabla III. 9. <i>Matriz de carga rotada y ordenados los valores en sentido descendente y omitidas las cargas inferiores a .300 y el Alfa de Cronbach para la totalidad del cuestionario y para cada factor</i>	180
Tabla III. 10. <i>Correlación inter-factorial</i>	180
Tabla III. 11. <i>Índice de discriminación de toda la escala y de cada factor del cuestionario TEPICA</i>	181

Tabla III. 12. Valoración de los índices de ajuste para el cuestionario TEPICA ...	182
Tabla III. 13. Medidas de tendencia central y dispersión de las variables del cuestionario AF5.....	190
Tabla III. 14. Matriz factorial rotada	192
Tabla III. 15. Matriz de carga rotada y ordenados los valores en sentido descendente, y omitidas las cargas inferiores a .350 y el Alfa de Cronbach para la totalidad del cuestionario, y para cada factor	193
Tabla III. 16. Correlación inter-factorial	194
Tabla III. 17. Índice de discriminación de toda la escala y de cada factor del cuestionario BSQ	194
Tabla III. 18. Valoración de los índices de ajuste para el cuestionario AF5.	195
Tabla III. 19. Medidas de tendencia central y dispersión de las variables independientes.....	203
Tabla III.20. Tabla de Contingencia Phi relacionando género y etapa evolutiva con el hecho de hacer o no deporte extraescolar.	204
Tabla III. 21. Tabla de Contingencia género, etapa evolutiva y practicar o no practicar deporte extraescolar.	204
Tabla III. 22. Tabla de Coeficiente de Contingencia relacionando los miembros de la familia que trabajan fuera de casa, el nivel de estudios de los	

<i>padres y el número de ingestas diarias con el hecho de practicar o no deporte.</i>	<i>205</i>
<i>Tabla III. 23. Tabla de Contingencia género, etapa evolutiva y los miembros de la familia que trabajan fuera de casa, el nivel de estudios de los padres y el número de ingestas diarias con el hecho de practicar o no deporte extraescolar.</i>	<i>206</i>
<i>Tabla III. 24. Medidas de tendencia central y dispersión de los factores de la totalidad de la muestra y por género y por etapa evolutiva.....</i>	<i>209</i>
<i>Tabla III. 25. Correlación bivariadas entre los ocho factores del estudio y las horas semanales de práctica deportiva semanal (por género y etapa evolutiva).....</i>	<i>213</i>
<i>Tabla III. 26. Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de las medias en función del género. Totalidad de la muestra</i>	<i>216</i>
<i>Tabla III. 27. Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de las medias en función de la etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes). Solo varones.....</i>	<i>217</i>
<i>Tabla III. 28. Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de las medias en función de la etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes). Solo mujeres.....</i>	<i>218</i>
<i>Tabla III. 29. Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva (si practican/no practican). Solo varones preadolescentes.....</i>	<i>219</i>

Tabla III. 30. <i>Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva (si practican/no practican). Solo varones adolescentes</i>	220
Tabla III. 31. <i>Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de medias en función de la práctica deportiva (si practican/no practican). Solo mujeres preadolescentes</i>	221
Tabla III. 32. <i>Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva (si practican/no practican). Solo mujeres adolescentes</i>	222
Tabla III. 33. <i>Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función del género. Totalidad de la muestra</i>	226
Tabla III. 34. <i>Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función de la etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes). Solo varones</i>	227
Tabla III.35. <i>Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función de la etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes). Solo mujeres</i>	228
Tabla III. 36. <i>Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo varones preadolescentes</i>	229
Tabla III. 37. <i>Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo varones adolescentes</i>	230

Tabla III. 38 <i>Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo mujeres preadolescentes</i>	231
Tabla III. 39. <i>Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo mujeres adolescentes</i>	232
Tabla III. 40. <i>Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función del género. Totalidad de la muestra</i>	235
Tabla III. 41. <i>Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función de la etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes). Solo varones</i>	236
Tabla III. 42. <i>Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función de la etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes). Solo mujeres</i>	237
Tabla III. 43. <i>Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo varones preadolescentes</i>	238
Tabla III. 44. <i>Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo varones adolescentes</i>	239
Tabla III. 45. <i>Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo mujeres preadolescentes</i>	240

Tabla III. 46. <i>Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo mujeres adolescentes</i>	241
Tabla III. 47. <i>Análisis multivariado 2x2x3 (Género x Etapa evolutiva x Cantidad de deporte) y los Factores de la Imagen Corporal.</i>	243
Tabla III.48. <i>Análisis univariado para comparación de medias de Imagen Corporal en relación al género, etapa evolutiva y cantidad de deporte.</i>	244
Tabla III. 49. <i>Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x Número de ingestas diarias) y los Factores de la Imagen Corporal.</i>	245
Tabla III. 50. <i>Análisis univariado para comparación de medias de Imagen Corporal en relación a la cantidad de deporte y el número de ingestas diarias.</i>	247
Tabla III. 51. <i>Análisis multivariado 2x2x3 (Género x Etapa evolutiva x Cantidad de deporte) y los Factores de los Hábitos Alimentarios.</i>	248
Tabla III. 52. <i>Análisis univariado para comparación de medias de los Hábitos Alimentarios en relación al género, etapa evolutiva y cantidad de deporte.</i>	249
Tabla III. 53. <i>Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x Nivel de estudios del Padre) y los Factores de los Hábitos Alimentarios.</i>	250

Tabla III. 54. <i>Análisis univariado para comparación de medias de los Hábitos Alimentarios en relación a la cantidad de deporte y el nivel de estudios del padre.</i>	251
Tabla III. 55. <i>Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x Nivel de estudios de la Madre) y los Factores de los Hábitos Alimentarios.</i> .	251
Tabla III. 56. <i>Análisis univariado para comparación de medias de los Hábitos Alimentarios en relación a la cantidad de deporte y el nivel de estudios de la madre.</i>	253
Tabla III. 57. <i>Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x N° de Ingestas) y los Factores de los Hábitos Alimentarios.</i>	253
Tabla III. 58. <i>Análisis univariado para comparación de medias de los Hábitos Alimentarios en relación a la cantidad de deporte y el n° de ingestas.</i> .	254
Tabla III. 59. <i>Análisis multivariado 2x2x3 (Género x Etapa evolutiva x Cantidad de deporte) y las dimensiones del Autoconcepto.</i>	255
Tabla III. 60. <i>Análisis univariado para comparación de medias de las dimensiones del autoconcepto en relación al género, etapa evolutiva y cantidad de deporte.</i>	258
Tabla III. 61. <i>Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x nivel de estudios del padre) y las dimensiones del Autoconcepto.</i>	258

Tabla III. 62. <i>Análisis univariado para comparación de medias de las dimensiones del autoconcepto en relación a la cantidad de deporte y el nivel de estudios del padre.</i>	261
Tabla III. 63. <i>Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x nivel de estudios de la madre) y las dimensiones del Autoconcepto.</i>	261
Tabla III. 64. <i>Análisis univariado para comparación de medias de las dimensiones del autoconcepto en relación a la cantidad de deporte y el nivel de estudios de la madre.</i>	263
Tabla III. 65. <i>Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x N° de Ingestas) y las dimensiones del Autoconcepto.</i>	264
Tabla III. 66. <i>Análisis univariado para comparación de medias de las dimensiones del autoconcepto en relación a la cantidad de deporte y el número de ingestas.</i>	266

ABREVIATURAS

1- β	Potencia observada
η^2	Tamaño del efecto
AF5	Autoconcepto Forma 5
AF	Análisis Factorial
AF5	Cuestionario de Autoconcepto y Forma
AF5.ACA	Dimensión Académica del Autoconcepto
AF5.EMO	Dimensión Emocional del Autoconcepto
AF5.SOC	Dimensión Social del Autoconcepto
AF5.FIS	Dimensión Física del Autoconcepto
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AFSC	Análisis Factorial Semiconfirmatorio
AN	Anorexia Nerviosa
ANOVA	Análisis de Varianza
As	Asimetría
BN	Bulimia Nerviosa
BSQ	Body Shape Questionnaire
C	Coefficiente de Contingencias
CDV	Calidad de Vida

CFI	Comparative Fit Index
CON.ADE.	Conocimientos Correctos – Conocimientos Positivos o Adecuados
Cur	Curtosis
DM	Diferencia de Medias
DT	Desviación Típica
DT ²	Varianza
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
F	Estadístico de contraste
GFI	Índice de bondad de ajuste
HA	Hábitos Alimentarios
IC	Imagen Corporal
IC.EXT	Preocupación Personal por la Imagen Corporal
IC.PER	Preocupación por la Imagen Corporal Externa
IMC	Índice de Masa Corporal
ID	Índice de Discriminación
KMO	Test de Kaiser-Meyer-Olkin
M	Media
MANOVA	Análisis Multivariado de la Varianza
Md	Mediana
MIT.ERR.	Mitos y Mala Alimentación – Conocimientos Erróneos
<i>p</i>	Significación estadística
R	Rango
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RMSR	Raíz Cuadrática Media de los Residuos

TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TEPICA	Test de Evaluación de Preferencias, Intenciones de Conducta y Consumos Alimentarios.
TLI	Tucker-Lewis Index

RESUMEN

La investigación que se presenta, *Relación entre la Imagen Corporal, los Hábitos Alimentarios, el Autoconcepto y la Cantidad de Práctica Deportiva en jóvenes de 12 a 18 años*, tiene como objetivo principal conocer la relación existente entre la imagen corporal, los hábitos alimentarios, el autoconcepto y las horas de práctica de actividad física extraescolar de los adolescentes.

Para ello se han llevado a cabo dos investigaciones. Una instrumental para la validación de los cuestionarios utilizados en la recogida de datos y otra empírica en la que se ha estudiado la relación de las variables independientes, sexo, edad, práctica de actividad física, estudios de los padres y número de ingestas con las variables dependientes que corresponden con los factores resultantes de las tres escalas utilizadas, imagen corporal, hábitos alimentarios y dimensiones del autoconcepto.

El estudio se ha desarrollado con una muestra de 627 estudiantes (334 varones y 299 mujeres) a los que se les ha aplicado un test con cuestiones sobre la imagen corporal, los hábitos alimentarios y el autoconcepto, desarrollado a partir de los cuestionarios BSQ, TEPICA y AF5.

Los datos recogidos se han analizado estadísticamente mediante los programas FACTOR, M-PLUS.7 y SPSS.22.

Los resultados obtenidos muestran las relaciones encontradas entre las variables y los factores estudiados, destacando la influencia de la variable práctica de actividad física extraescolar en los resultados.

Palabras Clave: Imagen Corporal, Hábitos Alimentarios, Autoconcepto, Práctica Deportiva.

ABSTRACT

The following study, Relationship between body image, eating habits, self concept and amount of Sport Practice in young people aged 12 to 18 has the aim to know the relationship between body image, eating habits, self concept and time spent in Sport Practice by teenagers.

In order to do so, two surveys have been carried out. The first one is an instrumental research to validate the questionnaires used for data collection and the second is an empirical research to study the relationship between independent variables, sex, age, physical activity, parental education and number of daily intakes with the dependent variables which correspond to the body image factors , eating habits and dimensions of self-concept.

This study has been carried out with a sample of 627 students (334 men and 299 women). A test has been applied with questions about body image, eating habits and self-concept. This test was developed based on the BSQ questionnaire, TEPICA and AF5. The collected data was statistically analyzed using the FACTOR, M-PLUS.7 and SPSS.22 programs.

The results of the study show the relationship found between variables and factors emphasizing the influence in the results of physical activity outside the school variable.

Keywords: Body Image, Eating Habits, Self Concept, Sport Practice

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido cambios importantes en el modelo de imagen corporal aceptado, en los hábitos alimentarios y en la práctica de actividad física de la sociedad, que han repercutido de forma involuntaria en el autoconcepto de las personas. En general estos cambios se han traducido en que la imagen corporal ha adquirido una importancia desmesurada; los hábitos alimentarios se han alejado de modelos dietéticos más saludables, como por ejemplo la dieta mediterránea, y la cantidad de práctica deportiva se ha reducido enormemente, encontrándose cada vez mayores índices de población sedentaria, con independencia de la edad. Todo ello ha ido produciendo un acercamiento a hábitos cada vez menos saludables en el estilo de vida del ser humano, que se han visto reflejados principalmente en adolescentes. Esta realidad ha llevado a plantear la presente investigación cuyo objetivo es conocer la relación existente entre la temática mencionada (Imagen Corporal, Hábitos Alimentarios, Autoconcepto y Práctica de Actividad Física) en la población que es considerada más vulnerable y con posibilidades de ser influenciada, la adolescencia, en donde se establecen los hábitos que se seguirán en la vida adulta.

La estructura del trabajo se establece en cuatro capítulos. En el primero se aborda de manera teórica la temática objeto de estudio. En primer lugar se desarrolla un breve apartado sobre la adolescencia donde se muestran los cambios físicos y psicológicos que caracterizan esta etapa. A continuación se recogen los aspectos teóricos sobre Imagen Corporal, Hábitos Alimentarios y Autoconcepto. En estos tres

últimos casos se exponen las principales definiciones aportadas por los autores especializados en la temática, se abordan los factores que pueden influir así como los instrumentos y formas de evaluación existentes y se analizan los resultados de las investigaciones previas.

En el segundo capítulo se recogen los aspectos metodológicos de la investigación. Se presentan los objetivos a alcanzar, se plantean las hipótesis, se definen de las variables de estudio, se describen las características de la muestra y se indican los diferentes instrumentos utilizados y los procedimientos a seguir.

El tercer capítulo, se destina a explicar los resultados obtenidos de los datos de la investigación, fruto de los análisis estadísticos utilizados, con sus correspondientes tablas y figuras.

En el cuarto capítulo se recogen las discusiones en torno a los objetivos planteados en esta investigación y se exponen las conclusiones obtenidas.

Para concluir, en otros dos apartados finales se citan las referencias bibliográficas empleadas en la elaboración de esta tesis y se presentan los anexos.

CAPÍTULO I.

MARCO TEÓRICO

En este primer capítulo del marco teórico se definen los conceptos en los que se apoya el estudio: adolescencia, imagen corporal, hábitos alimentarios y autoconcepto, incidiendo en sus características básicas, los autores que lo avalan y, especialmente, en todo aquello que pueda mejorar el entendimiento del trabajo y sirva como fundamentación teórica del mismo.

I.1. ADOLESCENCIA

Según la RAE la adolescencia es el “período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud”. Etimológicamente, el término adolescencia procede del vocablo latino *adolescere*, que significa “cambio” (Mesana, 2013).

La adolescencia ha sido definida por numerosos autores como una etapa de tránsito en la vida de un individuo, que comienza tras la niñez y finaliza en la edad adulta (Florenzano, 1994; Frydenberg, 1997; OMS, 2004). Ésta se considera decisiva para el desarrollo humano por los múltiples cambios fisiológicos y psicológicos que en ella tienen lugar, puesto que el adolescente se encuentra en un momento de búsqueda de una imagen que no conoce en un mundo que apenas comprende y con un cuerpo que está comenzando a descubrir (Bruhn y Philips, 1985, citados por Villarreal, Sánchez, y Musitu, 2010). Estos cambios condicionan tanto las necesidades nutricionales como los hábitos de alimentación, actividad física y otros

comportamientos, incluidos los que suponen un riesgo para la salud (Delgado, Gutiérrez y Castillo, 1999; Dietz, 1997).

En la sociedad actual el periodo de la adolescencia cada vez es más largo, debido a que la independencia económica, la independencia del hogar familiar y la adquisición de madurez del adulto cada vez es más tardía. Tanto es así que se incluyen en esta etapa individuos desde los 10 a los 20 años (Musitu, Buelga, Lila, y Cava, 2001).

La Pubertad, es el evento madurativo central y característico de esta etapa y marca su inicio. Esta primera etapa, conocida como adolescencia temprana (Estévez, 2012; Garrote y Palomares, 2011; Muñoz y Martí, 2008; OMS, 1975), comienza con un cambio físico notable: se sucede el desarrollo y maduración de los caracteres sexuales y se produce lo que se conoce como “estirón puberal” una aceleración en el aumento de la talla y del peso que se distribuye asincrónicamente, generando una modificación importante de la composición corporal. Este cambio corporal se produce en ambos sexos, pero en las mujeres se presenta alrededor de los 10-11 años, mientras que en los hombres se presentan un año más tarde, a los 11-12 años (Villarreal et. al. 2010).

Esta etapa desde un aspecto psicológico se caracteriza por el inicio de signos de autonomía tendiendo a separarse levemente del núcleo familiar. Comienza a descubrir su identidad y forma las bases para su vida de adulto, por lo que la autoestima del individuo adquiere una gran importancia por su implicación en CDV y la perspectiva de futuro del sujeto (Markus y Wurf, 1987). Por último en esta etapa adquiere importancia la interacción social con su grupo de amigos.

La segunda etapa se conoce como adolescencia media (Estévez, 2012; Garrote y Palomares, 2011; Muñoz y Martí, 2008; OMS, 1975); comienza a partir de los 13 años hasta los 15 años, en ella el adolescente comienza a asumir los cambios que se están produciendo en su cuerpo, aunque presenta sentimientos particulares sobre estas nuevas formas corporales, pudiendo aceptarlas o rechazarlas; además comienza a cobrar fuerza el estímulo sexual.

Desde el punto de vista psicológico es un periodo de introspección, mayor alejamiento del mundo familiar e incremento de la interacción con su grupo de amigos. Es frecuente la aparición de la figura del amigo/a íntimo, que suele ser del mismo sexo, lo que refuerza su identidad sexual. Al igual que en la primera etapa la autoestima del individuo cobra gran importancia y el éxito con los estudios, con los amigo/as y consigo mismo es fundamental.

La tercera etapa se conoce como adolescencia tardía (Estévez, 2012; Garrote y Palomares, 2011; Muñoz y Martí, 2008; OMS, 1975), se extiende de los 15 a los 18 y marca el inicio del fin de la Adolescencia. En ella los conflictos internos de identidad se van resolviendo desarrollando ya su propia identidad; las amistades con personas del sexo contrario empiezan a ser más frecuentes y el grupo de amigos pierde importancia frente a la búsqueda de pareja.

Debido a la inmadurez manifiesta de los jóvenes en muchos sentidos, se puede cuestionar si no habría que alargar esa tercera etapa o incluir una cuarta que formaría parte de la juventud adulta (Anatrella, 2005; Flaquer, 1997; Hernández y Perinat, 2007; Serapio, 2006; Wallis, 2013). En este sentido la OMS ha prolongado la adolescencia hasta los 25 años (Manleón, 2013). La dilatación de esta etapa está producida en los últimos años, por la demora de los hijos para abandonar la casa de

sus padres y emanciparse, principalmente ocasionada por la falta de trabajo y de estabilidad económica y laboral, así como por la realización de estudios universitarios, lo cual les impide consolidar las relaciones de pareja (Moreschi, 2008). Establecida entre los 18 y 25 años, se considera un período de tránsito en el que el joven empieza a realizar actividades de la edad adulta, tales como ejercer su derecho al voto y a conducir automóviles.

Como se ha mencionado anteriormente la adolescencia se considera decisiva para el desarrollo humano, por lo que desde el punto de vista de la alimentación, la imagen corporal y el autoconcepto, conviene recordar la influencia notable que todos estos aspectos, bien por separado o bien en conjunto, van a desempeñar como determinantes del comportamiento del adolescente.

Cabe destacar que pese a que de forma general, como definen gran cantidad de autores (Brañas, 1997; Garrote y Palomares, 2011; Horrocks, 1984; Muñoz y Martí, 2008; Neistein, 1991; OMS, 1975, la adolescencia se divide en tres etapas, como se ha mostrado anteriormente, para la realización de esta investigación se han seguido las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que considera que la adolescencia se divide en dos fases (López Rodríguez, 2012). Según lo indicado, la muestra en estudio se ha dividido en dos grupos, preadolescentes y adolescentes, que muestran edades diferentes en varones y mujeres, debido al diferente desarrollo existente en cada sexo en función de los años (Castro-Feijóo y Pombo, 2006).¹

¹ La muestra utilizada en esta investigación se describe con mayor profundidad en el Capítulo II. Marco Metodológico.

I.2. IMAGEN CORPORAL

I.2.1. DEFINICIÓN

Sin conocer en profundidad el concepto y solamente analizando de forma independiente la definición de ambas palabras, se podría vaticinar que es la Imagen Corporal, en adelante IC. El Diccionario de la Real Academia Española (RAE) de la Lengua, define imagen como “figura, representación, semejanza y apariencia de algo”. Mientras que el término corporal, procedente del latín *corporalis*, hace referencia a todo aquello “perteneiente o relativo al cuerpo, especialmente al humano” (RAE, 2014). Aunando ambas definiciones se llega a una aproximación semántica que permite explicar el concepto de IC como la referencia a la figura o representación del cuerpo; se trata por tanto de la forma en la que las personas se ven a sí mismas físicamente.

En la actualidad no existe una definición consensuada por la comunidad científica sobre IC; a pesar de ser un concepto muy estudiado y utilizado en algunas disciplinas como la psicología, la sociología, la medicina e incluso en la educación en general y en la educación física en particular, en las que es considerado indispensable por su relación con el autoconcepto, la conducta alimentaria o la integración social de los adolescentes (Gracia, Marcó, Fernández y Juan, 1999; Koff, Rierdan y Stubbs, 1990, citado en Baile, 2003). Conceptos que serán revisados en la

presente investigación. La primera definición existente sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos fue la propuesta por Paul Schilder en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* (1935). En su descripción se reúnen aportaciones de las áreas de la fisiología, el psicoanálisis y la sociología: “La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (Schilder, 1950, citado en Baile, 2003, p.55).

Una definición más dinámica del término, es la aportada Fisher (1986), que describe la IC como el límite corporal percibido por cada sujeto; considerando que la descripción que se asigna a dicho límites varía respecto a lo percibido por cada persona. Descripción apoyada por Bemis y Hollon (1990), que advierten la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él.

Siguiendo esta misma línea Pruzinsky y Cash (1990) proporcionan una visión de multidimensionalidad al concepto, al considerar la IC como la percepción que las personas tienen de sí mismas en la que se valora la descripción de su propia imagen junto con las valoraciones sobre cómo cree que son vistas por los demás. Por lo que plantea que existen varias IC relacionadas entre sí:

- Imagen perceptual: referida a aspectos perceptivos con respecto al cuerpo, que incluyen una valoración sobre el tamaño y forma global, así como de cada una de sus partes.
- Imagen cognitiva: referida a pensamientos propios y creencias sobre el cuerpo.

- Imagen emocional: que concierne sentimientos sobre experiencias de placer/desplacer y el grado de satisfacción/insatisfacción con respecto al cuerpo.

Thompson (1990) también denotaba que la IC estaba constituida por tres componentes: el perceptivo, el emocional, al que denominó como subjetivo, y el conductual, relacionado con la ejecución de conductas atañidas a la consideración y el grado de satisfacción del cuerpo.

Argüello y Romero (2012) hacen referencia a la definición de Rosen (1992) como:

“la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo contemplando aspectos perceptivos (precisión con que se percibe el propio cuerpo provocando situaciones de subestimación, centrándose principalmente en el tamaño y la forma de nuestro cuerpo y sus partes), subjetivos (satisfacción o insatisfacción, preocupación y ansiedad que provoca en el sujeto su IC) y aspectos conductuales.” (p.482)

Para Slade (1994), citado en Ortega (2010) “la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”. (p.22) (Ver Figura I.1.).

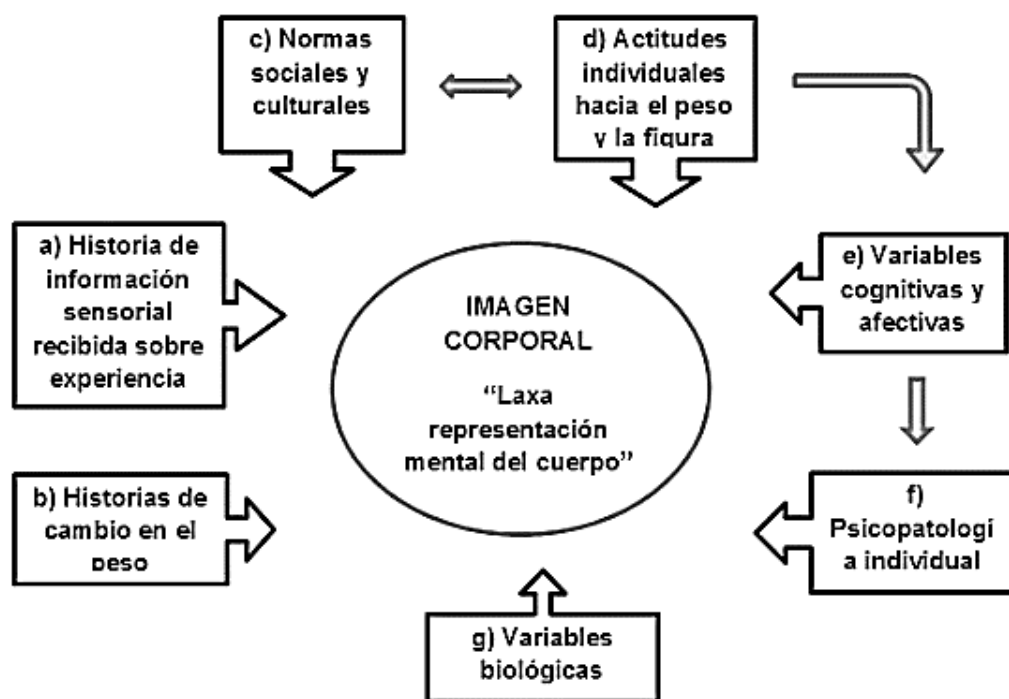


Figura 1.1. Esquema del modelo de imagen corporal de Slade
Obtenido de Gómez Mudarra, 2013, p.16.

Raich (2000) propone una de las definiciones más completas del concepto de IC, describiéndola como:

“un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportamos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.” (Raich, 2000, citado en Ortega, 2010, p.22)

Por último la aportación relevante a nivel nacional es la de Contreras, Gil, García, Andújar, Hidalgo, Padilla, y Rodríguez. (2006) quienes consideran que la IC es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que se tiene de todo el cuerpo como de cada una de sus partes, así como del movimiento y límites de éste. A

la que se le suma la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

Como se ha visto existen diferentes de definiciones de IC, sin que ninguna de ellas sea considerada como la única y definitiva, ello provoca que se valore el concepto de la IC como algo complejo. Esta complejidad se debe en gran medida a que se ha definido de maneras muy diferentes y desde diversos campos científicos. Como demuestran Morales y Melo (2014) al analizar los conceptos de IC y cuerpo en diferentes campos. Tabla I.1.

Tabla I.1.
Definiciones de Imagen Corporal.

IMAGEN CORPORAL	CATEGORIA	AUTOR	CONCEPTO
ACTIVIDAD FÍSICA	Capacidades	Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (1998)	Recogen una serie de definiciones de imagen corporal y términos cercanos, como “satisfacción corporal”, “exactitud de la percepción del tamaño”, o, “satisfacción con la apariencia”
ESTÉTICA	Cuidado corporal	Breton (2002); Citado por Marca y Rodríguez (2012)	Concibe la belleza como imagen del cuerpo en sí mismo y frente a los demás, involucrándolas prácticas y modos de ser de las personas. Finalmente, la belleza se reduce a una percepción de mí mismo de los demás, influidas por los aspectos socioculturales de desarrollo de cada persona.
ANTROPOLOGÍA	Apariencia corporal	Rosen (1992)	La imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Contiene tres aspectos: Componente perceptual, Componente subjetivo, Componente conductual.
		Schilder (1935)	La imagen del cuerpo que nos formamos en nuestra mente, es decir la apariencia que le atribuimos a nuestro cuerpo.
PSICOLOGÍA	Percepción	Paul Viilio (1998)	Confirma que los modelos de belleza afectan la ambición de los públicos al ser percibidos de manera deseable y admirable. Parece como si todos y todas quisiéramos ser como el modelo o la modelo de la última campaña de marca de ropa deportiva publicitada.

Obtenido de Morales y Melo (2014).

Después de este análisis Morales y Melo (2014) definen la IC como un componente biopsicosocial, en la que los sujetos mantienen una relación con su propio cuerpo que está influenciada por el entorno y por la constante autoevaluación

que se hace del mismo. Esta evaluación es dependiente de varios factores, como el estado de ánimo, la propia percepción corporal y la evaluación u opinión que se percibe de terceras personas.

Presentadas las principales concepciones de lo que se entiende por IC, es importante destacar que se aprecian algunas características comunes resaltadas por varios autores (Argüello y Romero, 2012; Baile, 2003; Bemis y Hollon, 1990; Contreras et al., 2006 Fisher, 1986; Pruzinsky y Cash, 1990; Raich, 2000; Rosen, 1992; Schilder, 1950; Slade, 1994). Una de las características que comparten es su origen como una percepción a través de la cual se evalúa la propia imagen. Dicha percepción está influenciada por sentimientos y pensamientos que van variando en las diferentes etapas de la vida, destacando la capacidad dinámica del concepto remarcado por la mayoría de los autores. En cuanto a los componentes que comprende la IC, existe consenso en destacar el componente perceptivo a raíz del cual surgen las distorsiones. Otro de los componentes, que señalan varios autores, (Pruzinsky y Cash, 1990; Rosen, 1992; Thompson, 1990) es el cognitivo, matizado por algunos como afectivo o subjetivo. Destaca por originar las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones hacia la IC. En cuanto al tercer componente, el conductual, también es destacado por la mayoría de autores revisados y considerado responsable de las conductas que surgen como consecuencia de los componentes anteriores (Pruzinsky y Cash, 1990; Rosen, 1992; Thompson, 1990).

I.2.2. FACTORES RELACIONADOS CON LA IMAGEN CORPORAL

Como se ha indicado anteriormente la evaluación de la IC depende de varios factores, por lo que una parte importante de su estudio se basa en conocer cuales se relacionan con ella.

Cada uno de estos factores influye en mayor o menor medida en el componente perceptivo de la IC La percepción es una función psicológica subjetiva y temporal, por tanto, la imagen que cada persona tiene de sí mismo también lo es, al irse modificando según las circunstancias y la etapa de la vida que se atraviesa (Cash y Pruzinsky, 2004) y en algunos casos no se ajusta a la realidad externa (Raich, 2004).

Según Slade (1994), la IC está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo. Por ello en este trabajo se han agrupado estos factores en tres:

- Tiempo: en el que se insertan dos factores íntimamente relacionados, edad y cambios fisiológicos.
- Género.
- Factores Socioculturales que concentra la cultura y los medios de comunicación, la familia y los amigos o iguales.

1.2.2.1. Tiempo

Como se ha señalado previamente, la IC no es fija ni inamovible sino que puede variar a lo largo de la vida. Ésta se empieza a instaurar en el individuo alrededor de los 2 años, que es cuando los niños se reconocen en el espejo. A la edad escolar empieza a aparecer la preocupación por la IC, comenzando a influir en la misma factores culturales que asocian un tipo concreto de imagen con popularidad, inteligencia y éxito, siendo rechazados y asociados con fracaso otros tipos corporales. La etapa más significativa es la adolescencia, puesto que la construcción de la propia imagen cobra gran importancia, al tener importante repercusión sobre la formación de la personalidad. El atractivo físico conlleva ventajas sociales con respecto a las relaciones románticas y la posición social, lo que influye en el autoconcepto (Eisenberg, Neumark-Sztainer, Haines y Wall, 2006; Markey y Markey, 2006; Van den Berg, Mond, Eisenberg, Ackard y Neumark-Sztainer, 2010).

La adolescencia es un periodo de cambios significativos, tanto físicos como psicológicos que afectan a la construcción de la IC. En este periodo es cuando más influyen los factores culturales que apoyan unos ideales que contradicen el propio desarrollo físico de esta fase. Los cambios corporales de las chicas, por lo general no son interpretados como parte de la maduración corporal sino que son considerados un síntoma de obesidad, debido a que parte de la grasa corporal tiende a localizarse en los muslos y se produce un ensanchamiento de las caderas, alejándose esta nueva imagen de los cánones de belleza establecidos en la sociedad.. Los chicos por su parte, experimentan los cambios más tarde y lo que más les preocupa es la baja

estatura o la falta de fuerza, añorando los rasgos más propios de la masculinidad (Raich, 2000).

1.2.2.2. Género

En la mayoría de las culturas la IC se ha considerado más un problema del colectivo femenino que del masculino. En la cultura occidental la presión sobre la mujer en relación con su IC siempre ha sido muy elevada (Zagalaz, Romero y Conteras, 2008). Desde pequeñas se enseña a las niñas a interesarse por su imagen, preocupación y cuidado que aumenta al iniciarse la adolescencia y se incrementa en la juventud y posterior madurez, puesto que los cánones femeninos de belleza giran en torno a un cuerpo delgado y un aspecto cuidado y arreglado.

Con el paso del tiempo, la preocupación por la IC en los hombres ha ido aumentando. A partir de los años noventa del pasado siglo XX, se inicia una mayor preocupación por su cuerpo en los chicos, aunque el origen de esa idea era significativamente diferente al caso de las mujeres. Los cánones de belleza masculinos se asocian con un cuerpo musculado, que paulatinamente y a lo largo de los años ha ido incrementando el volumen muscular (Castro-López, 2013; Leit, Pope y Gray, 2001; Zagalaz et al., 2008).

1.2.2.3. Factores Socioculturales

El factor que más influye de las alteraciones de la IC es el concepto cultural de belleza. Esta concepción ha ido cambiando a lo largo de la historia y cada cultura

ha ido estableciendo un estereotipo propio de lo que es considerado bello y de lo que es considerado feo.

Como plantean Merino, Pombo y Godás (2001), actualmente estamos inmersos en la cultura de la delgadez cuyo modelo estético establece un estereotipo corporal excesivamente delgado, símbolo de triunfo y de éxito social y profesional. Por el contrario, la obesidad es valorada como un símbolo de dejadez, poco interés luchador y despreocupación, haciendo que ser obeso o robusto constituya en nuestros días, un auténtico estigma social (González-Carrascosa, García-Segovia, y Martínez-Monzó, 2013). Estos ideales culturales se encuentran favorecidos por el entorno del individuo, en el que los medios de comunicación, la familia y los amigos tienen un papel destacado.

Los medios de comunicación social ejercen un papel decisivo en la difusión de los prototipos estéticos. La publicidad, el cine, la moda, la televisión e incluso la música se basa en estos ideales de belleza y sólo los cuerpos perfectos son válidos para anunciar, actuar, presentar, desfilan, etc. Resultado que ha hecho que el modelo estético corporal occidentalizado de la cultura de la delgadez no sólo esté presente en las sociedades occidentales sino que se haya ido expandiendo a otras sociedades como la asiática o la africana (González-Carrascosa et al., 2013; Mussap, 2009).

Más allá de la influencia que ejercen los medios de comunicación, es si cabe, mucho más importante destacar la influencia que ejercen las redes sociales sobre una gran parte de la sociedad. Hoy el uso de redes sociales no es una cuestión ni de edades ni de nacionalidades y la aceptación en la comunidad *online* adquiere una gran importancia para una gran parte de la sociedad. Sobre todo para los que constituyen la “generación digital” (Premsky, 2001), conocidos como “cabezas

agachadas o heads down” en el ámbito anglosajón, que serían todos los nacidos en la era de la tecnología e internet. Para ellos el mundo virtual ocupa una parte muy importante de sus vidas y recibir “likes” por fotos o comentarios, así como conseguir un gran número de amigos en Facebook, Twitter, Instagram o Whats App puede generarles un sentimiento de logro y aceptación por la comunidad.

La generación digital está formada actualmente por los adolescentes y jóvenes nacidos a partir de los años 90 del pasado siglo, que tienen un gran interés y especial afinidad con la tecnología considerándola como algo propio, cercano y personal. Internet, móvil, ordenador, videojuegos, televisión, etc., son usados principalmente como medio de entretenimiento o de relación social. Es importante destacar que esta generación con el uso de esta tecnología ha conseguido salvar no sólo las diferencias entre países o las fronteras sino las propias desigualdades culturales y socioeconómicas (Bringué y Sádaba, 2008; Rubio, 2009). A pesar de los logros conseguidos, esta población también presenta grandes carencias, puesto que está constituida por individuos muy impacientes que desean resultados inmediatos, para los que la consecución de información, deseos y necesidades se consigue mediante un “clic”, un hecho que ha llevado a que esta generación se caracterice por buscar el camino rápido, que suele asociarse con el más fácil, para la obtención de un objetivo, perdiendo interés valores como el esfuerzo, disciplina, tesón y paciencia. Los modelos a seguir son en la mayoría de los casos hombres y mujeres que han conseguido la fama y la fortuna de una forma meteórica.

Volviendo a la influencia de las redes sociales, un estudio realizado por Mabe, Forney y Keel (2014) demuestra como el uso de Facebook influye sobre la IC y puede contribuir a la generación de trastornos alimentarios. El estudio se llevó a

cabo con dos grupos de mujeres, un grupo estuvo observando durante 20 minutos fotografías de animales, mientras que el otro grupo utilizó esos 20 minutos para navegar por Facebook. El grupo de mujeres que estuvieron navegando por esta red social experimentaron una mayor preocupación por el peso y la apariencia física e insatisfacción corporal influenciadas por los anuncios y las fotografías de chicas delgadas y chicos musculados que se cuelgan en esta red social. Como ejemplo de hasta dónde puede llegar la influencia de las redes sociales se destaca la existencia de webs, denominadas webs 'Pro-Ana' y 'Pro-Mía'; el término 'Pro-Ana' es una conjunción de los prefijos Pro, que significa "a favor de" y Ana' que hace referencia a la anorexia, mientras que 'Pro-Mía', significa a favor de la bulimia; en estas webs se ofrecen consejos, dietas o ejercicios - algunos muy extremos - con los que perder peso rápidamente, pero no son los únicos lugares donde encontrar este tipo de información, puesto que en internet también hay multitud de grupos o incluso foros destinados a este tema (Albor, 2014).

Otro factor importante, es el de los grupos de referencia, entre los que por lo general destaca la familia y los amigos. El feedback o retroalimentación que se recibe por parte de los otros contribuye a la formación y desarrollo de la IC.

La teoría del aprendizaje social propone que los padres son importantes agentes de socialización que influyen en la IC de sus hijos mediante el modelado, el feedback y la instrucción (Kearney-Cooke, 2002). Parece que la propia familia amplifica la importancia sociocultural del atractivo. Puesto que desde muy pequeños enseña cómo hay que arreglarse, comportarse, qué es lo bello y qué no. Asimismo se aprende a través del modelado, al tomar como ejemplo a los progenitores.

Las amistades en la edad adolescente, son también un factor importante en la formación de la IC. El ser criticado y sufrir burlas por los grupos de iguales acerca de la apariencia o de la figura, en la época adolescente puede afectar a la IC que uno tiene de sí mismo y con ello a la aparición de trastornos de la misma (Donaire, 2011).

I.2.3. INSATISFACCIÓN CORPORAL: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

El modelo cultural actual establece un estereotipo corporal excesivamente delgado en mujeres y musculado en hombres. Un modelo que no se ajusta a los cánones corporales de la mayoría de la población, lo que trae como consecuencia que el desagrado por el peso y la forma corporal sea hoy una preocupación bastante corriente. Algo que en muchas ocasiones puede desencadenar una serie de comportamientos que probablemente conducirán al desarrollo de un problema o trastorno alimentario.

Las personas que aprecian su imagen con precisión y se sienten cómodas con ella tienen una percepción de su IC adecuada. Estas personas evalúan su cuerpo bajo otros parámetros diferentes a los exclusivamente relacionados con el atractivo, como pueden ser, utilidad, importancia, vulnerabilidad, sexualidad o privacidad (Klonoff y Landrine, 1993).

Por el contrario, las personas que presentan una exagerada preocupación por el aspecto físico o que perciben su IC de forma diferente a como realmente es, pueden llegar a padecer un trastorno psiquiátrico conocido como Trastorno de la IC. Las personas que lo presentan desarrollan creencias acerca de su apariencia física

que influyen en sus pensamientos, emociones y conductas. Estas creencias tienden a formarse durante la adolescencia, etapa en la que la identidad de la persona y el desarrollo físico cambian rápidamente.

El trastorno de la IC comprende aspectos perceptivos, cognitivos y conductuales. Perceptivamente, la persona ve su defecto como mayor, de lo que es en la realidad. Cognitivamente, devalúa su apariencia intensamente, se interesa en exceso por su defecto e imagina que otra gente se fija en él. Esta preocupación es más intensa en situaciones sociales, aunque puede presentarse también en cualquier otro momento. Y conductualmente, organiza su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Consume gran cantidad de horas al día comprobando su defecto, solicita continuamente información tranquilizadora y se compara con otros individuos (Raich, 2004).

I.2.4. INSTRUMENTOS Y FORMAS DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

En la actualidad existe una gran variedad de instrumentos que miden la IC, entrevistas, cuestionarios, inventarios o escalas, entre otros. Por lo general, todas las técnicas propuestas persiguen detectar algún tipo de alteración o trastorno (Baile, 2003) ya sea relacionado con trastornos de la IC, de conductas alimentarias (TCA), u otro tipo de conflictos relacionados con la persona.

La mayoría de estos instrumentos se han focalizado en la evaluación de dos de los tres componentes de la IC: el perceptivo y el subjetivo. Existiendo un menor número de métodos que evalúen los aspectos conductuales (Raich, 2004).

En la presente investigación se ha decidido clasificar y abordar las técnicas de evaluación de la IC según el componente de la misma que valoran. En primer lugar se tratarán las técnicas de evaluación del componente perceptivo, que hacen referencia al grado de precisión con el que el individuo percibe la forma y tamaño de su cuerpo o de determinadas partes del mismo. En segundo, se abordarán las técnicas que estudian el componente cognitivo actitudinal, centradas en las creencias del individuo acerca de su cuerpo, así como de diferentes partes de éste y de las actitudes que estas creencias generan.

En tercer y último lugar se desarrollarán las técnicas que valoran el componente conductual, en el que intervienen las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados que provocan (Muñoz, 2015).

1.2.4.1. Evaluación del componente perceptivo

Como ya se ha mencionado, el componente perceptivo de la IC es el encargado de la precisión con la que se percibe el tamaño corporal completo y de las distintas partes del mismo. Por lo que la valoración de este componente se basa en medir el grado con el que el individuo percibe la forma y el tamaño de su cuerpo o de las partes del mismo; estudiando el valor de la discrepancia entre lo que el sujeto considera que miden y la medida real (Fernández, 2008). “La alteración de este componente da lugar a sobreestimación, cuando la percepción del cuerpo presenta unas dimensiones mayores a las reales, o subestimación, cuando la percepción presenta unas dimensiones menores a las reales” (Raich, 2004, p.16).

Principalmente existen dos tipos de métodos, que dependen de la parte que se evalúa, para la medición del componente perceptivo: Métodos de estimación corporal global y de estimación de partes corporales.

Para la estimación corporal global se utilizan escalas de figuras, siluetas o fotografías. Estas escalas son fáciles de administrar y permiten medir sin grandes complicaciones la satisfacción o insatisfacción corporal. Las escalas consisten en contornos de figuras o siluetas del cuerpo humano con diferentes formas, pesos y tamaños, desde muy delgados a obesos. Al individuo a evaluar se le pide que seleccione la figura que cree que representa mejor su aspecto físico actual y que representa su físico ideal (Menzel, Krawczyk y Thompson, 2011). La desviación de su imagen real permite calcular la precisión perceptiva y la distorsión perceptiva. Este método facilita la evaluación de la insatisfacción corporal al establecerse la diferencia entre cómo se ven los sujetos y como les gustaría verse (Muñoz, 2015).

A continuación se presentan cronológicamente algunas de las escalas de figuras, siluetas y fotografías más empleadas y conocidas.

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

Conocido como *Figure Rating Scale*, consiste en un test de siluetas que consta de 8 figuras femeninas y 8 masculinas que representan de forma continua y ascendente una serie de formas que abarcan desde muy delgada hasta muy gruesas, pasando por delgada, de peso normal y gruesas.

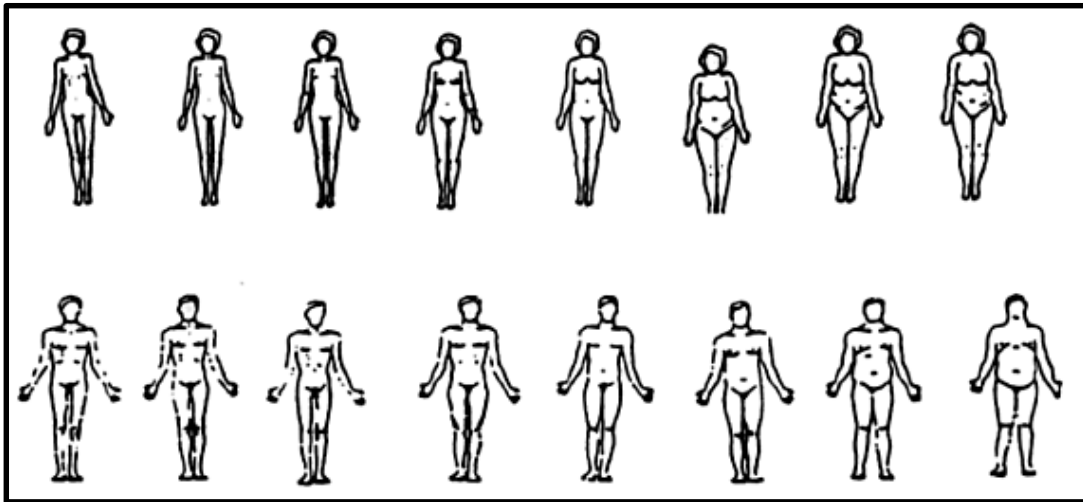


Figura 1.2. Siluetas corporales de adultos de Stunkard, Sorenson y Schlusinger. Obtenido de Ogden, 2005.

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

Consiste en una herramienta de 8 siluetas exclusivamente femeninas, conocida como el *Silhouette Measurement Instrument*. Igual que en el caso anterior, las figuras van desde la extremadamente estrecha hasta la considerablemente gruesa.

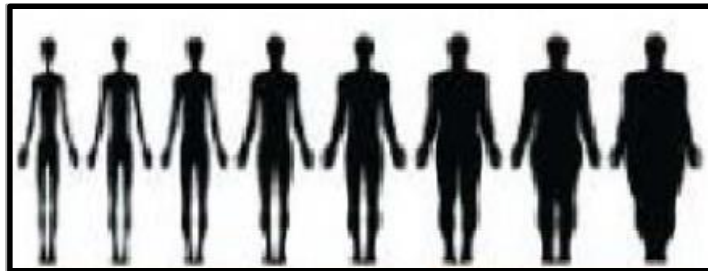


Figura 1.3. Siluetas corporales de adultos de Bell, Kirkpatrick y Rinn. Obtenido de Muñoz, 2015.

- *Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989*

Body Image Assessment (BIA) es también un test exclusivo para mujeres puesto que está constituido por 9 figuras femeninas dispuestas en orden aleatorio que van desde el bajo peso a la obesidad. Como en todos los casos se ha de elegir la imagen que se cree que se posee y la imagen deseada (Hersen, 2004).

En el año 2000 Williamson, Womble, Zucker, Reas, White, Blouin, y Greenway adaptaron este test para que pudiese ser administrado también a hombres e incorporaron a las 9 figuras iniciales femeninas, 9 figuras masculinas.

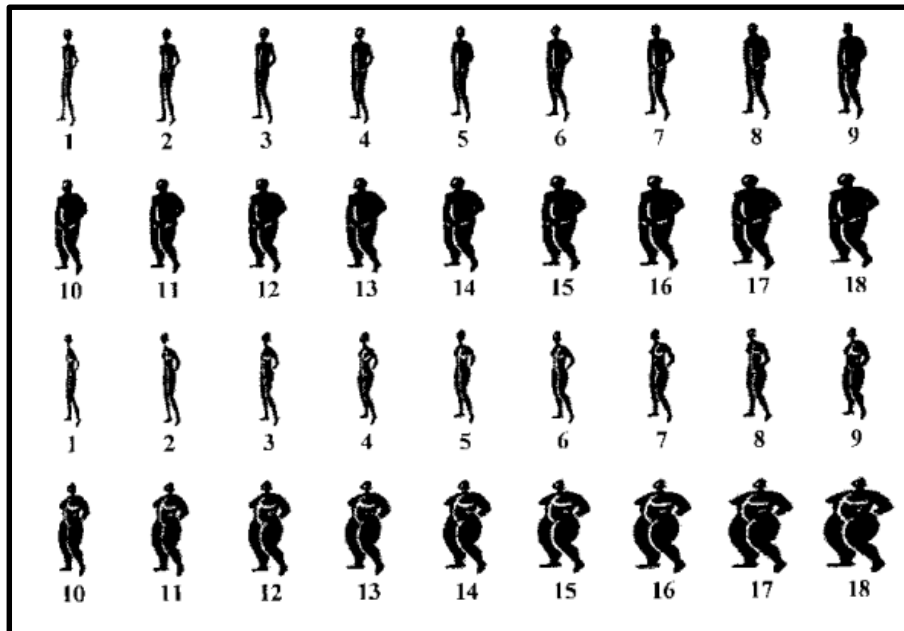


Figura 1.4. Siluetas corporales del Body Image Assessment para hombres y mujeres. Obtenido de Williamson et al., 2000.

- Siluetas de Collins (1991)

El test fue creado a partir de las siluetas de Stunkard Sorenson y Schlusinger. En esta ocasión las figuras aparecen ligeramente ladeadas y con diferentes detalles como pelo, ojos, nariz y boca. El test fue confeccionado para evaluar las percepciones de la IC, para ambos sexos, en adolescentes.

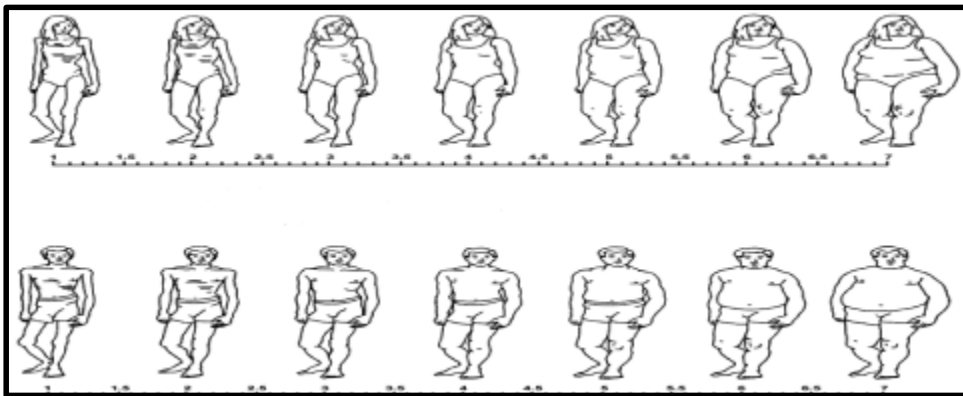


Figura 1.5. Siluetas corporales de Collins.
Obtenido de Muñoz, 2015.

- Siluetas de Thompson y Gray (1995)

Este test se conoce como *Contour Drawing Rating Scale*. En él, se muestran 9 siluetas femeninas, y 9 masculinas, en orden de menor a mayor peso, ambas también con presencia de diversos detalles.

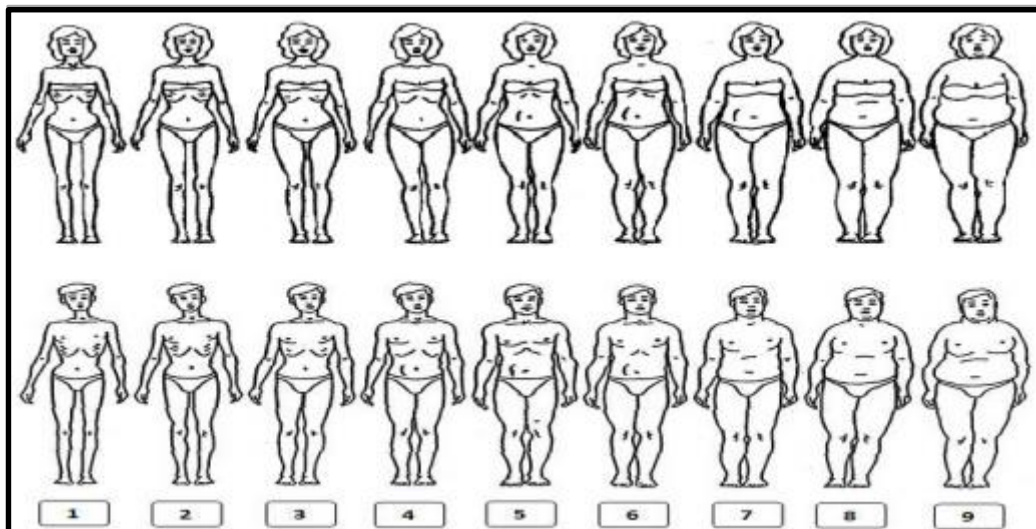


Figura 1.6. Siluetas corporales Thompson y Gray.
Obtenido de Muñoz, 2015.

- Siluetas de Kearney, Kearney y Gibney (1997)

Este test está formado por 9 siluetas masculinas y 9 femeninas ligeramente ladeadas y con algún detalle como el pelo. En esta ocasión las imágenes se dividen en cuatro categorías: Silueta 1 (delgado), Siluetas 2-5 (normal), Siluetas 6 y 7 (sobrepeso), y siluetas 8 y 9 (Obesidad).

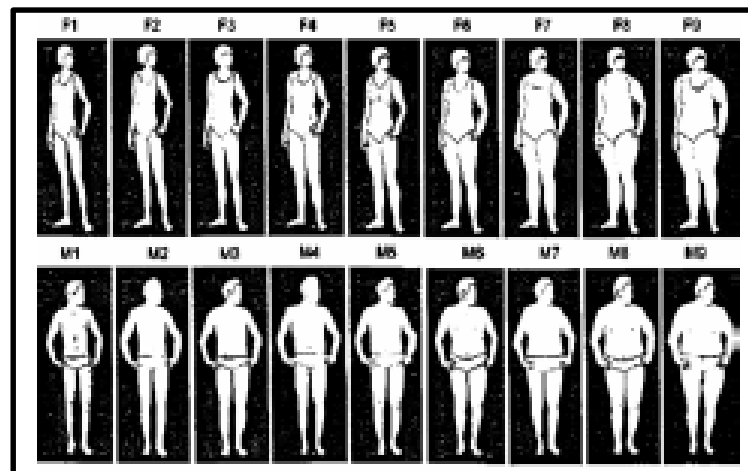


Figura 1.7. Siluetas corporales de Kearney, Kearney y Gibney. Obtenido de Herrera, Quevedo y Quinn, 2013.

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

El test se conoce bajo el nombre de *Schematic Contour Scale*. Se basa en 13 siluetas, sin detalles para cada sexo, en el que la figura central se corresponde con un valor de 0, las 6 a la izquierda (orden descendente, de mayor peso) obtienen valores negativos de -1 hasta -6, y las 6 figuras situadas a la derecha (orden ascendente, de mayor peso) obtienen valores positivos de 1 hasta 6.

A los sujetos, al igual que en los casos anteriores se les indica que señalen la IC que perciben como propia y la que les gustaría tener. A través de la diferencia entre ambas (percibida-deseada) se obtiene el índice de insatisfacción con la IC. Cuando el resultado es negativo, la insatisfacción se produce porque el sujeto desea

adelgazar. Si en cambio, el resultado es positivo la insatisfacción se produce porque el sujeto desea engordar.

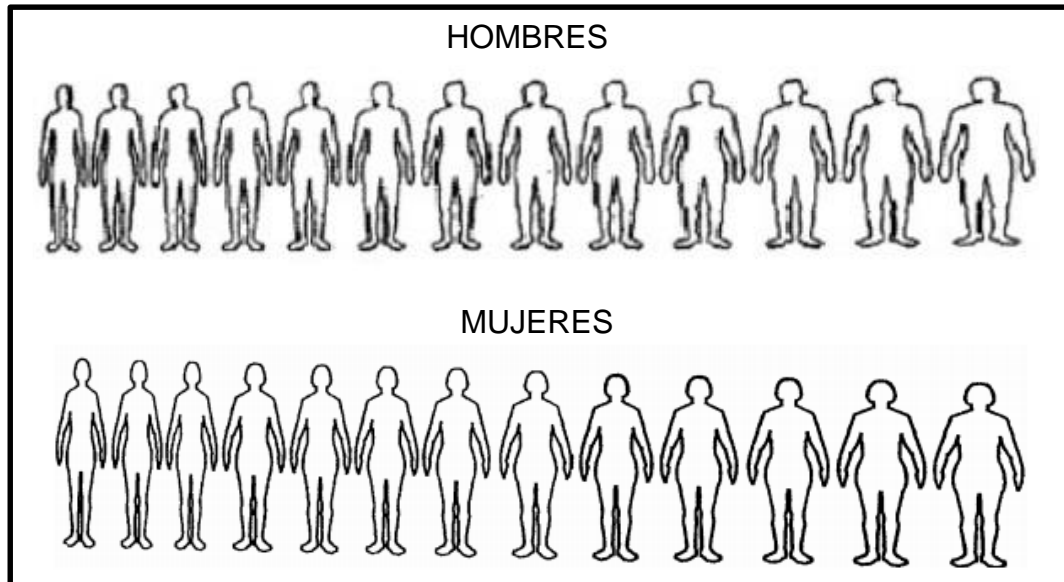


Figura 1.8. Siluetas corporales de Gardner, Stark, Jackson, y Friedman. (1999).

Imagen obtenida de:

http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_evaluacion_de_la_imagen_corporal_gardner.pdf

- *Pope, Gruber, Mangweth, Bureau, de Col, Jouvent (2000).*

Somatomorphic Matrix evalúa satisfacción con la imagen y la precisión perceptual con respecto a la musculatura y a la grasa corporal. Existe tanto versión masculina como femenina. La versión masculina de la prueba consiste en una biblioteca informatizada de 100 imágenes de hombres, dispuestos en una matriz de 10×10 , que representan 10 grados de cuerpo grasa y 10 de la musculatura. Este test se convirtió en un importante avance en la evaluación de la IC, al tener en cuenta además de la delgadez, la musculatura.

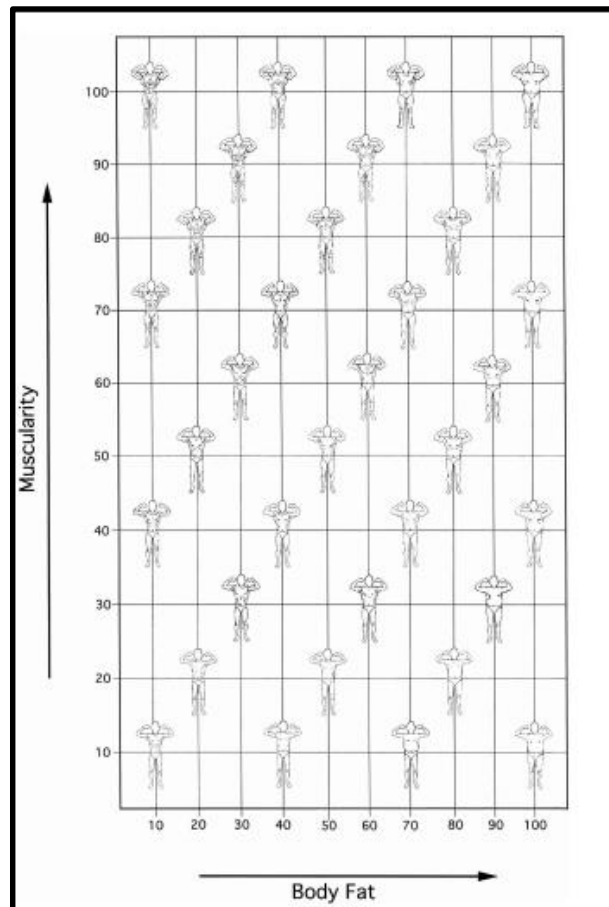


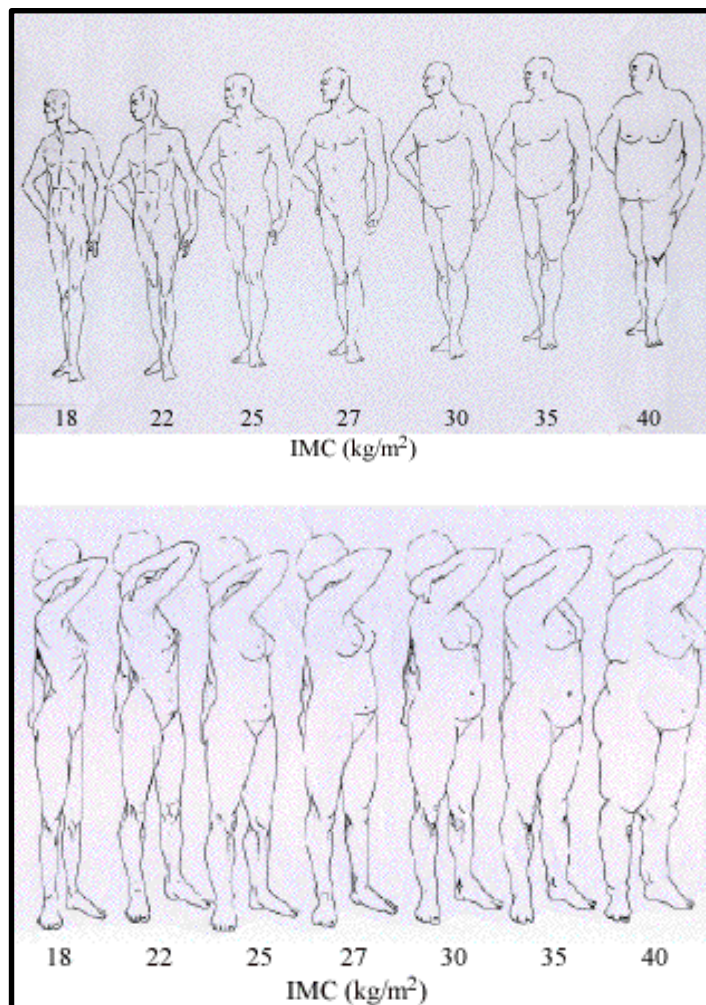
Figura 1.9. Siluetas Pope, Gruber, Mangweth, Bureau, de Col, Jouvent. The somatomorphic matrix. Obtenido de Cafri y Thompson, 2004.

- Siluetas de Montero, Morales y Carbajal (2004)

Test de 7 siluetas ligeramente ladeadas y con algún detalle como ojos, orejas, nariz. Estos modelos fueron realizados por una licenciada en Bellas Artes y se corresponden el caso de hombres con una altura de 175 cm y un peso de 55 kg, 67 kg, 77 kg, 83 kg, 92 kg, 107 kg y 122 kg. En el caso de las mujeres estos modelos fueron realizados según una altura de 165 cm y unos pesos de 50 kg, 60 kg, 68 kg, 74 kg, 82 kg, 95 kg y 109 kg. Estos modelos equivalen, por tanto, a los siguientes valores de índice de masa corporal (IMC) (Peso (kg)/Talla² (m)): 18, 22, 25, 27, 30, 35 y 40 (Montero, Morales y Carbajal, 2004).

En esta ocasión, además de identificar y elegir siluetas, se procede a pesar y medir al sujeto obteniendo su IMC real. Los resultados se obtienen al restar el valor del IMC real el del percibido, encontrándose las siguientes categorías:

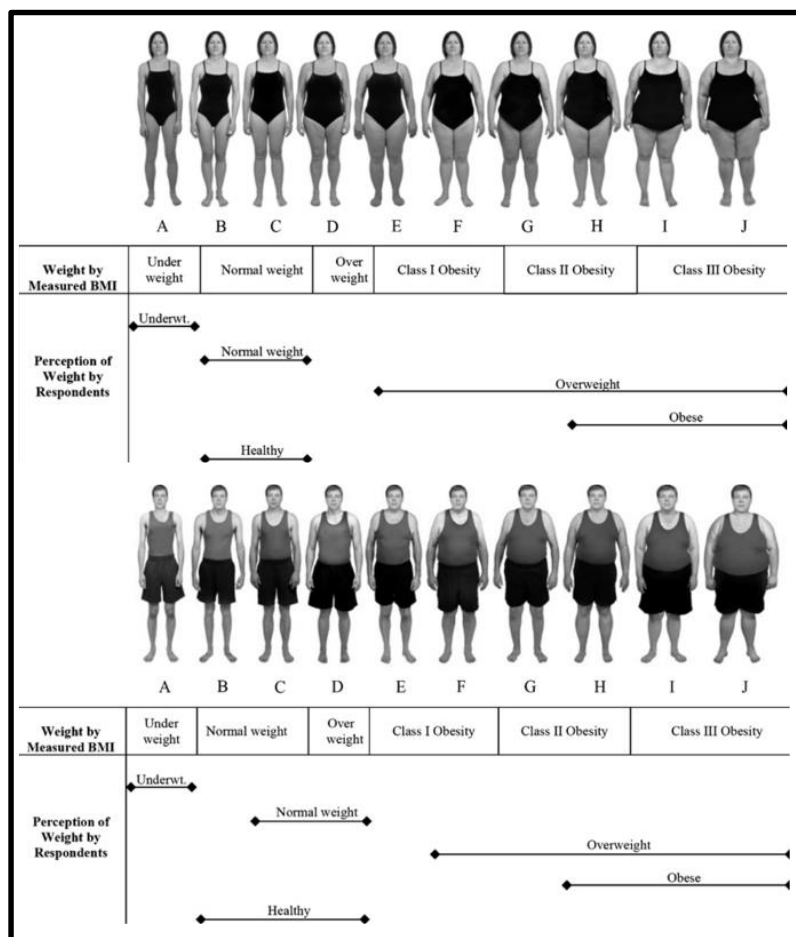
1. Se ve igual, cuando el valor es cero.
2. Se ve más delgado de lo que es en realidad, cuando el valor obtenido es superior a cero.
3. Se ve más gordo de lo que es en realidad, cuando el valor obtenido es inferior a cero.



*Figuras 1.10. Siluetas de Montero, Morales y Carbajal. (2004)
Obtenido de Montero et al., 2004.*

- Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell (2008). BSGs (Body Size Guides)

Se trata de un cuestionario cuyos ítems se corresponden con figuras que van del bajo peso (IMC 18.5) a la obesidad de tercer grado (IMC 40). En concreto consta de 10 fotografías de hombres y 10 de mujeres. Además de determinar qué cuerpos son percibidos como sanos, en bajo peso, peso aceptable, en sobrepeso y obesos, presentan unos ítems adicionales, diseñados para evaluar el contexto social de los sujetos. Para ello se pide identificar las figuras que más se parecen a los adultos miembros de la familia, amigos, y en general a los adultos que forman parte de su comunidad.



Figuras 1.11. Figuras de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel, y Cottrell (2007).

Imagen obtenida de:

[http://www.researchgate.net/publication/6138361_BMI-based_body_size_guides_for_women_and_men_Development_and_validation_of_a_novel_pictorial_method_to_assess_weight-related_concepts._International_Journal_of_Obesity_\(London\)_32\(2\)_336-342.](http://www.researchgate.net/publication/6138361_BMI-based_body_size_guides_for_women_and_men_Development_and_validation_of_a_novel_pictorial_method_to_assess_weight-related_concepts._International_Journal_of_Obesity_(London)_32(2)_336-342.)

▪ *Figuras de Gardner, Jappe y Gardner (2009)*

Este test, denominado *Body Image Assessment Scale-Body Dimensions* (BIAS-BD). Se basa en la elección de la forma del cuerpo a partir de medidas antropométricas de 17 figuras femeninas y masculinas de contorno, que utilizan las dimensiones de los hombros, el pecho, la cintura, la cadera, el muslo y el ancho superior de la pierna. Los dibujos figurativos se corresponden con una serie de pesos corporales que van desde 60% por debajo del peso promedio al 140% por encima, con una diferencia de 5% en el peso corporal entre figuras contiguas.

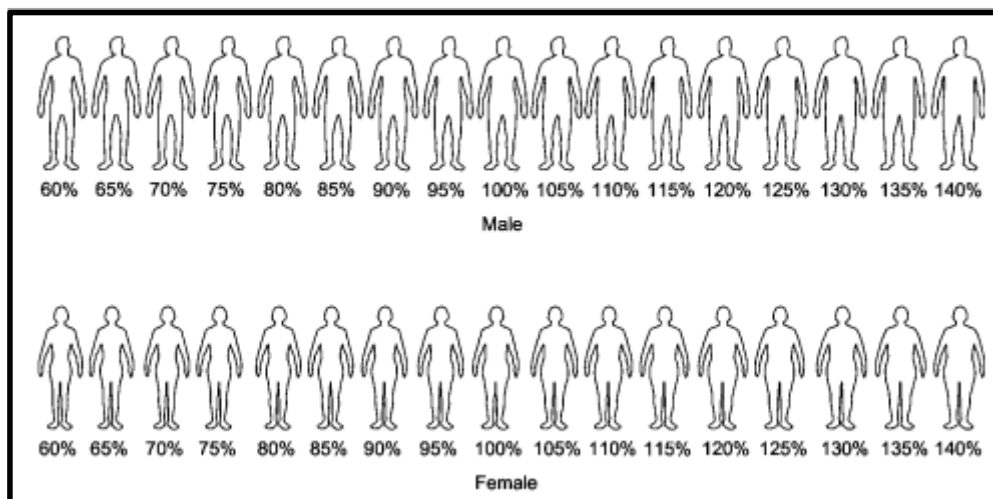


Figure 1.12. The Body Image Assessment Scale-Body Dimensions (BIAS-BD) (Gardner et al., 2009).

Obtenido de <http://www.researchgate.net/publication/23564312>

Las otras técnicas de evaluación de la dimensión perceptiva, se corresponden con los métodos de estimación de partes corporales (caderas, brazos, piernas, etc.).

Dentro de ellos existen distintos métodos: analógicos y de trazado de imagen:

- Los métodos analógicos se basan en la utilización de herramientas que permiten al sujeto efectuar una estimación de la amplitud frontal o lateral de ciertas partes de su cuerpo. Esta estimación se realiza mediante el

manejo de dos puntos luminosos cuya distancia puede ampliarse o reducirse a voluntad por el propio sujeto. La discrepancia entre la estimación realizada por el sujeto y las medidas reales obtenidas a través de un calibrador corporal permite calcular un índice de precisión perceptiva del tamaño (Raich, 2000). Índice de Precisión Perceptiva (IPP):

$$\text{IPP} = (\text{estimación cm} / \text{medida real cm}) \times 100.$$

- Los métodos de trazado de imagen se fundamentan en la utilización de piezas de madera o cordones. Estas herramientas se utilizan para que el sujeto pueda mostrar las dimensiones percibidas respecto a su propio cuerpo. Las piezas de madera se entregan al individuo y éste las aproxima o aleja según atribuya su tamaño corporal. Con el cordón él propone la longitud de un segmento corporal, de manera que la distancia entre los dos dedos que lo sostiene representa dicha longitud. Al igual que en caso de los métodos analógicos, por medio de un calibrador corporal se toman las medidas reales, para posteriormente calcular el Índice de Precisión Perceptiva (IPP).

Para ambos casos un IPP de 100 indica precisión perceptiva, índices superiores a 120 indicarían sobrestimación mientras que los inferiores a 80 subestimación (Muñoz, 2015).

1.2.4.2. Evaluación del componente cognitivo-actitudinal

El componente cognitivo-actitudinal hace referencia a las “actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (ej.satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.)” (Raich, 2004, p.17).

Para la evaluación de este componente se utilizan cuestionarios y entrevistas que evalúan el grado o índice de satisfacción/insatisfacción corporal; al ser considerados los métodos que mejor discriminan los trastornos de la IC (Fernández, 2008). En la Tabla I.2, se presentan y describen por orden cronológico y a modo de resumen los cuestionarios más importantes creados para medir la IC.

Tabla I.2.
Cuestionarios relacionados con la medición de la imagen corporal

Cuestionario	Autores	Descripción
BCS, Body Cathexis Scale.	Secord y Jourard (1953).	Cuestionario de 46 ítems que se relacionan con partes y funciones del cuerpo. Cada paciente valora cómo siente cada parte y función corporal en una escala Likert de 5 opciones.
RSES. Rosenberg Self-Esteem Scale.	Rosenberg (1965).	Diseñado para evaluar los sentimientos globales de autovaloración y autoaceptación. Consta de 10 ítems y, aunque originalmente se elaboró con las características de una escala Guttman, su utilización habitual recurre al formato Likert de cuatro alternativas de respuesta que van desde muy de acuerdo (1) hasta muy en desacuerdo (4).
Eating Altitudes Test. (EAT-40).	Gamer y Garfinkel (1979).	Compuesto por 40 ítems que evalúan un amplio rango de actitudes y comportamientos relacionados con la anorexia nerviosa (AN).
Body Esteem Scale.	Mendelson y White (1982).	Utilizado en niños y adolescentes, refleja cómo una persona valora su apariencia física.

Cuestionario	Autores	Descripción
OSIQ, Offer Self-Image Questionnaire.	Offer, Ostrov, Howard y Doland (1982).	Para adolescentes de entre 14 y 18 años. Consta de 130 ítems repartidos en 11 escalas. Presenta una subescala de cuerpo y autoimagen que puede utilizarse como medida de evaluación general de la apariencia.
EDI (Eating Disorders Inventory)	Garner, Olmstead y Polivy (1983)	Compuesto por 64 ítems divididos en 8 subescalas. Una de ellas es un índice genérico de insatisfacción corporal general con diferentes zonas del cuerpo. El resto de subescalas miden diferentes aspectos: comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar.
BSQ, Body Shape Questionnaire ²	Cummins, Taylor, Cooper y Fairburn (1987).	Consta de 34 ítems que evalúan insatisfacción corporal y preocupación por el peso. La adaptación española ha sido efectuada por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater (1996), que evalúa aspectos actitudinales de la IC en términos de satisfacción/insatisfacción corporal y preocupación por el peso y la figura. Permite discriminar entre sujetos sin problemas, individuos preocupados por su imagen corporal y personas con TCA.
BIAS, Body Image Anxiety Scale. .	Reed, Thompson y Brannick (1990).	Evalúa la ansiedad-estado que se relaciona con el peso y con zonas corporales no relacionadas con el peso. Presenta una escala con cuatro puntos que describe la frecuencia con la que se producen los sentimientos de ansiedad hacia el cuerpo. La ansiedad como estado se valora en tres diferentes situaciones diseñadas para producir baja, media y elevada ansiedad. La ansiedad como rasgo mide ansiedad corporal generalizada y no en diferentes situaciones.

² El cuestionario BSQ es uno de los instrumentos de evaluación utilizados en esta investigación por lo que se explicará con mayor profundidad en el Capítulo II. Marco Metodológico.

Cuestionario	Autores	Descripción
BIATQ, Body Image Automatic Thoughts Questionnaire.	Cash, Counts y Huffine (1990).	Valora las distorsiones cognitivas a causa de la apariencia. Consta de dos categorías, correspondientes a pensamientos positivos y negativos valorados de 1 a 6 en función de la frecuencia con la que el individuo piensa que le suceden.
MBSRQ, Multidimensional Body Self Relations Questionnaire	Cash (1990).	La versión original consta de 69 ítems (en español de 72) que pueden contestarse en una escala de 5 puntos agrupados en 7 subescalas factoriales (BSRQ) y 3 adicionales. Tiene tres escalas actitudinales (evaluación, atención/importancia, conducta) y tres subescalas o dominios somáticos (apariencia, destreza física y salud). La traducción y adaptación de este cuestionario al español la realizaron Raich, Torras y Mora (1997).
BAQ, Ben-Tovim Walter Attitudes Questionnaire.	Ben-Tovim y Douglas-Kok (1991).	Presenta 48 ítems en respuestas agrupadas en cinco subescalas: sentimiento de estar gordo, estigma, atractivo, fuerza y adecuación, y buen peso y línea.
Body Attitude Test (BAT).	Probst, Vandereycken. Van Coppenolle y Vanderlinden (1995).	Evalúa distintos aspectos de la insatisfacción con el cuerpo, como pensamientos, emociones y actitudes hacia determinadas características corporales. Está compuesto por 20 ítems que se evalúan en una escala Likert de 6 puntos (desde nunca hasta siempre).

Elaboración propia adaptada de Muñoz (2015).

Como se ha indicado previamente, además de la utilización de cuestionarios para la evaluación del componente cognitivo actitudinal de la IC también se emplean entrevistas. A continuación, en la Tabla I.3., se describen las más importantes

Tabla I.3.

Entrevistas para la medición de la imagen corporal (Muñoz, 2015)

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

Elaboración propia adaptada de Muñoz (2015).

I.2.4.3. Evaluación del Componente Conductual

Este tercer y último componente de la IC se relaciona con las “*conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo de exhibición, de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.)*” (Raich, 2004, p.17).

La evaluación y medición del componente conductual es sobre el que menos se ha investigado, aunque algunos de los cuestionarios citados anteriormente incluyen dicha evaluación, como por ejemplo el MBSRQ, el BSQ, el BDDE o escala Yale Brown modificada, pero no son específicos de este componente.

El instrumento para evaluar las conductas asociadas a los trastornos de la IC es el *Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)*, de Rosen, Salzberg, Srenick y Went (1990). Consta de 19 ítems, que se agrupan en 4 subescalas: vestimenta, actividades sociales, restricción alimentaria, acción de pesarse y de acicalarse. Mediante este test se evalúa la frecuencia con que se llevan a cabo conductas que denotan preocupación por la apariencia física y conductas de evitación (Muñoz, 2015).

I.2.5. INVESTIGACIONES PREVIAS

La importancia que otorga la sociedad al aspecto físico junto con la insatisfacción que produce en gran parte de la población y los problemas que ello genera, hace que existan numerosos estudios sobre IC. En este apartado se presentan

las investigaciones más relevantes sobre IC y su relación con otras variables como sexo, la edad, actitudes alimentarias y práctica de actividad física.

El género y la edad son factores que influyen de manera significativa sobre la IC, por ello, son muchos los estudios que estudian estas diferencias, encontrándose que la mayoría de ellos exponen que, las mujeres, en relación con el género, y los adolescentes en relación con la edad, son los grupos de individuos que soportan una mayor influencia del entorno y por tanto presentan mayores índices de insatisfacción corporal.

Las primeras investigaciones sobre insatisfacción corporal se realizaron en los años ochenta del pasado siglo. Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta (1989) estudiando una muestra de chicas adolescentes hallaron que un 26% se sentían insatisfechas con su cuerpo y se percibían gordas, a pesar de que sólo un 1% lo estaba. Unos años más tarde Grant y Cash (1995) afirmaban que en la sociedad occidental un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentaban insatisfacción corporal.

En función de la edad, en 1999, Rosenblum y Lewis, encuentran que la insatisfacción corporal aumenta significativamente en un periodo concreto de la adolescencia, en particular en el rango de los 13 a los 15 años, para a partir de esta edad mantenerse constante hasta los 18 años. Investigaciones apoyadas por Baile, Raich y Garrido (2003) y Sáez y Mateo (2002) que amplían un poco el rango de edades e indican que entre los 12 y los 16 años es el periodo por excelencia donde se establece la insatisfacción corporal de los adolescentes.

Continuando con las investigaciones sobre porcentajes de preocupación e insatisfacción de la IC; De Gracia, Marcó, Fernández y Juan (1999) encontraron en un estudio realizado a adolescentes españolas que más de la mitad de las encuestadas (53.8%) expresaban preocupación por su IC y deseos de estar delgadas. Inquietud que estaba asociada a un aumento de la influencia del modelo estético de delgadez en la sociedad de la época. Estudios posteriores a cerca de la evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en muestras de adolescentes apoyaron las afirmaciones ya conocidas sobre la superioridad de la insatisfacción corporal en el sexo femenino frente al sexo masculino. Las chicas, en mayor medida que los varones, se sienten insatisfechas con su cuerpo y apariencia física, se autoperciben obesas y desean estar más delgadas de lo que en realidad están (57.6%). Merino et al. (2001). Insatisfacción que tiende a favorecer la prevalencia de riesgo de sufrir trastornos de conducta alimentaria, como demuestran Sánchez, Hurtado, Colomer, Saravia, Monleón y Soriano (2000) en su investigación sobre actitudes alimentarias anómalas y su relación con la IC en una muestra urbana de adolescentes valencianos entre 14 y 18 años, en la que los resultados mostraron que el 19.8% de las mujeres encuestadas (n=197) y el 1.76% de los hombres encuestados (n=170) presentaban riesgo de sufrir un trastorno alimentario. En este aspecto se ha demostrado que existe relación entre aquellas personas que presentan preocupación por la autoimagen y niveles medios y bajos de autoestima, con una mayor tendencia a presentar trastornos alimentarios (Gasco, Briñol y Horcajo, 2010).

En 2002, Cruz y Maganto, al realizar una investigación en adolescentes españoles mediante un cuestionario de siluetas, comprobaron que el 60% de las chicas desearían estar más delgadas frente al 23% de los chicos. Los porcentajes de

satisfacción corporal fueron del 54% en y sólo del 33% en el caso de mujeres. Igualmente al 22% de los chicos les gustaría estar más gordos, un porcentaje muy inferior en el caso de las chicas, de las que sólo a un 7% les gustaría estar más gordas. Ese mismo año Baile, Guillén y Garrido (2002), estudiaron la distribución de la variable insatisfacción corporal en adolescentes españoles de un Instituto de Enseñanza Secundaria. La muestra comprendía edades entre los 12 y los 19 años reunidos en tres grupos según la edad: final de la infancia (pubertad o inicio de la adolescencia), adolescencia media y adolescencia (o inicio de juventud). Los resultados mostraron que a los 12-13 años (final de la infancia e inicio de la adolescencia) se muestran niveles muy bajos de insatisfacción corporal sin diferencias entre los chicos y las chicas. Las diferencias en la insatisfacción corporal entre ambos géneros aparecen en los grupos de edad 15-16 y 17-19; las chicas en estos dos niveles de edad mostraron mayor insatisfacción que los chicos. Lo que apuntaría que la insatisfacción corporal se va adquiriendo en el período que va desde los 12 a los 16 años; resultado que apoya las investigaciones ya comentadas de Rosenblum y Lewis (1999) y Sáez y Mateo (2002). En este sentido McCabe y Ricciardelli (2005) con una muestra de estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), concluyeron que la mayor parte de los adolescentes no aceptaban su estado actual como su figura ideal (desde el 69.3% en primero de ESO al 51.2% en cuarto de ESO), queriendo normalmente disminuir de peso. En general son las chicas las que tienen más pensamientos negativos sobre su apariencia física y más conductas de evitación relacionadas con la IC, como demostró Tornero (2013) al estudiar la insatisfacción corporal en la adolescencia, y su relación con algunas características como son el género, el IMC, las actitudes hacia la obesidad y la actividad física.

Como argumentan Gómez-Mármol., Sánchez-Alcázar y Mahedero-Navarrete. (2013), la autopercepción que los adolescentes poseen sobre su propia IC está adquiriendo progresivamente un papel más determinante su vida. La influencia de los medios de comunicación en la promoción de un modelo estético corporal contribuye a que los adolescentes deseen alcanzar estos modelos que no se ajustan a los propios de la edad, lo que conlleva a una insatisfacción de su IC y haga que suelen poseer una imagen distorsionada sobre su apariencia física (Cruz y Maganto, 2002; Baile et al., 2002). No obstante, cabe destacar que, a medida que aumenta la edad, esta distorsión tiende a disminuir (Crisp y Kalucy, 1974; Garner Garfinkel, Stancer y Moldofsky, 1976; Halmi, Goldberg y Cunningham, 1977; Touyz, Beaumont, Collins, McCabe y Supp, 1984). Algunos autores como Ramos, Rivera y Moreno (2010), subrayan que esta preocupación se torna diferente según el género: mientras los chicos se preocupan más por tener una IC en la que predomine la musculación, las chicas poseen unos ideales de belleza asociados a la delgadez, siendo en la mayoría de los casos por debajo incluso de una talla saludable.

En estudios con universitarios, Raich, Torras y Figueras (1996), encontraron que los hombres en general, deseaban ganar peso, incluso los que presentaban sobrepeso (12% deseaban pesar más). Las mujeres, en cambio, deseaban estar más delgadas, encontrándose que el 18% de las chicas con un peso inferior a su normopeso quería pesar aún menos, este porcentaje ascendía al 82% de las chicas que estaban en un peso saludable, mientras que el 100% de las que presentaban sobrepeso también querían pesar menos. Centrándose también en universitarios, Lameiras, Calado, Rodríguez, Fernández (2003), obtuvieron que el 70% de la chicas querían pesar menos, a pesar de que el 84% de ellas se encontraban en normopeso.

En los chicos estos porcentajes fueron del 52.8%, encontrándose que un 24.3% de ellos presentaban sobrepeso. Cuando se preguntó por el deseo de engordar se encontró que el 23.6% de los chicos quería pesar más, respecto al 11% de las chicas. Y solamente estaban satisfechos con su peso el 23.6% de los chicos y un 18.8% de las chicas.

Muchas investigaciones se centran en la relación entre la insatisfacción con la IC y el IMC. Montero et al. (2004) encontraron mediante la realización del test de Siluetas a una muestra de población madrileña que el 52.3% de los hombres y el 38.7% de las mujeres eligen modelos que corresponden a sus IMC reales, es decir, los hombres se autoperciben más correctamente que las mujeres. El 29.2% de los hombres se ven más delgados de lo que realmente son y el 18.5% más gordos. El 8.6% de las mujeres se ven más delgadas de lo que son y el 41.1% se autoperciben más gordas.

Etxaniz (2005) estudia la relación entre la IC y los modelos estéticos corporales con adolescentes (con una media de 15 años de edad) y jóvenes (con una media de 22 años de edad) y obtiene unos resultados que demuestran que las mujeres obtienen mayor insatisfacción corporal y mayor influencia de los modelos estéticos corporales, tanto en la adolescencia como en la juventud y entre los dos grupos de edad, los chicos y chicas adolescentes se perciben con mayor obsesión por la delgadez.

Martínez y Veiga (2007) en sus estudios con adolescentes en la comunidad de Madrid, hallaron que tanto el IMC, como la actividad física están relacionados con la insatisfacción corporal, puesto que las personas que manifiestan preocupación por el

peso, emplean menos horas semanales a la práctica deportiva (Zagalaz, González, Cachón, Cuervo, 2015).

En el análisis realizado por Nogueira Serpa dos Santos (2012) sobre IC y actividad física en una muestra de la población portuguesa se demostró que los sujetos que se perciben con una silueta más voluminosa, son también los que están más insatisfechos por el exceso de peso y más preocupados con su IC, pero además resultaron ser menos físicamente activos. Por el contrario, los estudiantes que son físicamente más activos son los que tienen una IC más positiva, están más satisfechos y menos preocupados por su imagen.

Estudios posteriores relacionados también con la práctica de actividad física demuestran que los estudiantes universitarios que practican ejercicio físico tienen mejor percepción de la IC que los que no lo practican; encontrándose que además los varones tienen mejor percepción de la IC que las mujeres y dedican más horas semanales a la práctica deportiva (González, Cuervo, Cachón, y Zagalaz, 2016)

Siguiendo con estudios en población universitaria Amaral, Hernández, Basabe, Rocandio, y Arroyo (2012) han corroborado los resultados de investigaciones previas que muestran la elevada preocupación del sexo femenino en este tema; obteniéndose un elevado porcentaje de participantes femeninas que estaban insatisfechas con su peso corporal y deseaban estar más delgadas. Un dato llamativo dentro de esta investigación es que incluso las estudiantes Diplomatura en Nutrición Humana y Dietética que participaban en este estudio estaban insatisfechas con su peso corporal, un hecho que demuestra que aunque los conocimientos

repercuten en la práctica alimentaria, no son suficientes para conseguir una dieta saludable y reducir su insatisfacción corporal.

En un estudio reciente sobre IC realizado por Barba, Muñoz y López (2014) con universitarios de tercer año en la asignatura de Educación Física y su Didáctica, del Grado de Maestro en Educación Primaria, se demostraron las diferencias de género a la hora de percibir, sentir, y valorar la IC. Las mujeres al hablar de su apariencia física hacen valoraciones negativas con sentimientos de culpabilidad, muestran preocupación por su peso, y por el tamaño y proporciones de distintas partes del cuerpo. Por el contrario los hombres están más satisfechos con su imagen y creen que podrían mejorarla si realizaran Actividades Físico-Deportivas, vinculando la IC al ámbito de la salud y no exclusivamente al estético.

A pesar de que la insatisfacción corporal es mayor en mujeres, cómo demuestran todas las investigaciones referenciadas, la insatisfacción corporal de los hombres ha aumentado dramáticamente durante las últimas tres décadas (Zagalaz et al., 2008). En un estudio de Acosta y Gómez (2003) con adolescentes de género masculino de España y México, se concluye que la insatisfacción corporal de los varones se centra en el deseo de tener más musculatura. En este mismo sentido Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla (2008) al analizar una muestra de sujetos varones encontraron que después de aplicar el Test de Actitudes Alimentarias, el Cuestionario de Bulimia y el Cuestionario de Imagen Corporal, el 7% de los encuestados mostró estar ligeramente preocupado por su IC, 4% dijo tener una preocupación moderada y 1% informó sufrir una preocupación extrema. En este sentido Salazar (2008) encontró que el aspecto corporal que genera mayor insatisfacción en hombres es la estatura, lo que hace que estos quieran ser más altos.

Este aumento de la preocupación por la IC en el género masculino, ha llevado a Ibáñez y Baile (2014) a diseñar y validar una Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal en Varones.

Esta realidad pone de manifiesto la necesidad de una intervención conjunta de toda la comunidad educativa para cambiar la situación actual en materia de autopercepciones de apariencia física. Esta intervención debería ser un trabajo colaborativo entre profesores, familias y profesionales, que debería ser iniciado en edades tempranas y continuando y apoyando a lo largo de toda la adolescencia y juventud, para así poder cambiar el ideal estético que impera en nuestra sociedad y por tanto actuando sobre la prevención de los problemas y trastornos relacionados con la IC.

I.3. HÁBITOS ALIMENTARIAS

I.3.1. DEFINICIÓN

El modo o forma de alimentarse, junto con la elección de tipo, la cantidad y las características de los alimentos que se ingieren pueden recibir diversas denominaciones, conducta alimentaria, hábito alimentario, actitud alimentaria o incluso dieta, son los más utilizados. Con el fin de no utilizar indistintamente las designaciones indicadas y con la intención de encontrar que término es el más adecuado para la presente investigación se procedió al análisis de estos vocablos. En primer lugar fue descartada la demarcación de dieta como designación de todo el proceso externo relacionado con la forma de alimentarse y la elección de dichos alimentos, ya que se considera que la palabra dieta está más estrechamente relacionada con la realización de un tipo de alimentación que incluye la restricción de algún alimento, con el fin de realizar comidas con un propósito diferente meramente al de alimentarse, como puede ser el caso de querer ganar o perder peso. No obstante el término dieta se utilizará más adelante en esta investigación con la connotación de señalar un modelo dietético arraigado en unas culturas, la dieta mediterránea.

Continuando con la elección de un único término al que hacer referencia se proponen las definiciones reflejadas en la RAE de: actitud, conducta y hábito. Según la RAE (2014) actitud se define como “Disposición de ánimo manifestada de algún

modo”. Conducta se expone como la “manera con que los hombres se comportan en su vida y acciones”. Y hábito como el “modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas”.

Una vez expuestas estas definiciones y conociendo que el término alimentario hace referencia a lo “perteneiente o relativo a la alimentación” (RAE, 2014); se descartan las designaciones de actitud alimentaria y conducta alimentaria. La primera de ellas, actitud alimentaria, se desecha al no presentar una connotación neutra, dado que el término actitud presenta desviaciones positivas o negativas y se tiende más a hablar de una actitud positiva o negativa frente a un hecho o acción. La segunda de ellas, conducta alimentaria, pese a ser un término relacionado con la selección de alimentos, preparaciones culinarias y cantidades ingeridas (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002) también se ha descartado al ser el término utilizado cuando se habla de trastornos alimentarios, cuyo conjunto de enfermedades se conoce bajo el nombre de Trastorno de Conducta Alimentaria o por sus siglas TCA.

Como consecuencia de estos descartes razonados y junto con el respaldo de ser el concepto que utiliza la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) y de ser el término más empleado en la mayoría de publicaciones se acuerda utilizar hábito alimentario para definir las “manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivas respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consumen los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales”. (Macias, Gordillo y Camacho, 2012, p.41)

Por lo que implica, por un lado, la relación directa con el alimento y, por el otro, todo lo que circunda y lo entorna (Galeano y Krauch, 2010; Torrensani y Somoza, 2003).

En lo que respecta al término alimentario es necesario destacar que se utiliza preferentemente la expresión hábito alimentario en lugar de hábito alimenticio, debido a que alimentario alude a lo relativo a los alimentos y a la alimentación y alimenticio lo hace a lo que alimenta o tiene la propiedad de alimentar (RAE, 2014).

Los hábitos alimentarios (HA en adelante) nacen en la familia y se ven reforzados en muchas ocasiones durante la educación escolar. Mientras los niños son pequeños los HA están marcados principalmente por la persona o personas de la familia encargadas de cocinar, por lo que el peso de llevar o no una alimentación saludable recae sobre esa persona o personas. En la adolescencia se produce normalmente un cambio en estos hábitos debido a la búsqueda por parte del adolescente de una mayor independencia respecto a la familia, que en muchos casos se complementa con un aumento del poder económico respecto a la niñez, lo que hace que sea una etapa clave para la instauración de HA saludables ya que en este periodo se asientan las bases para la alimentación adulta (Palenzuela, Pérez, Pérula, Fernández y Maldonado, 2014).

I.3.2. IMPORTANCIA DE UNA BUENA ALIMENTACIÓN

Según la OMS los principales factores determinantes en la adquisición de buena salud se basan en llevar una alimentación equilibrada y en practicar actividad

física de una manera regular. La implicación de estos dos factores desde las primeras etapas de la vida es el medio de protección para la prevención de enfermedades crónicas; puesto que las enfermedades que aparecen en la segunda mitad de la vida dependen en buena medida de la alimentación que se ha seguido durante las primeras etapas. Por consiguiente, llevar una alimentación equilibrada, realizar actividad física de manera habitual y mantener un peso adecuado a lo largo de la vida es el medio para protegerse de la mayoría de las enfermedades crónicas (World Health Organization, 2003).

Sin embargo, pese a tener claro la importancia de llevar a cabo una alimentación saludable, como se puede observar mediante los resultados avalados por la infinidad de estudios existentes sobre el tema; los HA del mundo occidental se caracterizan por un consumo excesivo, superior a las ingestas recomendadas de energía y nutrientes y por un tipo de dieta rica en proteínas y grasas de origen animal, y en azúcares refinados. Hábitos favorecidos en parte por la modernización de la sociedad que ha supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias, un hecho que ha conllevado a que cada vez se dedique un menor tiempo a la compra de alimentos y elaboración de las comidas y se prefieran los alimentos procesados.

En particular, la dieta española mantiene estos hábitos del mundo occidental con la salvedad de que esta dieta presenta un mayor consumo de vegetales, legumbres, frutas y el uso de aceites de origen vegetal. Pese a ello, España se presenta como uno de los países con mayor tasa de obesidad infantil; España es, junto con Grecia el tercer país europeo con más obesidad infantil; 34% de los niños en edad escolar tienen obesidad o sobrepeso (Europa Press, 29 de mayo de 2014). En

adolescentes este porcentaje asciende al 17% (Moreno, Ramos, Rivera, Jiménez-Iglesias y García, 2012).

Desde hace varios años y debido al papel tan crítico que juega la alimentación en las diferentes etapas de la vida, desde diversas instituciones se ha querido informar y enseñar a la población general acerca de qué se debe comer y en qué cantidades, proporciones y/o frecuencia debe hacerse. Para ello se han realizado multitud de instrumentos educativos dentro del ámbito de la política sanitaria que intentan explicar cómo llevar a cabo una correcta alimentación con la que prevenir enfermedades crónicas. Estos instrumentos abarcan desde enciclopedias alimentarias, libros, cuadernillos, guías rápidas e incluso carteles; aunque todas ellas coinciden en unos puntos básicos: (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2002)

1. Dieta variada: ya que ningún alimento proporciona todos los nutrientes.
2. Reducción del consumo de grasas.
3. Adecuación de la ingesta calórica al gasto energético y al mantenimiento del peso corporal.
4. Aumento del consumo de azúcares complejos (carbohidratos), fibra y vitaminas.
5. Reducción del consumo de sal.
6. Evitar el consumo de alcohol: a pesar de que una ingesta moderada de alcohol (10-30 g/etanol al día) parece relacionarse un efecto protector ha sido frente a las enfermedades cardiovasculares (Riba, 2015), en la infancia y en la adolescencia no se debe ingerir alcohol.

En general, para resumir toda la cantidad de información nutricional, se suelen utilizar modelos gráficos, como pirámides, ruedas, rombos, platos, etc., que constituyen una expresión visual de la cantidad de alimentos que se deben consumir.

A continuación se repasan brevemente los dos modelos gráficos actuales más relevantes en España:

1. *Rueda de los Alimentos de la Sociedad Española de Dietética y Ciencia de la Alimentación (SEDCA) (2007).*

Es un recurso didáctico en forma de rueda que fue promovido en España por el Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (EDALNU) del Ministerio de Sanidad entre los años 1961 y 1982. En la actualidad aún continúa siendo un recurso muy utilizado, por lo que se ha seguido modificando y actualizando con el paso del tiempo.

La parte didáctica de este modelo es la simplicidad gráfica que le proporciona una fácil comprensión. La rueda está dividida en sectores de diferentes tamaños y en cada sector se representan alimentos de los diferentes grupos; el tamaño de cada sector representa la cantidad en la que se deben consumir los alimentos que contiene el grupo que representa, por lo que los sectores de menor tamaño señalan grupos de alimentos que deben consumirse en ocasiones esporádicas. Asimismo dentro de cada grupo se diferencia entre alimentos más y menos aconsejables mediante la ubicación y el tamaño relativo del dibujo que representa cada alimento. Con ello, los que deben consumirse con mayor frecuencia presentan un tamaño superior.

En la última versión de esta rueda de los alimentos, presentada en 2007 (ver figura 16) se observa como en el centro en un círculo que abarca todos los sectores,

se incluye el agua y la actividad física; una disposición que remarca su importancia en la dieta. En cuanto a la descripción de los sectores remarcar que la base de la alimentación debe estar formada por los grupos de los cereales (hidratos de carbono), las frutas y las verduras (reguladores). En menor cantidad, se deben consumir alimentos del grupo de las carnes, pescados y huevos (proteínas animales). En menor cantidad aún, alimentos del grupo de los lácteos (proteínas animales). Y, por último, en muchísima menor cantidad se aconseja consumir alimentos del grupo de las grasas o lípidos.



Figura 1.13. Rueda de Sociedad Española de Dietética y Ciencia de la Alimentación (SEDCA, 2007)
Obtenido de la Sociedad Española de Dietética y Ciencia de la Alimentación (SEDCA).
http://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/rueda_alimentos.htm

2. *La Pirámide Alimentaria de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (2015).*

La pirámide alimenticia es un modelo más reciente y actual, como se puede comprobar en la fecha de la publicación de su última actualización, verano de 2015. Este formato piramidal refleja que la mayoría de los alimentos que se deben consumir deben proceder de su base y a medida que se asciende se debe ir disminuyendo el consumo de los alimentos que corresponden a los diferentes grupos, hasta llegar a la punta o vértice en donde se refleja el grupo que debe consumirse muy poco y de forma ocasional.

De forma muy resumida se procede a explicar el nuevo modelo presentado en la última actualización de la pirámide:

En la base se muestran consejos relacionados con los estilos de vida saludable, donde se remarca la necesidad de realizar actividad física, la importancia de un equilibrio emocional, mediante el concepto de alimentación consciente, que defiende la idea de dejar a un lado el estado de ánimo cuando se habla de alimentación; el balance energético, en el que se valora el equilibrio entre la ingesta energética (lo que se come) y el gasto energético (lo que se gasta); las técnicas culinarias saludables y beber agua, recomendando que esta cantidad esté comprendida entre 4 y 6 vasos al día de agua, como mínimo.

La parte media de la pirámide muestra los alimentos que se deben consumir diariamente, los hidratos de carbono (pan, pasta, arroz, harinas, legumbres tiernas...), frutas (3-4 veces al día) y verduras y hortalizas (2-3 veces al día).

En un nivel superior con la indicación de consumo variado aparecen lácteos, carnes blancas (pollo, pavo o conejo...) y pescados, además de legumbres, huevos o frutos secos.

Como alimentos de consumo ocasional la pirámide muestra las carnes rojas y embutidos. Y en ese mismo escalón pero fuera de la silueta de la pirámide aconseja para consumo opcional y moderado las bebidas fermentadas, como el vino o la cerveza.

Constituyendo el pico de la pirámide se muestran aquellos alimentos que se recomienda consumir de forma moderada, como productos ricos en azúcar, sal y grasas.

Por último en el pico de la pirámide una bandera que hace alusión al consumo de suplementos nutricionales o alimentarios.



Figura 1.14. Pirámide Alimentaria de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (2015) Imagen obtenida de <http://www.efesalud.com/noticias/estilos-de-vida-saludable-nuevas-recomendaciones-de-la-piramide-nutricional-senc-2015/>

1.3.2.2. La dieta mediterránea

Este apartado sobre la importancia de una buena alimentación no estaría completo si no se hiciese referencia, aunque fuese desde una forma resumida, a un modelo de alimentación que es considerado uno de los más saludables en la actualidad, la dieta mediterránea.

Como definen Willet, Sacks, Trichopoulou, Descher, Ferro-Luzzi, Helsing y Trichopoulos (1995) la dieta mediterránea es un modelo dietético arraigado culturalmente en los países de la cuenca mediterránea, que se caracteriza por un consumo elevado de alimentos vegetales, bajo consumo de carne roja y otros alimentos procesados, el uso del aceite de oliva como grasa culinaria y un consumo moderado de vino durante las comidas. Esta dieta es rica en hidratos de carbono, fibra y sustancias antioxidantes y baja en proteínas de origen animal, que junto con un aporte calórico de nutrientes en proporciones y cantidades adecuadas contribuye a la prevención de enfermedades cardiovasculares y de muchas otras enfermedades degenerativas (Moreno et al., 2012; Mente, De Koning, Shannon y Anand, 2009; Riba, 2015).

Pese a conocer los grandes beneficios de la dieta mediterránea, la modernización de la sociedad ha llevado al deterioro de los HA saludables; ese deterioro de los patrones alimentarios ha hecho temer sobre una gradual desaparición de esta dieta (Sanchez-Villegas, Martinez, De Irala, Martinez-Gonzalez, y SUN research group., 2002; Tur, Romaguera, y Pons, 2004) Como consecuencia de ello se han llevado a cabo en los últimos años estudios de la calidad de los HA en la población general. Uno de esos estudios se basa en un test que permite determinar de

manera rápida el grado de adherencia a la dieta mediterránea, éste se conoce cómo Test de Calidad de la dieta mediterránea o Índice Kidmed, un cuestionario creado por Serra-Majem, Ribas, Ngo, Ortega, García, Pérez-Rodrigo, y Aranceta en 2004 que consta de que consta de 16 preguntas, unas con connotaciones positivas sobre la dieta mediterránea y a las que se le asigna el valor +1 y otras con connotación negativa a las que se le asigna el valor -1. El grado de adhesión a la dieta mediterránea se calcula sumando los valores obtenidos en los 16 ítems, estableciéndose tres niveles que marcan dicha adhesión; si la puntuación total es ≤ 3 indica una dieta de baja adhesión; entre 4-7 indica adhesión media y si la puntuación total es ≥ 8 la dieta es de alta adhesión.

Este test fue utilizado para conocer la calidad de los HA y con ello la adherencia a la dieta mediterránea en muestra aleatoria de 1.956 alumnos de ESO (966 varones y 990 mujeres) (Ayechu y Dura, 2010). Encontrándose que el 6.7% de los alumnos de ESO tenían un Índice Kidmed bajo, el 50.4% medio y el 42.9% alto, sin que existieran diferencias significativas entre ambos sexos. También se encontró que este índice disminuía progresivamente con la edad, siendo mayor a los 13 años (49.5%) que a los 16 años (37.2%). Estos resultados han sido corroborados en una investigación posterior realizada en estudiantes de educación primaria y secundaria de la provincia de Valencia, encontrándose el 53.3%, el 30.1% y el 16.6% de una muestra total de 777 estudiantes entre 8 y 16 años presentaban una adherencia alta, media y baja respectivamente a la dieta mediterránea. Corroborándose también los resultados obtenidos en investigaciones previas sobre la relación indirecta existente entre la edad, en el periodo de la adolescencia, con la adhesión a la dieta

mediterránea (Navarro-Solera, González-Carrascosa y Soriano, 2014). Un resultado que pone de manifiesto la necesidad de reeducar los HA.

I.3.3. FACTORES RELACIONADOS CON LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS

Los HA no son innatos de cada individuo sino que son fruto de creencias, tradiciones, e influencias de la sociedad en la que vivimos; además no son fijos, van evolucionando según la etapa o fase de la vida, variando en función de factores externos como exigencias económicas, laborales, de conocimientos, publicitarias y de moda.

En la infancia y la adolescencia la alimentación alcanza una gran relevancia puesto son etapas de gran trascendencia en la proyección de la calidad de vida (CDV) del adulto. Los HA se adquieren fundamentalmente en el periodo de 6 a 12 años (González, Merino, López, García, Migallón, Pérez, Ruiz y Vázquez, 2000), pero es en la adolescencia donde adquieren una mayor relevancia, puesto que estos ya no son tan dependientes de los instaurados en el núcleo familiar y alcanzan una mayor relevancia los gustos, el tiempo y la influencia de la sociedad, tanto de los grupos de iguales como de los medios de comunicación y redes sociales, pudiendo verse estos HA gravemente alterados.

I.3.3.1. Gustos

El principal factor que determina la elección del alimento son los gustos. (Moreno, Gottrand, Huybrechts, Ruiz, González-Gross, y DeHenauw, 2014). Estos

gustos, preferencias y rechazos que determinan el modo de alimentarse están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida (Osorio et al., 2002). En relación con la preferencia de sabores el dulce (asociado filogenéticamente a alimentos comestibles y placenteros) y el amargo (asociado a alimentos no comestibles) son los gustos básicos, por lo que en edades tempranas se tiende a la búsqueda de estos sabores rechazando gustos ácidos y salados, que se desarrollan en etapas posteriores por la influencia del contexto social (Osorio et al., 2002).

1.3.3.2. Tiempo

El factor tiempo relacionado con los HA se puede medir desde dos puntos completamente diferentes. Por un lado se puede observar la influencia del tiempo biológico, que viene determinado por la etapa en la que se encuentra el individuo y por otro lado la influencia del tiempo físico entendido como el periodo dedicado a comer y a la preparación de los alimentos.

A. Tiempo biológico

Debido a que la presente investigación se centra en el periodo de la adolescencia sólo se abordará esta etapa al hablar de la influencia del tiempo biológico, dado que es una de las fases en donde en mayor medida se ven modificados los HA y que en muchas ocasiones sienta las bases del tipo de alimentación que se llevará a cabo en la etapa adulta.

Como ya se ha indicado la adolescencia es un periodo de cambios significativos, tanto físicos como psicológicos, los cuales afectan a muchas facetas

del individuo; uno de los aspectos que tiende a modificarse son los HA. Estos se ven alterados por muchos factores característicos de esta etapa, uno de los que más afecta a la modificación de los HA es la adquisición de una mayor autonomía a la hora de elegir que alimentos se van a consumir y que conlleva la reducción de la influencia familiar en la toma de decisiones. Esta mayor autonomía sumado al aumento de poder adquisitivo aumenta el número de comidas realizadas fuera de casa que suelen realizarse en restaurantes de comida rápida, según las costumbres y modas de esta generación. (Pérez Vadillo, 2013). No obstante, en esta etapa, también son frecuentes alteraciones en el patrón alimentario. Según Lopes-Rosado, Zubieta y Sarasa (2003), las más frecuentes son: consumo excesivo de “snacks”, refrescos, fast-food y de alcohol; comportamientos que suelen venir acompañados de un consumo deficitario de frutas y verduras (Grande Covián, 1992; Larson, Neumark-Sztainer, Hannan y Story, 2007; Ríos, 2009; Wörnberg, Ruiz, Ortega, Romeo, González-Gross, Moreno, García-Fuentes, Gómez, Nova, Díaz y Marcos, 2006). Además de saltarse algunas comidas, en concreto el desayuno y la merienda. Según Wörnberg et al. (2006), el desayuno es la comida del día que menos interés despierta entre los adolescentes. Esta falta de interés hace que muchos adolescentes supriman el desayuno, hecho que se ha demostrado que reduce tanto el rendimiento físico, como el intelectual, además de hacer más difícil alcanzar las ingestas recomendadas de energía y nutrientes para todo el día (Grande Covián, 1992).

Otra conducta muy frecuente en la adolescencia y que atañe un gran peligro para el individuo es la realización de dietas sin la supervisión de un especialista. Normalmente las dietas seguidas son encontradas en páginas web, revistas o

compartidas por algún amigo, lo que provoca importantes pérdidas de peso y carencias de micronutrientes (Ríos, 2009).

B. Tiempo físico: El tiempo que se puede dedicar a comer

En este apartado el tiempo físico se refiere principalmente a la cantidad de tiempo que se dedica a comer y a la cuantía que se dedica a la preparación de las comidas, puesto que el ritmo de vida actual ha cambiado completamente las pautas horarias.

Hasta no hace mucho, 30 o 40 años, el tiempo de la jornada laboral y del resto de actividades se adaptaban a los horarios de comida. Eran momentos en los que la familia entera se sentaba alrededor de la mesa y suponían los instantes de reunión e interacción familiar, en donde se hablaba de diferentes temas y se compartían experiencias e impresiones del día a día.

En la actualidad el tiempo dedicado a las comidas es el que se adapta al resto de actividades, como el trabajo, los programas de televisión, el ordenador, los videojuegos o las salidas con los amigos, entre otros (Ríos, 2009). El ritmo de vida de la sociedad moderna exige comidas más simples, puesto que ya no se dispone de tiempo para prepararlas, además en muchos casos debido a los diferentes horarios reunir a toda la familia para comer resulta casi imposible y como consecuencia de ello cada miembro la realiza a diferentes horas. Todos estos cambios han llevado a que para muchas personas acto de comer se convierta en una acción mecánica que se realiza de forma rápida para terminar y hacer otra cosa.

1.3.3.3. Factores Socioculturales

1.3.3.3.1. La familia

La familia, generalmente, es la que desempeña el papel fundamental en la configuración del patrón alimentario de los niños, puesto que es la encargada de marcar las pautas en el consumo de alimentos, la elección de los mismos, la frecuencia, el tamaño de las raciones o la forma de cocinar determina estos hábitos (Calvo, Gómez, Royo y López, 2011). Además también influye en el mantenimiento de estos HA en las diferentes etapas (Story, Neumark-Sztainer, y French, 2002).

Durante la niñez el papel de la familia en la alimentación del niño es realmente importante, puesto que como se ha señalado anteriormente los HA se adquieren entre los 6 y 12 años (González et al., 2000). Durante la adolescencia la influencia de la familia en los HA disminuye considerablemente debido a una mayor autonomía del adolescente, que conlleva un distanciamiento del núcleo familiar respecto a la etapa de vida anterior, haciendo que el grupo de amigos y las referencias sociales se convierten en condicionantes claves de la dieta del adolescente (Cusatis y Shannon, 1996; Montero, Úbeda y García, 2006). Pese a esta reducción de la influencia, sigue siendo importante su papel en esta etapa, puesto que en muchos casos es la encargada de que estos hábitos no se desvíen drásticamente, manteniendo los HA saludables más básicos.

Como indican Villares y Segovia (2006) se ha demostrado que la comida en familia contribuye al desarrollo de los HA y a la mejora del lenguaje y de las habilidades de comunicación. Además se asocia con un mayor consumo de frutas, verduras, cereales y productos ricos en calcio, y un menor consumo de alimentos

fritos y refrescos. Así mismo se ha visto que en las familias en que se comparte la mesa con más frecuencia favorecen una disminución de los hábitos de riesgo, como fumar, beber alcohol o consumir drogas.

I.3.3.3.2. Los amigos, los medios de comunicación y las redes sociales

En este apartado se engloban los factores sociales que mayor influencia ejercen en la alimentación del adolescente. Como señala Christakis y Fowler (2007) el medio social ha tomado especial relevancia a la hora de adquirir y mantener en el tiempo actitudes y comportamientos que condicionan la salud. Como se ha mencionado en el apartado de IC, la sociedad comporta un modelo ideal de patrones estéticos basados en la delgadez como signo de belleza y éxito, que supone una fuerte presión para toda la población y especialmente para la adolescencia, etapa en la que el individuo es más vulnerable; lo que puede conducir a alteraciones en la alimentación y como consecuencia de ello a la aparición de deficiencias nutricionales (Montero et al., 2006). La transmisión de estos modelos a través de los medios de comunicación, la publicidad comercial y las redes sociales, agrava todavía más el establecimiento de unos patrones saludables.

Como señalan Arias, Marqués, Calvo, Sánchez, Quiroga, y García, (2015) la red de amistades influye en la cantidad y el tipo de alimentos que se consumen en la adolescencia. Estos resultados corroboran los obtenidos previamente en otras investigaciones como las de Ali, Amialchuk, y Heiland (2011) y De la Haye, Robins, Mohr, y Wilson (2010) que demostraron una asociación positiva en el consumo de snacks y comida rápida entre el individuo y sus amigos.

Por contra, la influencia de las redes sociales y la televisión no hace sino agravar el consumo de alimentos hipercalóricos, nada recomendables en la dieta de los adolescentes. Al mismo tiempo que promulgan un ideal de belleza marcado por la extrema delgadez. Lo que hace que actualmente la sociedad se distribuya entre dos picos opuestos, adolescentes con problemas de sobrepeso y obesidad y adolescentes con una excesiva preocupación por su IC que ha derivado en trastornos de la conducta alimentaria. Como se ha mencionado anteriormente existen páginas web que ofrecen consejos sobre dietas o sobre formas de perder peso de una forma rápida; este tipo de páginas se conocen como webs 'Pro-Ana' y 'Pro-Mía' (Albor, 2014), basadas en lemas como “por muy poco que comas, comerás demasiado” o “la escasez de comida se vuelve deliciosa porque tenemos la barriga llena de mariposas” (Princesa Lorelei, 2008-2016). Estas webs están destinadas a todas aquellas chicas cuya meta en la vida es ser delgada y perfecta, y que defienden la idea de que este estilo de vida es para mujeres que desean superarse y ser perfectas en todo. Todo ello ha llevado a que se realicen numerosas investigaciones que tratan de conocer el impacto de estos medios sobre los HA de los adolescentes.

Menéndez García, y Franco Díez (2009) estudiaron la influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia y encontraron una gran discrepancia entre la dieta compuesta por los alimentos anunciados y una dieta normal recomendada para niños.

Román y Quintana (2010) en una investigación realizada a 330 adolescentes demostraron que el medio de comunicación que más influyó en la elección de los alimentos fue la televisión, puesto que la alimentación es una acción compleja regulada por mecanismos fisiológicos y psicológicos y la publicidad constituye uno

de los componentes de esos aspectos psicológicos, influyendo sobre la elección de productos (García Arias y García Fernández, 2003). Influencia que no es percibida por el individuo, como demuestran Suárez y Navarro (2002), en un estudio español sobre el peso que ejerce la televisión en la elección de los alimentos, ya que encontraron que el 35.2% de los adolescentes encuestados no reconocían esa influencia, a pesar que el 71.8% consumían productos difundidos en anuncios televisivos.

También se estudió la exposición media diaria a anuncios de comidas dirigidas a la población adolescente, encontrándose que entre un 97.8% y un 89.4% de los anuncios publicitarios destinados a adolescentes presentaban un alto contenido en grasa, azúcar o sodio (Powell, Szczypka y Chaloupka, 2010). Pérez Vadillo (2013) realizó una investigación sobre los anuncios relacionados con alimentos y alimentación encontrándose que el 20% de estos se correspondía con alimentos con un alto contenido en grasa, el 18% se correspondían con anuncios de dulces, el 17% lácteos, el 15% carnes, el 14% bebidas, el 13.5% cereales y solamente un 2.5% eran de frutas y verduras.

1.3.3.4. Los conocimientos

Es algo lógico pensar que el nivel de conocimientos sobre un tema está directamente relacionado con las actitudes que se establecen respecto al mismo. Por ello, según esta afirmación, a mayor cantidad de conocimientos en nutrición mejores HA. Sin embargo, en el caso de la nutrición esta regla no se cumple.

Algunos estudios epidemiológicos muestran que aunque se conocen los conceptos básicos de una dieta saludable y a pesar de que se tengan conocimiento

sobre hábitos saludables, éstos no se traducen obligatoriamente en el consumo de alimentos que forman parte de una dieta equilibrada; puesto que a medida que la persona va obteniendo autonomía para decidir que consumir también adquieren gran relevancia las influencias de las preferencias alimentarias, así como los factores sociales, culturales y económicos.

Se ha demostrado que la adquisición de conocimientos es un hecho positivo pero no suficiente para la adquisición de HA saludables; como se ha demostrado en la investigación realizada por Montero et al. (2006) en la que se evaluaban los HA de una muestra de 105 estudiantes universitarios de Madrid en relación con sus conocimientos después de cursar la asignatura de dietética y nutrición. Los alumnos cumplieron un registro dietético y un cuestionario de conocimientos, HA y estilos de vida; encontrándose que a pesar de que un grupo de estudiantes tenía mejores conocimientos de nutrición, los HA y los estilos de vida eran semejantes a los del resto de la muestra.

Junto al hecho ya demostrado de que el conocimiento no modifica los HA, se encuentra la inmensa cantidad de lo que se conoce como mitos alimentarios. Estos mitos hacen referencia a los conceptos erróneos y creencias irracionales sobre alimentación que existen en la sociedad, y que en muchos casos contradicen conocimientos aceptados y sólidamente documentados que aporta la comunidad científica (Grande Covián, 1996).

Los mitos alimentarios son en muchas ocasiones resquicios de un pasado de ignorancia en temas alimentarios, pero en muchos otros casos son debidos a

creencias erróneas fundamentadas en intereses económicos y comerciales que se ven reflejados en una publicidad engañosa (Castillo, León, y Naranjo, 2001).

Pese a la gran cantidad de información de la que se dispone en la actualidad cada día aparecen nuevos mitos, debido sobre todo a la falta de rigor científico en las informaciones o a la falta de una fuente encargada de contrastarla.

A continuación se exponen algunos de los mitos alimentarios más extendidos: (Castillo et al., 2001)

- El agua engorda. Es una creencia errónea pues se sabe que el agua no engorda ya que es acalórica (no contiene calorías). En general, no se retiene en el cuerpo salvo en caso de enfermedades renales y cardíacas y la digestión y absorción de los alimentos se produce igualmente aunque no se ingiera agua, ya que el tubo digestivo segrega las secreciones necesarias para la digestión y absorción de los alimentos.
- El yogur natural es mejor que el yogur de sabor a frutas. Es falso, ya que deja implícito que el yogur de sabores es malo, lo que no es cierto; la diferencia entre ambos está en la presencia de aromas y azúcar o sacarosa.
- Encima de la leche nada echés. Basada en la creencia de que si ingieres algo después de la leche, ésta sienta mal; ésta creencia está fundamentada en el hecho de que al mezclar leche y zumo en un recipiente, la leche se corta y adquiere un aspecto desagradable indicativo de que no se debe ingerir, por lo que ha generado la creencia de que si se ingiere leche y luego zumo está leche se cortará en el estómago generando mal estar y enfermedad, algo que en realidad no ocurre.

- Las frutas al final de la comida engordan. Los alimentos no engordan porque se tomen en un determinado orden, sino porque el valor calórico de los ingeridos supere las necesidades del individuo; lo que sí puede ocurrir en el caso de tomar la fruta al principio es que dado su contenido en fibra produzca sensación de saciedad y se coma menos de los siguientes platos.

- Los huevos morenos son mejores que los blancos. El color de la cáscara del huevo no afecta al valor nutritivo de los huevos. La diferencia entre unos y otros, a parte del evidente color, se encuentra en que la cáscara de los huevos morenos, es más sólida y menos permeable que la de los huevos blancos, por lo que permite una mejor conservación.

- Las bebidas alcohólicas abren el apetito. Este hecho no está comprobado, por lo que no se puede considerar cierto. En cambio lo que sí es bien conocido es el efecto tóxico y cómo el consumo excesivo ocasiona graves problemas de salud.

- Comer una sola vez al día adelgaza. Esto puede ser cierto si se hace una comida hipocalórica, es decir se ingieren menos calorías de las que se consumen; pero si en una sola comida se ingiere gran cantidad de calorías (más de las necesidades energéticas) lo que ocurrirá es que se engordará. Por lo que la cantidad de calorías es independiente del número de comidas realizadas, pero dependiente de las cantidades ingeridas.

I.3.4. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, TCA en adelante, son “trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso” (Associació contra l’Anorèxia i la Bulímia).

No siempre es fácil advertir un TCA, puesto que son trastornos de origen multifactorial causados por la interacción de diferentes factores de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural. Por ejemplo, seguir un régimen, ayunar, hacer actividad física y estar pendientes del peso o la comida son acciones muy comunes en sociedad actual; pero la realización de cualquiera de éstas no indica la presencia de un trastorno. Hay conductas que marcan diferencias, puesto que el problema no es solo la comida, sino que también hay problemas de orden psicológico. La persona afectada por un TCA está obsesionada por la comida y el peso, lo que le genera una preocupación constante que condiciona su estado de ánimo (Galeano y Krauch, 2010).

En este sentido, la adolescencia se considera un período de la vida especialmente vulnerable desde el punto de vista de la nutrición, por todos los factores que influyen en la alimentación, por lo cual, con frecuencia pueden aparecer TCA.

Los TCA más conocidos son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), pero también existen otros, como el trastorno por atracón, la ortorexia y la vigorexia. A continuación se exponen de forma resumida las características de estos trastornos:

Anorexia Nerviosa

La AN se puede definir como un “trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar” (Toro, 1999, p.7). Esta enfermedad se caracteriza por un miedo intenso a engordar, lo que produce una negación a comer, presentándose en el individuo que la padece conductas anómalas en alimentación, peso, volumen e IC. En muchas ocasiones el individuo que padece AN puede verse gordo o desproporcionado a pesar de presentar un peso por debajo de lo considerado como normal. Por tanto, se trata de un trastorno socio-psico-biológico (Associació contra l’Anorèxia i la Bulímia, 2015; Rodríguez Marín, 2004; Zagalaz et al., 2008)

Bulimia Nerviosa

La BN es un trastorno que se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada de un alimento en un corto espacio de tiempo) que se realizan generalmente en secreto. En este trastorno se produce la sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento, por lo que mediante vómitos autoinducidos, otras maniobras de purga o aumento de la actividad física intentan compensar los efectos de estos atracones (Associació contra l’Anorèxia i la Bulímia, 2015; Rodríguez Marín, 2004).

Trastorno por Atracón

El trastorno por atracón tiene muchas similitudes con la BN, en ambos casos se producen episodios de ingestas compulsivas y descontroladas. La diferencia es que en este caso no se producen conductas compensatorias; por lo que una de las

consecuencias principales de este trastorno es sufrir sobrepeso u obesidad (Baile, 2014; Gómez Ayala, 2004).

Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE)

Los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) comprenden un grupo clínicamente heterogéneo de trastornos, todos ellos relacionados con la conducta alimentaria. Estas conductas pueden ser muy diversas y pueden consistir en: ejercicios drásticos, dieta crónica, abuso de anorexígenos, laxantes, enemas o diuréticos, masticación y emisión del alimento sin ingerirlo o comilonas con menos frecuencia que en el trastorno por atracones (Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia, 2015; Behar, 2008).

Dentro de este grupo de trastornos se hará referencia solamente a dos, la ortorexia y la vigorexia, por estar más relacionados con los objetos de estudio de esta investigación.

La ortorexia es un trastorno que se caracteriza por la obsesión por la comida sana hasta niveles patológicos, que lleva a los individuos que la padecen a consumir alimentos exclusivamente procedentes de la agricultura ecológica, haciendo que supriman de su alimentación la carne, la grasa y otros grupos de alimentos, ocasionando déficits en algunos nutrientes (Sánchez y Moreno, 2007).

La vigorexia es un trastorno caracterizado por una

“alteración de la salud caracterizada por una preocupación patológica de ser débil y no tener suficiente desarrollo muscular del cuerpo (aun teniéndolo) y que se manifiesta en la incapacidad de ver con exactitud el tamaño del propio

cuerpo, con comportamientos obsesivos y negativos relacionados con la apariencia” (Baile, 2005, p.35).

Este trastorno hace que las personas que lo padecen muestren alteraciones en sus HA, consumiendo exclusivamente alimentos y complementos alimenticios que lleven a un mayor desarrollo de su musculatura, conductas que se ven complementarias con el número de horas de ejercicio físico en gimnasios (Castro-López, 2013).

I.3.5. SOBREPESO Y OBESIDAD

En el lado opuesto a los TCA existen otros problemas que se encuentran también íntimamente relacionados con los malos HA y que condicionan seriamente la salud, estos son el sobrepeso y la obesidad.

Como señalan Martí y Martínez (2014), debido al aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, en la actualidad en la adolescencia están apareciendo patologías propias del adulto como la diabetes tipo 2, hígado graso, o apnea del sueño. Además se ha constatado la relación entre el sobrepeso y la obesidad con una mayor incidencia de hipertensión arterial. Algunos autores plantean que los adolescentes con sobrepeso y obesidad tienen de 3 a 5 veces más riesgo de desarrollar hipertensión arterial (Bancalari et al., 2011; National Institutes of Health, 2005).

Existen cada vez más estudios que muestran los altos porcentajes de población con sobrepeso y obesidad. En España en el año 2012, mediante un estudio

de una muestra representativa de la población española, de niños entre los 8 y los 17 años, se encontró que la prevalencia de sobrepeso era del 26% y la de obesidad del 12.6%; estimándose que 4 de cada 10 jóvenes sufrían exceso de peso. Mientras que en el grupo comprendido entre los 8 y los 13 años las cifras eran todavía más alarmantes, puesto que el exceso de peso superaba el 45%. Esta cifra era significativamente menor, pero aun así muy elevada en el grupo de edad de 14 a 17 años, en el que el exceso de peso era del 25.5% (Sánchez-Cruz, Jiménez-Moleón, Fernández-Quesada, y Sánchez, 2013).

Otros datos que demuestran los altos porcentajes de sobrepeso y obesidad se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (INE), mediante la publicación de la encuesta nacional de salud sobre Índice de masa corporal en población de 2 a 17 años según sexo y grupo de edad realizada en los años 2011-2012. El IMC fue calculado dividiendo el peso en kilogramos de los sujetos entre la estatura en metros elevada al cuadrado. Encontrándose que el 16.41% de la población española con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años presentaban sobrepeso. Un dato muy similar al del grupo de edad de los 15 a los 17 años en el que el porcentaje de sobrepeso era del 15.07%. Los datos detallados absolutos y relativos se muestran en la Tabla I.4.

Tabla I.4.

Índice de masa corporal en población infantil según sexo y grupo de edad. Población de 2 a 17 años. (Unidades: porcentajes)

	Total	Peso insuficiente	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
AMBOS SEXOS					
Total	100.00	13.23	58.95	18.26	9.56
De 2 a 4 años	100.00	25.89	44.04	11.26	18.81
De 5 a 9 años	100.00	12.24	50.73	22.32	14.72
De 10 a 14 años	100.00	9.40	67.75	19.17	3.68
De 15 a 17 años	100.00	9.23	72.57	16.35	1.86
HOMBRES					
Total	100.00	12.54	58.43	19.46	9.57
De 2 a 4 años	100.00	23.81	45.10	12.12	18.97
De 5 a 9 años	100.00	13.57	51.93	20.91	13.59
De 10 a 14 años	100.00	8.22	65.52	21.93	4.33
De 15 a 17 años	100.00	7.05	70.80	19.78	2.36
MUJERES					
Total	100.00	13.99	59.51	16.94	9.56
De 2 a 4 años	100.00	28.26	42.82	10.27	18.64
De 5 a 9 años	100.00	10.76	49.39	23.88	15.97
De 10 a 14 años	100.00	10.69	70.17	16.18	2.96
De 15 a 17 años	100.00	11.68	74.54	12.49	1.29

Notas: 1) $IMC = [\text{peso (kg)} / \text{estatura (m)} \text{ al cuadrado}]$

Obtenido de: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística

Estudios más recientes investigan la prevalencia de la obesidad abdominal en función de la medida de la circunferencia de cintura (CC) y de la relación entre esta medida y la altura (RCEst); puesto que hay muchos niños y jóvenes que pese a tener un peso completamente normal presentan obesidad abdominal. El estudio realizado por Schröder et al. (2014) tuvo como objetivo determinar la prevalencia de esta obesidad abdominal, encontrándose que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 21.5% y 6.6% en los niños y el 17.4% y el 5.2% en los adolescentes, respectivamente. Datos que demuestran la imperiosa necesidad de extinguir malos hábitos e instaurar de forma inmediata unos hábitos más saludables.

I.3.5. INSTRUMENTOS Y FORMAS DE EVALUACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS

Los HA presentan múltiples variables medibles, puesto que como ya se ha comentado incluyen datos sobre el qué, cuándo, dónde, cómo, con qué y para qué se come. Por ello existen diferentes instrumentos que miden cada una de estas variables. En este apartado se presentan los instrumentos de evaluación más conocidos establecidos en tres apartados diferentes. En el primer apartado se explican los cuestionarios que evalúan el consumo de alimentos. En el segundo apartado se muestran algunos de los instrumentos de evaluación de TCA. Por último en el tercer apartado se presentan los test que evalúan la calidad de la dieta, las preferencias y consumos alimentarios.

I.3.5.1. Cuestionarios sobre consumos alimentarios

Estos cuestionarios proporcionan información global de la ingesta de un individuo (tipo de alimentos consumidos y cantidades). Puesto que, una vez conocido el consumo de alimentos, éste se transforma en ingesta de energía y nutrientes mediante la utilización de las bases de datos de composición de alimentos y, posteriormente, se compara con las ingestas diarias recomendadas para juzgar la adecuación de la dieta. Esto permite tener una idea global del estado nutricional, juzgado por la dieta.

Los diferentes tipos de cuestionarios sobre el consumo de alimentos se muestran a continuación:

A. Recordatorio de 24 Horas (R24H)

Es una entrevista utilizada para conocer la alimentación del día anterior de un sujeto. En la aplicación del mismo es necesario considerar que la realización de un único R24H no es representativo de la alimentación habitual del individuo, por lo que se suele realizar más de un cuestionario en días salteados.

B. Registro del consumo de alimentos de tres días

En este registro se deberá ir anotando todos los alimentos y bebidas consumidos, tanto en casa como fuera de la misma, durante tres días, incluyendo un festivo. Es necesario apuntar todo lo que se consume sin cambiar el régimen.

C. Registro del consumo de alimentos semanal

Es igual que el anterior con la única diferencia de que se realiza a lo largo de una semana, lo que permite valorar con mayor exactitud el consumo de alimentos del individuo, al tener un registro más amplio.

D. Cuestionario de frecuencia de consumo

Este cuestionario consiste en una lista cerrada de alimentos sobre la que se solicita la frecuencia (diaria, semanal o mensual) de consumo de cada uno de ellos durante un periodo de tiempo determinado. Su administración permite distinguir de forma acertada entre los individuos que consumen con alta frecuencia un tipo de alimento de los que consumen rara vez o nunca esa opción alimentaria.

1.3.5.2. Test de evaluación de TCA

Son instrumentos para la evaluación de los síntomas y conductas que presentan las personas que padecen TCA. Los dos principales instrumentos para dicha evaluación se basan en test o cuestionarios autoaplicados y en entrevistas semiestructuradas. Los primeros no proporcionan un diagnóstico específico, mientras que las entrevistas sí, por lo que requieren de experiencia por parte del entrevistador, así como de una administración individualizada.

Los instrumentos de evaluación de TCA más utilizados se muestran a continuación: (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009).

A. BITE (Bulimic Investigatory Test); Henderson y Freeman (1987)

El Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) fue diseñado por Henderson y Freeman 1987 para detectar bulimia. Consta de 33 ítems, agrupados en dos subescalas: síntomas y gravedad. La escala de síntomas consta de 30 ítems, mientras que la escala de gravedad está formada por 3 ítems, ambas de respuesta dicotómica, SI-NO.

B. EAT (Eating Attitudes Test)

El Eating Attitudes Test es un inventario a modo de autoinforme para la detección de casos incipientes de TCA. Existen dos variantes de este test, el EAT- 40 creado por Garner y Garfinkel en 1979 y adaptado a población española por Castro, Toro, Salamero y Guimerá en 1991 y el EAT- 26 desarrollado por Garner, Olmsted,

Bohr y Garfinkel en 1982 y adaptado por Baile y Garrido en 2005 a población española.

El primero de ellos está compuesto por 40 ítems que mide 7 factores: preocupación por el alimento, IC, vómitos y abuso de laxantes, dieta, comer lentamente, comer a escondidas y percepción de la presión social para ganar peso. Cada ítem tiene 6 posibles respuestas que van de siempre a nunca, de las cuales sólo puntúan de la 1 a la 3, haciendo que a mayor puntuación obtenida mayor grado de trastorno.

El EAT-26 es una versión más reducida, sólo con 26 ítems que miden 4 factores: dieta; vómitos y abuso de laxantes, preocupación por el alimento y percepción de la presión social para ganar peso.

C. *EDI (Eating Disorders Inventory); Garner, Olmsted y Polivy (1983)*

Es un instrumento de 64 ítems a modo de autoinforme, con una escala tipo Likert de seis puntos, diseñado para evaluar los rasgos psicológicos y comportamentales comunes en la anorexia y en la bulimia, a través de la puntuación obtenida en 8 escalas: obsesión o impulso a la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez. La versión adaptada al español fue desarrollada por Guimerá y Torrubia en 1987.

Una versión más reciente de este test es el EDI- 2 (Eating Disorders Inventory 2), creado por Garner 1991, que añadió a los 64 ítems originales otros 27 que daban lugar a tres nuevas escalas adicionales: ascetismo, impulsividad o regulación del

impulso e inseguridad social, convirtiéndolo en un instrumento muy valioso para la evaluación de los síntomas de la AN y la BN. La versión española del EDI-2 fue adaptada por la editorial TEA en 1998.

La última y más reciente versión data de 2010 y fue desarrollada también por Garner. Éste está compuesto por los mismos 91 ítems del EDI-2, organizados en 12 escalas principales: tres escalas específicas de los TCA y nueve escalas psicológicas generales que son altamente relevantes, pero no específicas de, los TCA. El objetivo del EDI-3 no es proporcionar un diagnóstico de TCA, sino ofrecer una medida de los rasgos psicológicos de las agrupaciones de síntomas relevantes para el desarrollo y el mantenimiento de los TCA.

D. EDE (Eating Disorders Examination); Fairburn y Cooper (1987)

El EDE es una entrevista semiestructurada creada por Fairburn y Cooper en 1987 y posteriormente mejorada en 1993 por uno de sus autores, Fairburn con la colaboración de Wilson. Esta entrevista fue traducida y adaptada a la población española por Raich, Mora, Sánchez Carracedo y Torras en el año 2000. Consta de 22 ítems con lo que se analiza la restricción, preocupación por la comida, preocupación por la forma corporal y preocupación por el peso en los últimos tres meses.

Una versión adaptada en forma de cuestionario del EDE es el EDE-Q (Eating Disorders Examination Self-report Questionnaire) creada por Fairburn y Beglin en 1994. Este cuestionario es un autoinforme que contiene 41 ítems y mide las mismas 4 subescalas del EDE: restricción, preocupación por el peso, preocupación por la figura corporal, preocupación por la alimentación.

E. EDS-5 (Eating Disturbance Scale); Rosenvinge, Perry, Bjogurn, Bergesen, Silvera, Holte (2001)

Se trata de una escala de 5 ítems validada como una escala de cribado en población normal, para detectar los patrones en los trastornos de la alimentación.

1.3.5.3. Test de evaluación de la calidad de la dieta, las preferencias y consumos alimentarios.

En este último apartado se presentan los test relacionados con la alimentación que no está vinculados con los TCA ni son meros registros de comidas realizadas. En este sentido se destacan tres test.

A. Test de Adhesión a la dieta mediterránea KIDMED

Este test también conocido como Índice de Calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia, evalúa la adecuación al patrón alimentario mediterráneo de la población de 2-24 años. Consiste en un cuestionario de 15 preguntas de respuesta dicotómica afirmativa/negativa (SI/NO) Las respuestas afirmativas en las preguntas que representan una connotación negativa en relación con la dieta mediterránea valen -1 punto, y las respuestas afirmativas en las preguntas que representan un aspecto positivo en relación con la dieta mediterránea valen +1 punto; en cambio las respuestas negativas no puntúan. Por tanto, dicho índice puede oscilar entre 0 y 11. La suma de los valores del test se clasifican en tres niveles:

- ≤ 3 : dieta de muy baja calidad

- 4 a 7: implica una necesidad de mejorar el patrón alimentario
- ≥ 8 : dieta de muy buena calidad o dieta mediterránea (Ayechu y Dura, 2010; Serra-Majem et al., 2004).

B. Cuestionario de Comedor Emocional (CCE)

Las emociones tienen un poderoso efecto sobre la elección de alimentos y los HA y en muchas ocasiones éstas afectan a la eficacia de los programas de pérdida de peso, puesto determinados estados de ánimo inducen a la ingesta de alimentos dulces y con elevadas cantidades de Calorías.

El CCE mide la relación entre comer, emociones y el aumento del aporte calórico. Este cuestionario consta de diez ítems con 4 opciones de respuesta: Nunca=0, A veces=1, Generalmente=2 y Siempre=3. . La suma de las puntuaciones del cuestionario se clasifica en cuatro niveles:

- Puntuación entre 0-5 indican que la persona no es un comedor emocional, a la que sus emociones influyen poco o nada en su comportamiento alimentario.
- Puntuación entre 6-10 es un indicativo de un Comedor Poco Emocional, es decir poco emotiva en relación a su alimentación.
- Puntuación entre 11-20 indican un Comedor Emocional, en el que las emociones influyen en la alimentación en ciertos momentos de la vida.
- Puntuación entre 21-30 determinan Comedores Muy Emocionales, en los que los sentimientos y emociones tienen gran influencia en el tipo de alimentación, pudiendo llegar a sufrir algún tipo de desorden en el comportamiento alimentario (Garaulet, Canteras, Morales, López-Guimera, Sánchez-Carracedo y Corbalán-Tutau, 2012).

C. Test de Evaluación de Preferencias, Intenciones de Conducta y Consumos Alimentarios (TEPICA)

Como indica su propio nombre evalúa las preferencias, conductas y consumo de alimentos en jóvenes a través de 120 variables divididas en tres bloques. El Primer bloque consta de 15 cuestiones acerca de características personales, familiares y preferencias alimentarias. El segundo bloque evalúa los factores que influyen en el comportamiento alimentario de los adolescentes mediante 45 ítems con 5 posibles respuestas que van de la 1 (muy en desacuerdo) a la 5 (muy de acuerdo). El último bloque consta de un cuestionario de frecuencia de consumo de 27 grupos de alimentos³ (Benarroch y Pérez, 2011; Benarroch, Pérez, y Perales, 2011; Pérez Vadillo, 2013).

I.3.6. INVESTIGACIONES PREVIAS

Se ha tornado más que preocupante el número de casos existentes de niños y adolescentes con sobrepeso, obesidad o cualquier otro trastorno alimentario. Todo debido a unos hábitos en la alimentación que cada vez distan más de las recomendaciones de una dieta equilibrada. Por este motivo la investigación es necesaria para ayudar a comprender y abordar este problema. En este sentido los estudios existentes sobre HA en adolescentes se han multiplicado en los últimos años, sobre todo por el aumento del número de casos de obesidad y TCA en la

³ El Test de Evaluación de Preferencias, Intenciones de Conducta y Consumo Alimentario (TEPICA) es uno de los instrumentos de evaluación utilizados en esta investigación por lo que se explicará con mayor profundidad en el Capítulo II. Marco Metodológico.

población; por lo que conocer la alimentación de este grupo permite crear planes de actuación para prevenir los problemas asociados a la misma y otros malos hábitos, ya que se ha demostrado que existe una íntima relación entre las conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud (Guirado y Ballester, 2005), como la práctica regular de ejercicio físico (Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008).

Una de estas investigaciones, conocida bajo el nombre de estudio AVENA (Alimentación y Valoración del Estado Nutricional de los Adolescentes Españoles), se basó en evaluar el estado de salud, los hábitos de comportamiento y la situación metabólico-nutricional de una muestra representativa de adolescentes entre los años 2003 y 2006. (Wärnberg et al., 2006). La muestra de este estudio estaba formada por 2859 adolescentes (1357 chicos y 1502 chicas) entre los 13 y los 18 años, cuyos resultados mostraron un consumo alto en grasa, bajo en carbohidratos y muy deficitario de fibra dietética. Se encontró también que el consumo de pescado era cinco veces más bajo que el de la carne, además de una excesiva ingesta de embutidos y derivados cárnicos, y deficiente consumo de legumbres (Zamora, Pérez-Llamas, Garaulet, Pérez de Heredia y Grupo AVENA, 2003). En lo que respecta a las comidas diarias se apreció el poco interés que despierta entre los adolescentes el desayuno, encontrándose una influencia en la edad a la hora de omitirlo, ya que a los 13 años sólo el 1.7% de las chicas no desayunan, frente a un 13.5% en el grupo de edad de 17-18 años.

Como conclusiones del estudio los autores destacaron la alarmante prevalencia de sobrepeso y obesidad, acompañado de bajos niveles de actividad física, factores implicados en el inicio y desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Una investigación posterior y a nivel europeo fue el proyecto H.E.L.E.N.A. (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence). Un proyecto dirigido a comprender y mejorar de forma eficaz los hábitos nutricionales y el estilo de vida de adolescentes europeos. El estudio, realizado de mayo de 2005 a abril de 2008, contó con una muestra de 3000 adolescentes, de diez países diferentes, con un rango de edad comprendido entre los 13 y 16 años. La muestra incluyó individuos de las siguientes ciudades europeas: Atenas y Heraclion (Grecia), Madrid y Zaragoza (España), Nápoles y Roma (Italia), Birmingham (UK), Dortmund (Alemania), Gante (Bélgica), Lille (Francia), Pecs (Hungría), Estocolmo (Suecia), Viena (Austria) (Martí y Martínez, 2014; Moreno et al., 2014). El proyecto fue muy completo puesto que en él se estudiaron los conocimientos de nutrición, las preferencias y elección de alimentos, la composición corporal y la actividad física. También se llevó a cabo el análisis de lípidos en plasma, el estudio del perfil metabólico y la función inmunológica relacionada con el estado nutricional, además de estudiar el genotipo de los participantes, con el fin de analizar las interacciones genes-nutrientes y genes y medio ambiente (Jiménez-Pavón et al., 2013). Los resultados obtenidos en lo que respecta a los HA fueron semejantes a los encontrados en el estudio AVENA, reflejándose la baja ingesta de frutas y verduras, la mitad de la recomendada, así como de leche y productos lácteos, al consumir menos de dos tercios de la cantidad recomendada. Por el contrario destacó un mayor consumo a lo recomendado de carne y productos cárnicos, grasas y dulces. Además, la ingesta de bebidas azucaradas y de aperitivos se asoció con conductas sedentarias, como ver la TV, utilizar el ordenador o jugar con el videojuego (Martí y Martínez, 2014). En cambio se encontró que el número de horas semanales de práctica deportiva se correlacionaba significativamente con el autocontrol ante la ingesta de alimentos con “calorías

vacías” (grasas, dulces y golosinas) y con la preocupación con el peso; de manera que las personas que hacen más horas semanales de práctica deportiva son capaces de controlar mejor su alimentación (Zagalaz et al., 2015).

A pesar de que los HA distaban de lo recomendado, los adolescentes europeos evidenciaron un conocimiento nutricional medio-alto, hecho que permite corroborar que el conocimiento por sí sólo no modifica los HA (Grande Covián, 1996; Moreno, 2011, citado en Pérez Vadillo, 2013). En relación con esto Montero et al. (2006) realizaron un estudio cuyo fin era evaluar si los HA y de otros estilos de vida se comportaban de acuerdo a los conocimientos que se tienen sobre nutrición y dietética. Para ello utilizaron una muestra de estudiantes de carreras sanitarias (Enfermería, Farmacia, Nutrición Humana y Dietética y Podología) y compararon tanto sus conocimientos sobre el tema como sus HA, encontrándose que a pesar de que un grupo presentaba mejores conocimientos de nutrición, los HA y estilos de vida eran semejantes en todos los alumnos.

En nuestro país, pese a la presencia de la dieta mediterránea, los HA muestran unos resultados similares a los obtenidos a nivel europeo. Como demuestran Morales, Ruso, Micó y Llopis (2014) en su investigación sobre los hábitos nutricionales, la antropometría y la práctica de actividad física en adolescentes en dos regiones españolas (Valencia y Cantabria), existe un alejamiento del patrón alimentario tradicional; con bajo consumo de verduras y una elevada ingesta de refrescos. En la investigación realizada por estos autores se encontró un nivel de sobrepeso global de 35.1% y de normopeso de 54.1%, y una tasa de sedentarismo del 47.0%. Estos porcentajes de sedentarismo apoyan las evidencias científicas que indican una disminución de los niveles de actividad y condición física en

adolescentes Dicha inactividad física unida a la mala alimentación está reconocido como los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas (Guirola, Calavia, Fernández y Fernández, 2013).

Resultados muy similares se encontraron en otro estudio realizado en otra región española, Granada. (Palenzuela et al., 2014). Donde también se encontró un alejamiento del patrón alimentario tradicional, con un consumo deficitario de lácteos, pasta, frutas, verduras y hortalizas. Por el contrario se encontró un significativo consumo de alimentos con “calorías vacías” (comida rápida, dulces, refrescos).

Los HA en etapas posteriores a la adolescencia no mejoran y en muchos casos empeoran, como demuestran estudios realizados en población universitaria. Los universitarios se encuentran en un periodo crítico para el desarrollo de estilos de vida que tienen mucha importancia en su futura salud, ya que la influencia de factores socioculturales, su situación económica, la habilidad para cocinar y la falta de tiempo hace que cambien sus hábitos de alimentación. Al igual que ocurre en los adolescentes, los universitarios reflejan también, mayoritariamente, un inadecuado seguimiento del patrón mediterráneo. Encontrándose dietas hipocalóricas, pobre en hidratos de carbono, y rica en azúcares simples, grasa saturada y colesterol, como demuestran los datos obtenidos en una investigación realizada a estudiantes de enfermería de la Universidad de Castilla-La Mancha en la sede de Albacete, en donde se encontró que más del 91% de los estudiantes encuestados se encontraban en una situación de “necesidad de cambios en la dieta” hacia patrones más saludables y donde la adherencia a la dieta mediterránea fue sólo del 53% (Cervera, Serrano, Vico, Milla y García, 2013). En investigaciones posteriores, donde además de estudiar los HA se determinó la condición física de los estudiantes universitarios, en

esta ocasión cursaban la carrera de Pedagogía; se encontró que el 35,6% presentaba sobrepeso/obesidad y tenían malos HA. Solamente el 4,7% de los encuestados consumía las recomendaciones de frutas y el 30% desayunaba todos los días. Respecto a la actividad física se encontró que esta disminuía de manera irregular a medida que avanzaban los años de estudio (Duran, Valdés, Godoy y Herrera, 2014).

Como conclusión, a la vista de los resultados de las últimas investigaciones, se observa que los HA de los adolescentes y jóvenes no se basan en las recomendaciones de la pirámide nutricional. Un hecho que sin duda se muestra nefasto para la CDV en la época adulta, puesto que como se ha comentado previamente unos malos HA favorecen la aparición de enfermedades en etapas posteriores; por eso se considera urgente promover la adquisición de unos hábitos de vida saludables para evitar enfermedades y mejorar la CDV. En relación con estas circunstancias se ha demostrado que la baja adherencia a 5 hábitos saludables está relacionado con el 80 % de los casos de enfermedad coronaria en mujeres y el 60 % en los varones Akesson, Larsson, Discacciati, y Wolk, 2014; Riba, 2015). Estos cinco hábitos son:

1. Seguimiento de una dieta saludable.
2. Consumo moderado de alcohol (10-30 g/etanol al día).
3. No fumar.
4. Realizar ejercicio físico de forma habitual (andar > 40 min/día y ejercicio > 1 h/ semana).
5. Ausencia de obesidad abdominal

I.4. AUTOCONCEPTO

I.4.1. DEFINICIÓN

Según el Diccionario de la RAE (2014), el autoconcepto se define como la “opinión que una persona tiene sobre sí misma, que lleva asociado un juicio de valor”.

Solamente con esta definición, sin profundizar en las propuestas por otros autores, se puede valorar la importancia del autoconcepto en la formación de la personalidad y su relación con el bienestar personal. Por ello, el desarrollo de un autoconcepto positivo desde etapas tempranas de la vida es imprescindible para conseguir un buen ajuste psicosocial y evitar posibles problemas psicológicos y pedagógicos futuros (Callaza-Luna y Molero, 2013).

Antes de profundizar en el autoconcepto se hace necesario señalar que la delimitación conceptual entre autoconcepto y autoestima no es clara, puesto que se utilizan ambas palabras para hacer referencia al conocimiento de uno mismo. Esta falta de claridad se atribuye a que gran parte de la investigación sobre el autoconcepto se ha basado en su evaluación y no tanto en su definición (García y Musitu, 2014; Gecas, 1982). Pese al hecho de que para algunos autores se consideren sinónimos, en esta investigación se tratarán como conceptos diferentes al considerarse que el autoconcepto incluye autodescripciones abstractas sin la implicación de sentimientos; mientras que la autoestima se basa en la apreciación que uno tiene de sí mismo, susceptible de valoración y subjetivación, haciéndose

alusión a los sentimientos positivos y negativos que se tienen sobre uno mismo (López Manrique, 2014).

El estudio del autoconcepto no es algo nuevo, el análisis de uno mismo en torno a conceptos metafísicos como alma, espíritu, voluntad, etc., ya causaba gran interés a filósofos griegos y religiosos de la antigüedad. No obstante el estudio del autoconcepto desde áreas cercanas a otras ciencias más modernas, como la psicología, no se produjo hasta finales del siglo XIX. Los primeros estudios sobre el autoconcepto, también denominado “self” o “yo”, fueron realizados por el que es considerado el primer psicólogo científico, Williams James. En 1890 este autor desarrolló la primera teoría sobre el autoconcepto, poniendo de manifiesto la importancia del mismo. Su idea clave fue la categorización del “self” en dos aspectos, el “mi” y el “yo”; definiendo el “mi” como la suma de todo lo que una persona puede considerar si mismo y el “yo” como la parte de uno mismo que organiza e interpreta las experiencias y cómo éstas le conducen a la distinción de uno mismo como persona (López Manrique, 2014). James además de diferenciar estos dos aspectos del self propuso una estructura multidimensional y jerárquica para el concepto y diferenció los términos de autoestima y autoconcepto (Burns, 1982; González-Pienda, Nuñez, Porto, Santorum, y Valle, 1990).

Las ideas de James fueron posteriormente compartidas por Baldwin (1897) y Cooley (1902). A partir de ellas, Baldwin y Cooley, otorgaron gran relevancia a la interacción social en el desarrollo de la personalidad y establecieron los principios de lo que se denominó el “interaccionismo simbólico” que contempla el autoconcepto en conjunto como proceso y como producto de la interacción social; es decir, se

considera como objeto de estudio fundamental la conciencia de sí mismo, en la que es requisito indispensable la interacción social (Martínez Pérez, 2005).

En la segunda mitad del siglo XX con las aportaciones de Rogers (1951), Combs (1965), Jersild (1951), Staines (1958) y Coopersmith (1967) el autoconcepto pasa a ser definido como un constructo unidimensional. Uno de los ejemplos de esta unidimensionalidad fue definido por Coopersmith al considerar que en el autoconcepto existía un factor general que dominaba sobre sus múltiples dimensiones.

En 1965 resurge de nuevo gracias a Fitts la descripción del autoconcepto como un constructo multidimensional, constituido por tres componentes internos: identidad, autosatisfacción y conducta; y cinco componentes externos, físico, moral, persona, familiar y social.

En los años posteriores a 1970 reaparecen con fuerza estudios que reafirman el autoconcepto como un constructo con múltiples dimensiones. Entre estos estudios destaca el de Purkey (1970), que lo define como “un sistema complejo y dinámico de creencias que un individuo considera verdaderas respecto a sí mismo teniendo cada creencia un valor correspondiente” (p.7). Shavelson, Hubner y Stanton (1976) completan la definición anterior indicando que el autoconcepto, no es más que las percepciones que una persona mantiene sobre sí misma formadas a través de la interpretación de la propia experiencia y del ambiente, siendo influenciadas, de manera especial, por los refuerzos y feedback de los otros significativos así como por los propios mecanismos cognitivos tales como las atribuciones causales (Shavelson y Bolus, 1982, p.3).

En la década de los setenta se publican numerosos modelos que intentan explicar el autoconcepto, siendo el modelo de Shavelson, Hubner y Stanton (1976) el que adquiere mayor relevancia. Éste divide el autoconcepto general en académico y no académico. El primero, el académico, está relacionado directamente con el rendimiento escolar y formado por los autoconceptos de lengua y matemáticas. El segundo, no académico, está dividido en autoconcepto social, físico, emocional o personal.

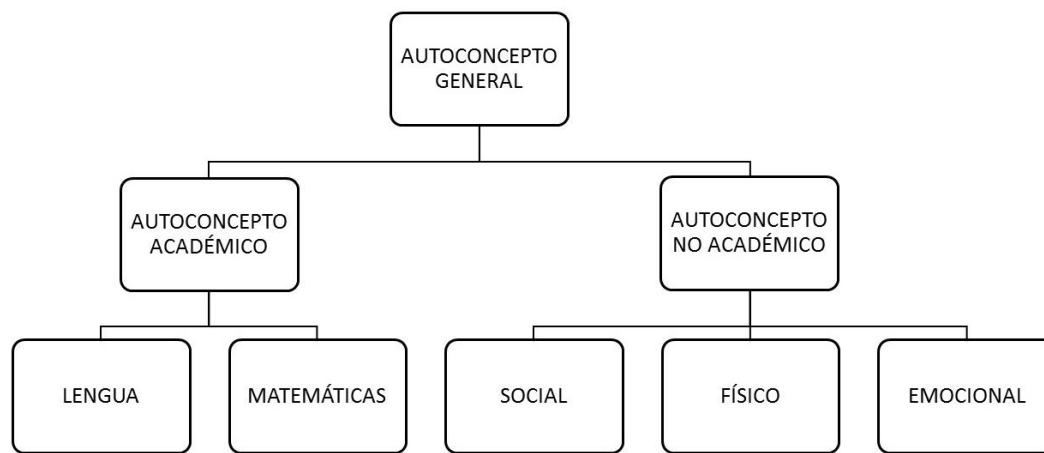


Figura I.15. Representación del modelo de autoconcepto de Shavelson, Hubner y Stanton (1976).
Fuente: elaboración propia

Estos autores conciben el autoconcepto como la percepción que el individuo tiene de sí mismo basada en la relación con los demás y en la propia conducta, por lo que se va construyendo y diferenciando a lo largo de la vida. Además definen siete características básicas del autoconcepto (Veliz, 2010).

1. Está organizado formando categorías que representan una forma de organizar las experiencias propias y atribuirles un significado.

2. Es multifacético o multidimensional y está compuesto por dimensiones como la académica, la aceptación social, el atractivo físico y las habilidades, tanto físicas como sociales.
3. Su estructura es jerárquica de forma que las diferentes dimensiones adquieren distinta relevancia. Esta importancia otorgada varía en función de los valores y edad de la persona.
4. El autoconcepto global es estable, son las dimensiones las que varían en función de la etapa del individuo.
5. Es experimental se va construyendo y aumentando su multidimensionalidad con la edad.
6. Tiene un carácter descriptivo y evaluativo en el que la diferente valoración del autoconcepto depende de experiencias pasadas y de una reflexión personal.
7. Es diferenciable de otros constructos con los que está relacionado teóricamente, como habilidades académicas, autocontrol, habilidades sociales, etc.

Continuando con las definiciones de autoconcepto, Rosemberg (1979) lo define como “la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo como un objeto” (García y Musitu, 2014, p.10) por lo que no deja de ser un producto de una actividad reflexiva. En esta misma línea Kalish (1983) lo considera como “la imagen que cada sujeto tiene de su persona reflejando sus experiencias y los modos con que esas experiencias se interpretan”. (Amezcuca y Pichardo, 2000, p.207)

Burns (1990), destacado autor en la teoría del autoconcepto, lo define como la conceptualización que se tiene de sí mismo como persona, adornada con connotaciones emocionales, lo que hace que se base en creencias subjetivas que modelan las actitudes de la persona. En palabras de Machargo (1997):

“El autoconcepto favorece el sentido de la propia identidad, constituye un marco de referencia desde el que interpretar la realidad externa y las propias experiencias, influye en el rendimiento, condiciona las expectativas y la motivación y contribuye a la salud y al equilibrio psíquico”. (Martínez Pérez, 2005, p.29)

Rivas (2003), apoyando las ideas de Burns y Machargo, considera que el autoconcepto se origina a partir de:

"...factores personales y sociales que se entrecruzan, como son las valoraciones sociales reflejadas en las actitudes y comportamientos de los otros respecto de uno mismo; la comparación de las acciones personales con las de los demás; las autoatribuciones e inferencias sobre las propias acciones; la organización de las valoraciones, en función de la importancia para la construcción del yo global". (p.107)

Una definición destacada, no por su notoriedad sino por la relevancia de sus autores, es la de García y Musitu (1999) que definen el autoconcepto como “el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual” (Cazalla-Luna y Molero, 2013, p.44). Estos autores, basándose en el modelo de Shavelson, Hubner y Stanton (1976), señalan que el autoconcepto está formado por cinco dimensiones:

a) *Autoconcepto Académico*, referido a la percepción que el sujeto tiene de la calidad del desempeño de su rol como estudiante/profesional.

b) *Autoconcepto Social*, que trata de la percepción que tiene el sujeto de su desempeño en las relaciones sociales.

c) *Autoconcepto Emocional*, que hace referencia a la percepción del sujeto de su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana.

d) *Autoconcepto Familiar*, sobre la percepción que tiene el sujeto de su implicación, participación e integración en el medio familiar.

e) *Autoconcepto Físico*, factor hace referencia a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física (García y Musitu, 1999).

Vera y Zebadúa (2002) dan otra orientación al autoconcepto, definiéndolo como una necesidad humana profunda y poderosa, básica para la vida sana y para la autorrealización, que está relacionado con el bienestar en general. Siguiendo esta misma línea Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2004) lo definen como el grado de satisfacción con uno mismo y con la vida en general. Las revisiones posteriores de la definición de autoconcepto hacen referencia a las aportadas por otros autores previamente mencionados (Cazalla-Luna y Molero, 20013; García y Musitu, 2014; Veliz, 2010). Por lo que una vez expuestas las diferentes definiciones de autoconcepto, propuestas por diversidad de autores, podemos concluir que la gran mayoría interpretan el autoconcepto como un constructo multidimensional que se forma a lo largo de la vida del individuo en función de sus experiencias y relaciones sociales.

I.4.2. AUTOESTIMA

Como se ha expuesto al comenzar a analizar la definición de autoconcepto, hay autores que consideran que autoconcepto y autoestima son sinónimos, por ejemplo, Burnett (1994) los trata así al defender que los autoconceptos son simultáneamente creencias personales que incluyen la descripción y la evaluación. Mientras que para otros autores existe una diferencia clara entre autoconcepto y autoestima (Rosenberg, 1985; Lerner, Iwawaki, Chiara y Sorell, 1980; García-Torres, 1983). Es por ello que en este apartado se comentarán brevemente algunas definiciones que diversos autores hacen del concepto de autoestima.

Rogers (1951) la concibe como una “internalización” de las actitudes que el sujeto percibe hacia él tanto si son propias como si proceden de los otros y considera que la autoestima es una actitud, la forma habitual de percibirnos, de pensar, de amar, de sentir, y de comportarnos con nosotros mismos.

Coopersmith (1967) considera que la autoestima es “*la evaluación que una persona hace y habitualmente mantiene sobre ella misma*” (Amador, 1995, p.4); es decir, que la autoestima global es una expresión de aprobación o desaprobación, indicando cuánto cree una persona en sus propias capacidades, éxito y estima.

Fleming y Courtney (1984), opinan que la autoestima está dentro del autoconcepto, al que consideran un término más global. Definen el autoconcepto como la idea (concepto) que cada persona tiene de sí misma (la parte descriptiva) y la autoestima como la estima (aprecio) que la persona tiene de sí misma (la parte valorativa). Muy similar a la definición de Fleming y Courtney es la aportada por

Battle en 1992, este autor valora la autoestima como “*la percepción que tiene el individuo de su propia evaluación*”. (Domènech, 2005, p.117)

Para García y Musitu (1999) el término autoestima expresa el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades subjetivables y valorativas. Musitu en investigaciones posteriores con otros colaboradores, define la autoestima como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación (Musitu et al., 2001).

A continuación en la Tabla I.5 se exponen algunas de las definiciones del concepto de autoestima aportadas por otros autores:

Tabla I.5.
Diferentes conceptos de Autoestima.

AUTOR	DEFINICIÓN
Rogers (1961)	El núcleo básico de la personalidad, un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refieren al sujeto. Como ejemplo de estas percepciones citemos: las características, atributos, cualidades y defectos, capacidades y límites, valores y relaciones que el sujeto reconoce como descriptivos de sí y que él percibe como datos de su identidad.
Campbell (1984)	La autoestima es la apreciación positiva o negativa que los sujetos tienen de sí mismos, es decir, la forma en que un individuo es capaz de expresar una idea positiva sobre sí mismo. Esto incluye una evaluación personal de todas las dimensiones de la vida, basada en la comparación cognitiva, y es considerada como el componente evaluativo del autoconcepto.
Briggs (1986)	La disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad. Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, competente y merecedor; tener una baja autoestima es sentirse inapropiado para la vida.
Arzola (1989)	Es la apreciación de la propia valía e importancia y de la propia toma de responsabilidad hacia sí mismo y hacia sus relaciones intra e interpersonales, el profesorado necesariamente debe reflexionar, aceptar y asumir en la propia dinámica vivencial y profesional.

AUTOR	DEFINICIÓN
Bonet (1998)	Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de sí mismo.
Tierno (1998)	Es el concepto que tenemos de nuestra valía personal y de nuestra capacidad. Es, por tanto, la suma de la autoconfianza, el sentimiento de la propia competencia y el respeto y consideración que nos tenemos a nosotros mismos.
Marsellach (2003)	Es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida.
Branden (2004)	La autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades).
Salles (2011)	La evaluación y valoración de lo que el sujeto percibe que «es». Es decir, del conocimiento y las creencias que el sujeto tiene de sí mismo en todas las dimensiones y aspectos que lo configuran como persona. Esta valoración se expresa en actitudes de la persona hacia sí misma y hacia el mundo.

Obtenido de Estévez, 2012.

La revisión de las definiciones anteriores permite remarcar tres características que configuran la autoestima (Estévez, 2012):

- a) Su estrecha vinculación con el autoconcepto.
- b) Su carácter evaluativo.
- c) Su origen social, siendo el resultado de las interacciones del sujeto con el mundo y en especial con los otros significativos.

Por tanto se puede definir la autoestima como la valoración que hace el sujeto de su autoconcepto incluyendo juicios de valor sobre las propias competencias y los sentimientos asociados a estos juicios. Estos sentimientos pueden estar enfocados

hacia la reafirmación de la propia valía, o por el contrario, estar orientados hacia la inutilidad, desconfianza en uno mismo, indefensión y percepción negativa de la persona.

I.4.3. FACTORES RELACIONADOS CON EL AUTOCONCEPTO

Como se ha indicado al describir el autoconcepto, este se puede definir como un constructo multidimensional que se constituye a lo largo de la vida de un individuo en función de sus experiencias y relaciones sociales. Lo que indica que al igual que la IC, el autoconcepto no es fijo, sino que varía con el tiempo y depende de factores personales y sociales.

I.4.3.1. Tiempo

El autoconcepto no es innato, se va construyendo a lo largo de nuestra existencia, de manera que es un constructo dinámico que se forma principalmente en etapas tempranas de la vida, niñez y adolescencia, y se va matizando en las etapas posteriores. Éste es muy importante en la constitución de la identidad personal; además es un indicador de bienestar psicológico y un mediador de la conducta, ya que favorece la consecución de metas tales como el rendimiento académico, los logros sociales, las conductas saludables y la satisfacción en la vida.

L'Ecuyer (1985) analizando la dinamicidad del concepto señalan seis etapas de la evolución del autoconcepto desde el nacimiento hasta la edad madura. (Saura, 1995; Villa y Auzmendi, 1999).

1. Etapa de 0 a 2 años: Emergencia del sí mismo.

Comienza con la distinción de la IC propia, autorreconocimiento, al reconocer los límites corporales y diferenciar el cuerpo de aquello que rodea al individuo. Es decir se caracteriza por la diferenciación entre el “yo” y lo demás; un indicador que empiezan a tener conciencia de quien es él o ella.

Durante este periodo se establecen intercambios gestuales y vocales entre el niño y el adulto y estas primeras relaciones sociales y afectivas son muy importantes para la formación del autoconcepto, pues dicha interacción le permitirá diferenciarse a sí mismo del contexto (Palacios, 2003).

2. Etapa de 2 a 5 años: Confirmación de sí mismo.

Esta fase se encuentra marcada con la aparición del lenguaje. La persona empieza a utilizar términos como “yo” y “mío”, y se va desarrollando la afirmación del “sí mismo” mediante las relaciones con adultos y especialmente con los iguales. Esta se hace patente mediante la fase de oposicionismo o negativismo que atraviesas los niños de estas edades, esta consiste en la negación a cumplir con las peticiones de sus padres, cuidadores o iguales, lo que significa que no sólo se ha conquistado la noción de “sí mismo”, sino que además se quiere intensificar a base de oponerla. (Palacios, 2003).

Además, en esta etapa son muy importantes las reacciones sociales ante los cambios físicos y psíquicos que se están experimentando, ya que de ellas dependen las elaboraciones que se formen sobre su valor personal, su competencia, capacidad, etc.

3. *Etapa de los 5 a 10-12 años: Expansión del sí mismo.*

Esta fase se caracteriza por la gran variedad de experiencias nuevas a las que se enfrenta la persona, destacando principalmente la iniciación de la etapa escolar, en la que debe aprender a situarse. Estas nuevas experiencias aumentan considerablemente el número de autopercepciones e imágenes sobre sí mismo que influyen en el autoconcepto y en la identidad.

4. *Etapa de los 10-12 años a 18-20 años: Diferenciación del sí mismo.*

Esta fase se corresponde con la adolescencia, etapa de gran importancia en el desarrollo de la personalidad y el autoconcepto, dado que se producen numerosos cambios, tanto fisiológicos como cognitivos, que influyen de manera determinante en la consolidación del autoconcepto. Al mismo tiempo, los adolescentes se adentran en un mundo nuevo y diferente, alejado de la seguridad de la infancia, que les exige nuevas competencias en áreas inexploradas en las que deben demostrar su valía (Estévez, 2012).

Los cambios fisiológicos característicos de esta etapa hacen que el sujeto se centre principalmente en su IC, por lo que la integración y aceptación de esta imagen contribuye a la autovaloración y a la afirmación del sentimiento de identidad. Relativo a la aceptación de la imagen, Bruchon (1990) y Rodríguez-Tomé y Bariaud (1994) señalan el gran sentido crítico que se tiene en esta etapa, en la que la percepción su propia imagen física no es reflejo del cuerpo tal cual, sino una interpretación de éste, determinada en gran medida por la imagen “reflejada” por terceras personas e influenciada por los factores, valores y creencias culturales. Por esta razón, Havighurst (1972) sitúa dicha tarea de aceptación de la imagen como una

de las más importantes en el desarrollo adolescente (Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011; Luna y Molero, 2013).

En cuanto a los cambios psicológicos y cognitivos la adolescencia se caracteriza por el logro de la autonomía personal, marcada por la búsqueda de una mayor independencia de los progenitores y una mayor influencia de grupos de iguales en los que el sujeto experimenta nuevos roles, lo que conduce a la diversificación de percepciones de sí mismo en los diferentes contextos (Estévez, 2012).

La adolescencia, como se ha indicado anteriormente, es una etapa difícil que conduce a la elaboración de un autoconcepto más estable, más coherente y más afianzado. Sin embargo dentro de esta etapa la valoración del propio autoconcepto sufre modificaciones. Son muchas las investigaciones que señalan que con el inicio de la adolescencia el autoconcepto sufre una imponente caída (Hart, 1985; Marsh, 1985; Nicholls, 1979; Rosenberg, 1986; citados por Alarcón, 2012) y posteriormente, en la adolescencia media, de los 14 a los 17 años, comienza a recuperarse, al ser capaz el sujeto de ir integrando las influencias del medio, e ir valorando formas más complejas de autorrepresentación que le permiten evaluar de manera más realista sus habilidades, las relaciones con otras personas, los cambios emocionales, cognitivos y físicos y asimilar las contradicciones que se producen a lo largo de este periodo (Harter, 2006).

Como se ha remarcado, la adolescencia es un periodo importante en la formación del autoconcepto, pero también es una etapa de suma importancia en lo que se refiere a la formación del estilo de vida saludable (Heaven 1996; Sinha 1993).

En este periodo se aprenden hábitos que posiblemente perdurarán en la vida adulta (Sinha 1993); por lo que es muy importante afianzar hábitos saludables en esta etapa que favorezcan un autoconcepto positivo.

5. *Etapa de los 20 a los 60 años: Madurez del sí mismo.*

En esta etapa debido a la serie de acontecimientos importantes que ocurren en estos años de la vida el autoconcepto puede ser sometido a continuas reformulaciones. Generalmente hasta los 40-45 años se observa gran interés social, y a partir de esta edad estas preferencias son reemplazadas y orientadas hacia una mayor focalización en procesos interiores.

6. *Etapa de 60 años o más: El sí mismo en edades avanzadas.*

A partir de los 60 años el autoconcepto del individuo vuelve a variar, esta evolución tiende a ser negativa, ya que la percepción que tiene la persona de sí misma se ve influida por la disminución de sus capacidades físicas, la enfermedad, pérdida de identidad profesional y social, etc. Todos estos elementos suponen una reformulación de su autoconcepto.

El principal motivo por el que es necesario conocer las características y rasgos principales del autoconcepto en cada una de las etapas evolutivas del individuo es la intervención. Puesto que por muchos conocimientos que se tengan sobre el autoconcepto es necesarios llevar a cabo proyectos de intervención que ayuden a mejorarlo en cada una de las etapas de la vida.

1.4.3.2. Género

El género es un aspecto del ser humano que acapara una gran atención por las implicaciones socioeducativas que conlleva. En el pasado y todavía en la actualidad, el hecho de ser hombre o mujer proporciona al individuo experiencias sociales y educativas diferentes; si se considera entonces que el sexo es una variable determinante del desarrollo a todos los niveles, se supone por tanto que es un factor que influye sobre el autoconcepto. En este sentido en la investigación del autoconcepto se han estudiado las diferencias de género. Sin, embargo, los estudios realizados no han mostrado resultados muy concluyentes (Véliz, 2010).

En la valoración del autoconcepto general en ambos sexos algunos trabajos encuentran diferencias, observándose en las mujeres peor autoconcepto global respecto a los hombres (Amezcuca y Pichardo, 2000, Pastor, Balaguer y García-Merita, 2003). Sin embargo, otros autores no han hallado diferencias significativas en este aspecto entre ambos sexos (Garaigordobil, Cruz y Pérez, 2003).

Otras investigaciones respecto al autoconcepto han sugerido diferencias de género en dominios específicos, (Hattie y McInman 1991, citado en Hattie 2000; Marsh, 1989) afirmando que las variaciones en el autoconcepto general se deben contrapesar con el efecto derivado de los dominios específicos del autoconcepto (Marsh, 1989; Wylie, 1979). De acuerdo con esta propuesta, Marsh (1989), revisó las diferencias de género en escalas específicas y observó que con los estereotipos de género tradicional: los niños tienen alta habilidad física, mayor capacidad de razonamiento en matemática, estabilidad emocional, capacidad de resolución de problemas y autoconcepto general. Mientras que las niñas tienen alta habilidad

verbal, honestidad y autoconcepto espiritual. Estas diferencias de género demuestran la necesidad de una perspectiva multidimensional del autoconcepto, ya que éstas apenas se manifiestan cuando se utiliza una perspectiva unidimensional del autoconcepto (Marsh y Ayotte, 2003).

1.4.3.3. Factores socioculturales

El proceso de socialización tiene una gran importancia en el autoconcepto, puesto que en la formación del mismo influyen dos aspectos principales; por un lado, intervienen las relaciones sociales que el sujeto, sobre todo en edades tempranas, mantiene con personas de su entorno y, por otro lado, inciden las consecuencias que la conducta del mismo tiene sobre el medio con el que interacciona, ya que el sujeto recibe feedback de las acciones que realiza y esto le proporciona información sobre sus capacidades y características personales (Valls, 1988; citado por Alarcón 2012). En este sentido los factores socioculturales influyen indiscutiblemente en el autoconcepto social, pero también lo hacen de manera indirecta en el resto de las dimensiones del autoconcepto y por tanto en el autoconcepto general.

En el proceso de construcción del individuo como ser social, juegan un papel determinante los procesos mentales, afectivos y conductuales, que proporcionan de manera integrada todas las adquisiciones sociales de la persona (Serrano y González-Herrero, 1996). Por ello principalmente, en la niñez y adolescencia, la familia ejerce una de las funciones psicológicas más importantes contribuyendo a la formación del autoconcepto de la persona (García y Musitu, 1999; Musitu y Allatt, 1994).

En los trabajos de Rosemberg (1963), Bachman (1970) y Growe (1980), se aprecia una clara relación entre la valoración que hace el niño de la dedicación e interés de sus padres y su autoconcepto; a más atenciones y cariño mejor autoconcepto. En lo que concierne a la influencia de la familia según Sullivan (1953), la persona más importante en la formación del autoconcepto es la madre, después el padre y los hermanos. Al ir aumentando en edad otras personas, como profesores, amigos, pareja, etc, pasan a desarrollar una influencia significativa sobre el autoconcepto del sujeto. Por ejemplo en los niños en edad escolar los compañeros pasan a desarrollar un papel muy importante, convirtiéndose el aula de clase en un lugar esencial de la formación del autoconcepto social (Song y Hattie, 1984).

La influencia de los grupos de iguales en la adolescencia también es clave en lo que se refiere a la formación del Autoconcepto. En esta etapa se suceden importantes cambios cognitivos debido a que la persona se ve presionada socialmente para desarrollar nuevos roles y esto conduce a la diversificación de percepciones de sí mismo en los diferentes contextos (Fuentes et al., 2011; Luna y Molero, 2013).

Por último es importante destacar que al igual que en la influencia de la IC los medios de comunicación y las redes sociales juegan un papel fundamental en el desarrollo del autoconcepto de la persona. Hasta hace poco tiempo, los medios de comunicación y las redes sociales no estaban incluidos dentro de los agentes socializadores, pero hoy en día ambos ejercen un papel crucial. De este modo, la transformación de la vida social, económica y cultural gira alrededor de un factor revolucionario: la información que proporcionan los medios de comunicación social.

Morán (1995) (citado por Alarcón 2012), hace mención del, cambió el esquema de las relaciones comprobado a partir de la televisión; puesto que se pasó de un mundo estable de procesos lentos, de innovaciones pausadas, de análisis y revisiones profundas, a un mundo donde la tecnología se ha hecho imprescindible en el día a día aumentando significativamente la rapidez con la que se obtiene información, se piensa y en general se vive.

En la actualidad un incuestionable poder de socialización de los medios de comunicación y las redes sociales puesto que se han instaurado en el seno familiar como un miembro más. Pero no hay que olvidar que constituyen una ventana abierta donde mirar y comparar y en muchas ocasiones lo que se refleja no se corresponden con la realidad.

I.4.4. INSTRUMENTOS Y FORMAS DE EVALUACIÓN DEL AUTOCONCEPTO

El enorme interés que esta temática ha despertado en el ser humano, junto a la falta de delimitación conceptual entre autoconcepto y autoestima, ha generado multitud de instrumentos que permiten medir ambos conceptos.

Pese al hecho de que en esta investigación ambas concepciones son tratadas de forma independiente, es necesario señalar que muchos de los instrumentos de evaluación existentes miden ambos valores, no llegando a señalar diferencias entre ellos. Esta multitud de instrumentos de evaluación abarca desde técnicas de autoinforme, entrevistas estructuradas y no estructuradas, hasta técnicas proyectivas (Ramírez y Herrera, 2002). En la Tabla I.6 se muestran las características generales

de los instrumentos más relevantes para la evaluación del autoconcepto (Domènech, 2005).

Tabla I.6
Instrumentos para la evaluación del autoconcepto

Nombre	Autor y Año	Edad	Nº de ítems y dimensiones
Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	Rosenberg 1965	No especificada	10 ítems Unidimensional
Coopersmith Self-Esteem Inventories (CSEI)	Coopersmith 1967;1981	8 – 15 años	50 ítems 4 dimensiones
		≥ 16 años	25 ítems 4 dimensiones
Tennessee Self-Concept Scale (TSCS)	Roids & Fitts 1964,1988	12 – 68 años	100 ítems 8 dimensiones
Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS)	Piers & Harris 1969	8 – 18 años	80 ítems 6 dimensiones
Self-Description Questionnaire I (SDQI)	Marsh 1988, 1989,1990	8 – 12 años	76 ítems 7 dimensiones
Self Perception Inventory (SPI)	Soares & Soares 1985	Educación Primaria y ESO	20 ítems 6 dimensiones
		Adultos	36 ítems 7 dimensiones
Offer Self Image Questionnaire Revised (OSIQ-R)	Offer, Ostrov, Howardx y Dolan 1992	13 – 18 años	129 ítems 12 Dimensiones
Self Perception Profile for Adolescents (SPPA)	Harter 1988	13 -18 años	45 ítems 9 dimensiones
Self Perception Profile for Collegue Students (SPPCS)	Newman & Harter 1986	Universitarios	14 Dimensiones

Nombre	Autor y Año	Edad	Nº de ítems y dimensiones
Self-Esteem Index (SEI)	Brown & Alexander 1991	8 – 18 años	80 ítems 4 dimensiones
Culture Free Self-Esteem Inventories (CFSEI-2)	Battle 1992	Educación primaria y ESO	60 ítems 4 dimensiones
		Educación Primaria	30 ítems 4 dimensiones
		ESO y Adultos	3 dimensiones
Self Description Questionnaire II (SDQII)	Marsh 1990	12 – 15 años	102 ítems 11 dimensiones
Multidimensional Self-Concept Scale (MSCS)	Bracken 1992	9 – 19 años	150 ítems 6 dimensiones
Autoconcepto Forma 5 (AF5)	García & Musitu 1999	≥ 10 años	30 ítems 5 dimensiones

Elaboración propia adaptado de Domènech, 2005.

Una vez presentados los diferentes instrumentos de evaluación del autoconcepto se procede a explicar de forma resumida cada uno de estos instrumentos:

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg, 1965)

Rosenberg Self-Esteem Scale, cuya traducción en español se conoce como la Escala de Autoestima de Rosenberg es uno de los primeros instrumentos utilizados para la evaluación del autoconcepto global. Esta escala se presentó por primera vez en 1965 en la publicación *Society of the adolescent self-image* y posteriormente fue revisada por su autor. Consta de 10 ítems puntuables entre 0 y 6 puntos y aunque no fue creada para ningún rango de edad específico el vocabulario utilizado en la

descripción de los ítems la hace apropiada para niños hasta los 12 años (Domènech, 2005). Ha sido traducida a 28 idiomas y validada interculturalmente en 53 países.

Coopersmith Self-Esteem Inventories (CSEI) (Coopersmith, 1967, 1981)

Este instrumento fue publicado en 1967 como una mejora de la Escala de Autoestima de Rosenberg, con más contenidos y más base teórica.

A pesar que inicialmente se desarrolló como un instrumento de medida de la autoestima, en una revisión posterior, realizada en 1981, fue adaptada para incorporar los avances teóricos en la estructura del autoconcepto, pasando a medir las dimensiones de experiencia social, académica, familiar y personal. Además, en esta revisión, fueron desarrolladas dos formas básicas del instrumento, una adaptada a niños entre 8 y 15 años con 50 ítems, y otra acondicionada para realizar la evaluación en adultos (mayores de 16 años) consistente en 25 ítems (Domènech, 2005).

Tennessee Self-Concept Scale (TSCS) (Fitts y Roids, 1964, 1988)

Originalmente publicado por Fitts en 1964, el TSCS estaba diseñado como una medida unidimensional del autoconcepto basado más en aspectos clínicos y de asesoramiento psicológico. Esta medida de unidimensionalidad se modificó con la revisión realizada por Roids & Fitts en 1988, transformándose en un instrumento de evaluación de la multidimensionalidad del autoconcepto con 100 ítems de respuesta positiva o negativa que valora 8 dimensiones: identidad, satisfacción, comportamiento, autoconcepto físico, ético, personal, familiar y social. Y aplicable a un rango amplio de edades comprendidas entre los 12 y 68 años (Domènech, 2005; La Rosa, y Díaz Loving, 1991).

Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS) (Piers & Harris, 1969)

El PHSCS elaborado en 1969, consta de 80 ítems de respuesta dicotómica, positiva o negativa, acerca del modo en que cada uno se ve. Este instrumento fue diseñado para evaluar a niños y jóvenes de edades comprendidas de los 8 a los 18 años. Mediante estas 80 cuestiones se valoran seis factores o ámbitos del autoconcepto: comportamiento, estatus intelectual y escolar, ansiedad, popularidad, aspecto corporal y cualidades físicas, felicidad y satisfacción (Rosen, Glennie, Dalton, Lennon y Bozick, 2010).

Self-Description Questionnaire I (SDQI) (Marsh, 1988, 1989, 1990)

Este instrumento ha sido diseñado según el modelo de multidimensionalidad de Shavelson, Hubner y Stanton (1976) que distingue dos dimensiones generales del autoconcepto: autoconcepto académico y autoconcepto no académico. A su vez, cada una de estas dimensiones está dividida en diferentes factores. Dentro del autoconcepto académico se mide tres subdimensiones: autoconcepto matemático, autoconcepto en lengua y autoconcepto escolar general. Por otra parte en el autoconcepto no académico se valora: habilidad física, apariencia física, relaciones con los compañeros y relaciones con los padres; las dos primeras corresponden al autoconcepto físico y las dos segundas al autoconcepto social, ambos subdimensiones del autoconcepto no académico.

El SDQI consta de 76 ítems que se evalúa a través de una escala de cinco intervalos tipo Likert, que abarca desde totalmente falso a totalmente verdadero (Peralta y Sánchez, 2003).

Una limitación que presenta este cuestionario es no incluir la valoración del autoconcepto emocional que se comprende dentro del modelo de Shavelson, Hubner y Stanton (1976). La justificación de este hecho se encuentra en que este instrumento está destinado al rango de edad de los 8 a los 12 años y el autor justifica esta ausencia debido a las dificultades que tienen los niños en responder a estos ítems. En cambio sí incluye una escala de autoestima general basada en la escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1963, 1979). Los ítems de esta escala no se refieren a facetas particulares del autoconcepto, sino al sentido general de autovalía que se deriva de diferentes áreas (Marsh, 1989, 1990).

Self Perception Inventory (SPI) (Soares y Soares, 1985)

El SPI creado por Soares y Soares en 1985, es un instrumento de medida del autoconcepto basado en el modelo taxonómico propuesto por estos autores unos años antes basado en la intersección de varias facetas dentro del autoconcepto, cada una a su vez con varios niveles, sin apoyar la existencia de un autoconcepto general (Soares y Soares, 1977).

Este cuestionario se presenta en dos modalidades diferentes, una valora el autoconcepto en niños y adolescentes y otra valora el autoconcepto en adultos. La primera de ellas, diseñada para niños y adolescentes, está constituida por 20 ítems en los que se valoran 6 dimensiones diferentes. La segunda modalidad, adaptada a adultos presenta 16 ítems más, en total 36 ítems que valoran una dimensión más, 7 dimensiones.

Offer Self Image Questionnaire Revised (OSIQ-R) (Offer, Ostrov, Howardx & Dolan, 1992)

El OSIQ-R es un instrumento con 129 ítems que miden diferentes factores de autoconcepto y personalidad en adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 18 años. Este cuestionario mide un total de 12 dimensiones diferentes: tono emocional, control de impulsos, salud mental, relación social, relación familiar, actitudes vocacionales o vocaciones, confianza, independencia, IC, sexualidad, valores éticos e idealismo.

Self Perception Profile (SPP) (Harter, 1988)

El Self Perception Profile es el modelo general de un conjunto de cincoescalas desarrolladas por Harter. La peculiaridad de estas escalas es que cada una de ellas fue diseñada para un tipo de población concreta: niños, adolescentes, universitarios, adultos y estudiantes con dificultades de aprendizaje (Domènech, 2005).

En esta ocasión y debido a las características de esta investigación se explicarán más detalladamente solamente los modelos destinados a la evaluación de adolescentes y de Universitarios

a) Self Perception Profile for Adolescents (SPPA) (Harter, 1988)

Este instrumento diseñado específicamente para adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años comprende un total de 45 ítems que miden 9 dimensiones diferentes: habilidades escolares, aceptación social, habilidades

atléticas, apariencia física, conducta, valor sentimental global, habilidades de trabajo, relaciones con los amigos y atracción romántica (Domènech, 2005).

b) Self Perception Profile for Colleague Students (SPPCS) (Newman & Harter, 1986)

El SPPCS diseñado exclusivamente para universitarios consta de 54 ítems que permite medir 13 dimensiones diferentes: habilidades escolares, aceptación social, habilidades atléticas, habilidades de trabajo, relaciones con los amigos, atracción romántica, habilidad intelectual, moralidad, apariencia, valor sentimental general, creatividad, relaciones familiares y sentido del humor (Domènech, 2005).

Self-Esteem Index (SEI) (Brown y Alexander, 1991)

Creado por Brown y Alexander en 1991 consta de 80 ítems, valorados mediante una escala Likert de 4 puntos que miden 4 dimensiones en aceptación familiar, habilidad académica, popularidad entre iguales y seguridad personal en sujetos con edades comprendidas entre 8 y 18 años. Es importante destacar que este modelo no está basado en ningún fundamento teórico, a diferencia de muchos otros instrumentos en los que se resalta el seguimiento del modelo multidimensional de autoconcepto propuesto por Shavelson, Hubner y Stanton (1976).

Culture Free Self-Esteem Inventories (CFSEI-2) (Battle, 1992)

El CFSEI -2 es una actualización del modelo original CFSI publicado por Coopersmith en 1981 y previamente descrito. Al igual que el cuestionario original sigue modelo teórico de autoconcepto propuesto por Shavelson, Hubner y Stanton (1976).

Esta actualización presenta tres formatos diferentes, forma A, forma B y forma AD, que dependen de las características del grupo a evaluar. Las tres formas consisten en instrumentos de respuesta dicotómica, si o no, con diferente número de ítems. La forma A mediante un cuestionario de 60 ítems diseñado para alumnos de educación primaria y jóvenes de los primeros cursos de ESO, valora las dimensiones general del autoconcepto, social, académica y relación con los padres. La forma B diseñada para evaluar solamente a estudiantes de educación primaria valora las mismas 4 dimensiones que la forma A pero con la mitad de ítems, solamente 30. Por último la forma AD diseñada para Estudiantes de secundaria y adultos mide 3 dimensiones del autoconcepto: autoconcepto general, social y personal.

Self Description Questionnaire II (SDQII) (Marsh, 1990)

El SDQ II es una actualización del modelo del SDQI propuesto por el mismo autor unos años antes, por lo que al igual que la primera edición se basa en el modelo teórico multidimensional de autoconcepto jerárquico de Shavelson, Hubner y Stanton (1976). Esta actualización diseñada para adolescentes de 12 a 15 años consta de 102 ítems de respuesta dicotómica, sí o no, que evalúan 11 dimensiones: habilidades físicas, apariencia física, relaciones con personas del mismo sexo, relaciones con personas del sexo opuesto, relaciones con los padres, lectura, matemáticas, escuela general, estabilidad emocional, honestidad y veracidad y autoestima.

Multidimensional Self-Concept Scale (MSCS) (Bracken, 1992)

El MSCS basado al igual que la mayoría de los cuestionarios previamente descritos en el modelo teórico propuesto por Shavelson, Hubner y Stanton (1976), consta de 150 ítems en los que se valoran 6 dimensiones del autoconcepto en niños

entre 9 y 19 años. Estas 6 dimensiones del autoconcepto global son: Autoconcepto social, habilidades, autoconcepto afectivo, autoconcepto familiar, autoconcepto físico y autoconcepto académico.

Autoconcepto Forma 5 (AF5)⁴ (García y Musitu, 1999)

El cuestionario AF5 es un modelo multidimensional fundamentado en el modelo teórico de Shavelson, Hubner y Stanton (1976), que surgió como una versión mejorada y actualizada de un cuestionario previo, el cuestionario de Autoconcepto y Forma A (AFA), diseñado por los mismos autores con la colaboración de Gutiérrez ocho años antes (Musitu, García y Gutiérrez, 1991, citado por García y Musitu, 2014).

El AF5 fue diseñado y validado para evaluar diferentes aspectos del autoconcepto en amplio rango de edades, de los 10 a los 62 años. Esta escala consta de 30 ítems en los que se avalúan las 5 dimensiones en las que se divide el autoconcepto, según defienden sus autores. Estas dimensiones son: Autoconcepto académico/laboral, autoconcepto social, autoconcepto emocional, autoconcepto familiar y autoconcepto físico (García y Musitu, 2014).

⁴ El cuestionario de Autoconcepto y Forma 5 (AF5) es uno de los instrumentos de evaluación utilizados en esta investigación por lo que se explicará con mayor profundidad en el Capítulo II. Marco Metodológico.

I.4.5. INVESTIGACIONES PREVIAS

En cualquier momento de la vida el autoconcepto que tiene cada sujeto marca la forma de actuar y de afrontar la existencia de cada persona. En concreto una etapa en la que el autoconcepto adquiere una gran relevancia es en la adolescencia, puesto que el grado de importancia que un adolescente le da a aspectos particulares de sí mismo y a la apreciación de las habilidades que posee, marcan los fundamentos de su autoconcepto e influye en la formación y establecimiento de su personalidad. Por ello muchas investigaciones se centran en estudiar el autoconcepto en esta fase.

Un tema ampliamente estudiado en esta fase son las diferencias de género en autoconcepto. De forma general se ha encontrado que los chicos obtienen mayores niveles de autoconcepto global y emocional, mientras que las chicas destacan en autoconcepto familiar (Amezcuca y Pichardo, 2000).

Pastor et al. (2003) estudiaron las características diferenciales del autoconcepto y la autoestima en la adolescencia media por edad y por género. Para su investigación utilizaron una muestra representativa de adolescentes de la Comunidad Valenciana, a los que se les aplicó el test de Perfil de Autopercepciones para Adolescentes de Harter (SPPA 1988). Los resultados mostraron que los chicos obtuvieron puntuaciones por encima de la media teórica en todas las dimensiones del autoconcepto, a diferencia de las chicas que puntuaron por debajo de la media en Apariencia Física, Competencia Deportiva y Competencia Académica, y por encima en el resto de subescalas. En cuanto a la edad no se encontraron diferencias.

Esnaola (2005.b) analizó el desarrollo del autoconcepto por género, valorando las dimensiones: académico, familiar, social, emocional y físico, en una muestra de

adolescentes y jóvenes desde los 12 hasta los 22 años. Los resultados revelaron diferencias significativas en el autoconcepto emocional, autoconcepto familiar, habilidad deportiva, condición física, autoconcepto físico general y autoconcepto general en las mujeres. En los varones las diferencias significativas se encontraron en el autoconcepto social, autoconcepto emocional, autoconcepto familiar, autoconcepto físico y habilidad deportiva.

Por su parte, Garaigordobil y Durá (2006) estudiaron las relaciones de autoconcepto y la autoestima con sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años y encontraron que los chicos mostraban puntuaciones superiores en autoestima, asertividad inapropiada, sobreconfianza, desajuste emocional, y tolerancia al estrés, mientras que las chicas presentaban mayores puntuaciones en cooperación, habilidades sociales apropiadas, adaptación a los cambios, disponibilidad hacia nuevas tareas y trabajo en equipo.

También Esnaola (2008), analizó el autoconcepto físico a lo largo del ciclo vital en una muestra constituida por 1.259 participantes con un amplio rango de edades, que dividió en cuatro grupos: adolescencia (12-18 años), juventud (19-30 años), edad adulta (31-49 años) y personas mayores de 55 años. Los resultados indicaron que las percepciones en las escalas de habilidad física y condición física van disminuyendo desde la adolescencia hasta las personas mayores de 55 años, independientemente del sexo. Únicamente en la muestra de mujeres las percepciones de las escalas atractivo físico y autoconcepto físico general van mejorando paulatinamente desde la adolescencia hasta las personas mayores de 55 años.

A diferencia de Esnaloa, Sánchez y Matalinares (2014), no encuentran diferencias estadísticamente significativas en ambos géneros según la edad en el autoconcepto físico y emocional. En cambio demuestran diferencias de género, puesto que puntúan más alto los varones que las mujeres. Resultados apoyados por Cachón, Cuervo, Zagalaz y González (2015) al analizar a una muestra de 70 universitarios estudiantes de magisterio de los grados de educación infantil y educación primaria de una Universidad andaluza. Los resultados de estos autores también indican una correlación positiva entre la dimensión física del autoconcepto y las horas de práctica deportiva.

Como se ha mostrado ya en los resultados expuestos en las anteriores investigaciones otro tema que ha despertado gran interés es el estudio del autoconcepto y su variación en función de la edad.

García y Musitu (2001) analizaron la variación autoconcepto físico en una muestra con un rango de edades muy amplio, que abarcaba desde la adolescencia hasta la adultez y encontraron que se produce una tendencia descendente en la dimensión del autoconcepto físico con la edad independientemente del sexo (Castro-López, 2013). Resultados que fueron apoyados posteriormente por Esnaloa en 2008, como ya se ha descrito.

En general la realización de actividad físico-deportiva juega un papel importante no solo en el fomento de la salud física sino también de la mental. En este sentido existen numerosos estudios que relacionan los efectos beneficiosos del ejercicio físico sobre algunas de las dimensiones del autoconcepto, en particular esta influencia se observa claramente sobre el autoconcepto físico general (Brown,

Welsh, Labbe, Vitulli y Kulkarni, 1992; Knapen, Van-Coppenolle, Peuskens, Pieters y Knapen, 2006).

Esnaloa (2005.a) se centró en la relación entre la práctica de actividad física, el autoconcepto físico y la satisfacción corporal en mujeres adolescentes. Con el fin de analizar si la práctica de algún tipo de deporte tenía efectos positivos sobre el autoconcepto comparó un grupo de mujeres que practicaban diferentes deportes y con otro grupo que no practicaba ningún tipo de deporte. Los resultados mostraron que las mujeres que no practicaban actividad física obtuvieron unos resultados significativamente menos positivos en autoconcepto físico general, habilidad deportiva y obtuvieron puntuaciones más altas en bulimia y en sentimientos de ineficacia. Esnaloa (2005a), como previamente habían afirmado sus colegas Fox y Corbin (1989) y Marsh (1997), pudo aseverar que la práctica de cualquier tipo de deporte tiene efectos beneficiosos en algunas de las subescalas del autoconcepto, como son la percepción de la habilidad deportiva y la condición física principalmente.

Investigaciones realizadas en población universitaria también muestran estos resultados. Cachón et al. (2015) en una investigación llevada a cabo a universitarios estudiantes de magisterio de los grados de educación infantil y educación primaria de una universidad andaluza; mostraron que los resultados obtenidos indicaron una correlación positiva entre la dimensión física del autoconcepto con las horas de práctica deportiva, correlación en la que los varones presentaban una puntuación más alta.

La realización de actividad física no solamente está relacionado positivamente con el autoconcepto físico, sino que también se relaciona con el bienestar psicológico en las personas (Goñi e Infante, 2010; James, 1982). En adolescentes la práctica habitual de actividad físico deportiva puede ir unido a un estilo de vida más saludable, haciendo que los jóvenes se sienten menos agobiados y que se reduzcan síntomas como depresión, miedo o estrés (Moreno, Cervelló y Moreno, 2008; Smith y Biddle, 2008).

En una investigación realizada para examinar las relaciones entre la práctica de actividad físico deportiva en la adolescencia y diversas autoevaluaciones como el autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital (Reigal , Videra, Parra y Juárez, 2012). Los análisis estadísticos mostraron que la práctica física genera diferencias significativas positivas en los tres constructos estudiados. Sin embargo, la frecuencia de práctica solamente mostró diferencias significativas entre grupos en el autoconcepto físico. Por otro lado, los años de experiencia en conductas de práctica física influyeron en la obtención de valoraciones más positivas en aquellos sujetos que llevaban más tiempo realizando este tipo de tareas. Investigaciones posteriores también demuestran la conexión entre el autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vida (Videra-Garcia y Reigal-Garrido, 2013).

En lo que respecta a la IC también se encontró que existía una relación con algunas de las dimensiones del autoconcepto, en concreto se encontró principalmente relación con el autoconcepto físico.

Al relacionar IC y autoconcepto las investigaciones realizadas mostraron que un alto índice de masa corporal y una baja capacidad aeróbica se asocia con un peor autoconcepto. García-Sánchez, Ortega, López-Blanco y Burgueño-Menjíbar (2013)

en un estudio realizado en adolescentes encontraron que la presencia de grasa se correlacionó negativamente con el autoconcepto físico de los individuos, mientras que la condición física se correlacionó positivamente, como ya se ha descrito. Además una elevada masa grasa y poca velocidad-agilidad se correlacionó con un peor autoconcepto social.

En este tema Fernández-Bustos, González-Martí, Contreras, y Cuevas (2015) al examinar las diferencias existentes entre los distintos subdominios del autoconcepto físico, en función de la insatisfacción corporal y el IMC. En mujeres adolescentes españolas entre 12 y 17 años de edad, encontró que una mayor insatisfacción corporal y un IMC más alto se relacionan con peores percepciones físicas, especialmente en relación con el atractivo, y con un autoconcepto más devaluado.

Como muestran las investigaciones es necesario proporcionar una mayor valoración al autoconcepto, puesto que como se ha visto adquiere tanta importancia como la alimentación saludable o la práctica de actividad físico-deportiva en la salud de las personas.

CAPÍTULO II.

MARCO METODOLÓGICO

II.1. INTRODUCCIÓN

En el capítulo que se presenta a continuación se pretenden abordar diferentes aspectos metodológicos de la investigación cometida, tales como los objetivos de investigación planteados, las hipótesis propuestas, los instrumentos utilizados para la recogida de datos, la naturaleza de la metodología que se ha empleado, la descripción de los participantes en el estudio, las variables utilizadas y el procedimiento llevado a cabo en las diferentes etapas de investigación.

II.2. OBJETIVOS

Los objetivos tanto generales como específicos que se pretenden alcanzar en este estudio son los siguientes:

Objetivo general:

Conocer la relación existente entre la IC, los HA, el autoconcepto y las horas de práctica de actividad física extraescolar de los adolescentes.

Objetivos específicos:

1. Conocer el estado del arte en el que se encuentra la temática objeto de estudio, es decir, la percepción de la IC, los HA y las dimensiones del Autoconcepto en la población adolescente, tratando de averiguar las divergencias e independencias en función del sexo y el grupo de edad.

2. Evaluar la influencia que pueden mantener las variables género, etapa evolutiva, horas de práctica deportiva semanal, número de ingestas diarias y nivel sociocultural de los progenitores sobre la percepción de la IC, los HA y las diferentes dimensiones del Autoconcepto.
3. Estudiar las posibles correlaciones entre los diferentes factores resultantes sobre la percepción de la IC, los HA y las dimensiones del Autoconcepto, con las horas de práctica deportiva semanal.
4. Establecer si es posible adaptar el Test de Evaluación de Preferencias, Intenciones de Conducta y Consumos Alimentarios (TEPICA) para evaluar los conocimientos tanto correctos o adecuados como erróneos sobre alimentación y los HA de los adolescentes.

II.3. HIPÓTESIS

La hipótesis general de este estudio se resume en que cabe esperar que exista una relación directa entre el género, la edad, las horas semanales de práctica deportiva y el número de ingestas, con la IC, los conocimientos y hábitos sobre alimentación y el autoconcepto en las edades adolescentes. Esta hipótesis general se ha desglosado en las siguientes hipótesis más específicas que se detallan a continuación:

- Hipótesis 1. Las horas de práctica deportiva actúan positivamente en la percepción de la IC: a mayor consumo de actividad física mejor percepción.

- Hipótesis 2. Existe diferencias en la percepción de la IC en relación al género de los adolescentes: los varones tienen mejor percepción de la IC que las mujeres.
- Hipótesis 3. Las horas de práctica deportiva influyen en los conocimientos y hábitos sobre alimentación: la ausencia de actividad física favorece el aumento de mitos y errores sobre alimentación.
- Hipótesis 4. El género afecta a los conocimientos sobre alimentación: las mujeres presenten conocimientos más adecuados y menos mitos que los varones.
- Hipótesis 5. La edad es una variable que predispone los conocimientos alimentarios: en las edades adolescentes, a más edad conocimientos más adecuados y menos mitos sobre alimentación.
- Hipótesis 6. El número de ingestas diarias afecta a los conocimientos y HA: los sujetos adolescentes que realizan cinco ingestas diarias (las consideradas recomendables nutricionalmente) presentan mejores HA, tienen menos mitos y mayores conocimientos sobre alimentación.
- Hipótesis 7. Las horas de práctica deportiva es una variable determinante de autoconcepto: a mayor número de horas de práctica deportiva mejor autoconcepto físico, social, académico y emocional.
- Hipótesis 8. La variable género señala diferencias en el autoconcepto en las edades adolescentes: los varones tienen más alto el autoconcepto físico, social y emocional y las mujeres el autoconcepto académico.

Hipótesis 9. La dimensión social, física y emocional del autoconcepto en las edades adolescentes están vinculadas con la IC.

II.4. INSTRUMENTOS PARA RECOGIDA DE DATOS

El instrumento de recogida de datos ha sido diseñado para evaluar IC, los HA y el Autoconcepto en adolescentes y relacionarlos con la cantidad de práctica de actividad física extraescolar, así como con los datos personales y familiares.⁵

Como se ha indicado, este instrumento de recogida de datos consta de varias partes, en concreto cuatro, una para cada objeto de estudio.

La primera parte consta de 9 variables personales, como sexo, edad, número de horas de realización de actividad físico-deportiva al margen del horario escolar, etc. En ningún caso se solicitó el nombre ni cualquier otro dato que permitiese conocer la identidad de cada individuo.

La segunda parte consta de 34 variables que evalúan la IC; estas preguntas provienen del Cuestionario de Forma Corporal (BSQ) y han sido modificadas y adaptadas para que fuesen entendidas por los participantes en estudio.

Para la evaluación de los HA, que constituye la tercera parte del cuestionario realizado, se utilizaron 43 variables obtenidas del bloque II del Test de Evaluación de Preferencias, Intenciones de Conducta y Consumos Alimentarios (TEPICA). Al igual

⁵ El cuestionario completo se presenta en los Anexos.

que con las preguntas del cuestionario BSQ éstas también fueron modificadas y adaptadas a la población estudiada, así mismo se decidió no incluir las preguntas relacionadas con la religión.

Para la evaluación de la cuarta y última parte del estudio se utilizó la Escala de Autoconcepto y Forma (AF5). En este caso, a diferencia de los anteriores las preguntas no fueron modificadas, al considerarse que ya se encontraban adaptadas a la etapa de la muestra.

La descripción detallada de los cuestionarios de partida y las modificaciones llevadas a cabo para adaptarlo a la presente investigación se explican detalladamente a continuación.

II.4.1. CUESTIONARIO DE FORMA CORPORAL (BSQ)

Descripción General

El BSQ (Body Shape Questionnaire) es un cuestionario que mide la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de los otros. Fue diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn en 1987 como un instrumento para permitir medir la insatisfacción en trastornos alimentarios y discriminar éstos de la población normal. La adaptación española fue realizada por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater en 1996.

Este cuestionario consta de 34 ítems cuyas opciones de respuesta siguen una escala de frecuencia tipo Likert de 6 puntos (1=nunca – 6=siempre) lo que permite obtener puntuaciones que oscilan entre 34 y 204 puntos. Según la adaptación española del cuestionario los ítems pueden dividirse en cinco factores o en un único factor. Los cinco factores son: preocupación por el peso en conexión con la ingesta, preocupación por los factores antiestéticos de la obesidad, insatisfacción y preocupación corporal general, insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo (muslos, caderas y nalgas), empleo de acciones de purga (vómitos o laxantes) para reducir la insatisfacción corporal. La división en un único factor mide la insatisfacción corporal general, aunque en este caso este factor sólo explicaría el 48.7% de la variabilidad total.

La fiabilidad del BSQ se calculó mediante el alfa de Cronbach, obteniéndose valores de 0.93 a 0.97 en población no clínica. El coeficiente de correlación intraclases con test-retest es de 0.88. Para la validación se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, en el que la validez convergente oscila entre 0,61 y 081.

Adaptación del BSQ

Para la adaptación de este cuestionario se reformularon algunos de los ítems del cuestionario original, redactándolos de manera que fuesen fácilmente comprendidos, puesto que se consideró que alguno presentaban una difícil comprensión para la edad de los participantes en el estudio y que podría originar unos resultados incoherentes.

Además de la adecuación de los ítems se modificó la escala de respuesta a una progresión tipo Likert de 5 puntos para asemejar la forma de puntuar de los tres test y que no llevase a confusión.

II.4.2. TEST DE EVALUACIÓN DE PREFERENCIAS, INTENCIONES DE CONDUCTA Y CONSUMOS ALIMENTARIOS (TEPICA)

Descripción General

El TEPICA es un cuestionario diseñado por Pérez Vadillo (2013) para su investigación sobre la Educación para una correcta Alimentación en alumnos adolescentes.

El cuestionario está compuesto por tres bloques y como su propio nombre indica evalúa las preferencias, intenciones de conducta y consumos alimentarios.

El bloque I consta de 15 ítems de respuesta cerrada sobre datos personales del encuestado tales como el sexo, religión, edad, centro escolar, curso escolar y estatus socioeconómico -estimado a partir de los estudios de los padres y de los miembros de la familia que trabajan fuera de casa-; hábitos familiares relacionados con la alimentación, como quién se encarga de preparar las comidas, de realizar la compra, de elegir lo que consume en el recreo y en la merienda, el número de comidas diarias, el patrón de conducta o forma de ser con el que se identifica y, por último, las preferencias alimentarias.

El bloque II, comprende 45 ítems con una escala de respuestas tipo Likert, con opciones que van de la 1 (muy en desacuerdo) a la 5 (muy de acuerdo). Este

bloque proporciona información sobre los factores que influyen en el comportamiento alimentario de los adolescentes. Los factores indicados en el cuestionario que pueden estar influyendo en la conducta alimentaria de los adolescentes se agrupan en los siguientes:

CC: Conocimientos y creencias: permite detectar la influencia de los conocimientos previos, que para la adopción de HA saludables parece ser una condición necesaria aunque no suficiente. Así mismo también permite conocer la influencia ejercida por las creencias y los mitos sociales sobre la alimentación.

ER: Evaluación de los resultados de dichos conocimientos sobre la salud: valora la importancia que tiene para el sujeto alimentarse o no de forma adecuada.

CN: Creencias normativas: estudia las diferentes influencias externas, como es la influencia de los padres, la influencia de los amigos, de la escuela, de la religión, de otras personas, de la tv, moda,...

MR: Motivación para satisfacer los referentes externos y sociales: es decir valora la importancia que el sujeto le da a la delgadez, mediante la auto-percepción o IC que posee un individuo, la cual forma parte de su actitud

CPE: Control percibido de factores externos: permite conocer la accesibilidad, la disponibilidad, para acceder a los grupos de alimentos que forman parte de una dieta saludable, que hacen que el sujeto perciba que sea posible o no llevar una alimentación adecuada.

CPI: Control percibido de factores internos: valora el autocontrol del sujeto para, lograr o no, llevar una alimentación adecuada, así como las preferencias alimentarias

IC: Intención de conducta: es decir permite conocer la intención de un sujeto en realizar una acción.

C: Conducta realizada: Permite controlar cuales son los HA.

El bloque III, está constituido por un cuestionario de frecuencias de consumo de 28 grupos de alimentos, que permite conocer de un modo más específico las frecuencias de los consumos de alimentos.

Los autores del cuestionario para su validación lo han aplicado a tres muestras diferentes (N=300, N= 163, N= 591), con edades que oscilan entre los 14 y 17 años. La fiabilidad del cuestionario completo se ha calculado con el alfa de Cronbach, obteniéndose los resultados .710, .750 y .812, respectivamente para cada una de las tres muestras.

La fiabilidad del Bloque II del cuestionario, también fue calculada con el alfa de Cronbach, obteniéndose los siguientes resultados en las tres muestras: .793, .820 y .862. Además este bloque fue validado utilizando el análisis factorial exploratorio. Se estudió la medida de Keiser-Meyer-Olkin (KMO) junto al test de Bartlett, para conocer si los datos factorizaban bien, obteniéndose los valores que se muestran en la Tabla II.1.

Tabla II.1
KMO y prueba de esfericidad de Bartlett para estudiar la factorización del bloque II del TEPICA

		Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		.701	.750	.833
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi cuadrado aproximado	2792.031	3473.037	5534.361
	Gl	990	990	990
	Sig.	.000	.000	.000

Obtenido de Pérez Vadillo 2013

Adaptación del TEPICA

Para la realización del cuestionario de la presente investigación se utilizó parte del TEPICA, en concreto se emplearon algunas preguntas del bloque I y los ítems del bloque II. Las cuestiones escogidas del primer bloque fueron las relacionadas con el género y el nivel socioeconómico – miembros de la familia que trabajan fuera de casa y estudios de los progenitores- , el número de comidas realizadas y la preparación de las comidas. Estos ítems fueron incluidos en el primer apartado y se seleccionaron con el fin de conocer su relación con los HA, la cantidad de práctica de actividad física, la IC y el autoconcepto.

Para el estudio de los HA se utilizó el bloque II del TEPICA, excluyéndose las preguntas relacionadas con la religión.

II.4.3. ESCALA DE AUTOCONCEPTO Y FORMA (AF5)

Descripción General

El cuestionario “Autoconcepto Forma 5” (AF5) (García y Musitu, 1999) surge como versión ampliada y ya actualizada de otra ya existente, el autoconcepto forma A o AFA (Musitu, García y Gutiérrez, 1991).

El AF5, es un modelo multidimensional fundamentado en el modelo teórico de Shavelson, Hubner y Stanton (1976), que evalúa a través de sus 30 ítems las 5 dimensiones básicas del autoconcepto: académica laboral, social, emocional, familiar y física.

La importancia de esta escala radica en la posibilidad de obtener medidas concretas en cada una de las cinco áreas, como destacan sus autores; frente a las medidas globales de los modelos unidimensionales.

La escala está compuesta por 30 ítems que se pueden valorar con puntuaciones entre 1 y 99, donde 1 corresponde a “totalmente en desacuerdo” y 99 a “totalmente de acuerdo”. Además cada dimensión presenta el mismo número de ítems, 6; encontrándose que algunos de éstos están unos formulados en sentido positivo y otros en negativo, por lo que hay que invertir las respuestas en negativo.

Las cinco dimensiones básicas del autoconcepto se explican detalladamente a continuación (García y Musitu, 2014):

- Autoconcepto Académico- Laboral: Referido a la percepción que experimenta el sujeto respecto a la calidad en la realización de sus tareas, tanto como estudiante, como trabajador. Esta dimensión se centra en dos aspectos; el primero se refiere al sentimiento que posee cada sujeto sobre la

opinión de sí mismo que tienen sus profesores o superiores (buen trabajador, buen estudiante...) y el segundo se refiere a cualidades específicas valoradas internamente en ese contexto (inteligente, estima, buen trabajador/a). Como indican sus autores, se ha demostrado que esta dimensión tiene una correlación positiva con ajuste psicosocial, rendimiento académico / laboral, calidad de la ejecución, aceptación y estima de los compañeros, liderazgo y responsabilidad y a la vez correlaciona negativamente con absentismo y conflicto.

- Autoconcepto Social: mencionado como la percepción que el sujeto presenta sobre sus relaciones sociales. En esta dimensión se valora por un lado la red social del sujeto y a su facilidad o dificultad para mantenerla o ampliarla; y por otro las cualidades importantes en las relaciones interpersonales (amigable y alegre). Esta escala correlaciona positivamente con el ajuste y bienestar psicosocial, rendimiento académico/ laboral, con el aprecio de profesores, superiores y compañeros, con los comportamientos psicosociales y con los valores universales. Mientras que se correlaciona de manera negativa con las conductas disruptivas, la agresividad y la sintomatología depresiva.

- Autoconcepto Emocional: Hace referencia a la percepción del sujeto respecto a su estado emocional y a las respuestas ante situaciones específicas, que presentan cierto grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana. En concreto se hace referencia a dos aspectos; por un lado a la percepción general sobre el propio estado emocional (me asusto con facilidad, estoy nervioso...) y por otro lado a la autovaloración emocional en situaciones

concretas (cuando me preguntan o me hablan) cuando se encuentra una segunda persona implicada con un rango superior al del sujeto (profesor, jefe). El autoconcepto emocional se correlaciona de forma positiva con las habilidades sociales, el autocontrol, el sentimiento de bienestar y la aceptación de los iguales; y negativa con la sintomatología depresiva, ansiedad, consumo de alcohol y cigarrillos, y con la deficiente integración escolar y laboral. En general un autoconcepto emocional alto implica un control frente a situaciones y emociones, de forma que permite generar una respuesta adecuada y sin nerviosismo.

- Autoconcepto Familiar: Se refiere a la percepción del sujeto en su implicación, participación e integración en el ámbito familiar. Esta dimensión se distribuye en dos aspectos; el primero se refiere específicamente a la confianza y el afecto de los padres, y el segundo recoge cuatro variables de la familia y el hogar: dos de ellas formuladas positivamente referentes al sentimiento de felicidad y apoyo, y otras dos, formuladas negativamente que hacen referencia a la falta de implicación en la familia o la no aceptación por parte de los otros miembros. Esta dimensión familiar presenta una correlación positiva con rendimiento académico/ laboral, ajuste psicosocial, bienestar, integración, prosocialidad, y con percepción de salud física y mental. La correlación es negativa con sintomatología depresiva, ansiedad y consumo de drogas.
- Autoconcepto Físico: esta dimensión pretende valorar la percepción que posee el sujeto sobre su aspecto y condición física. Su significado se distribuye en dos aspectos complementarios. Primeramente es referido a la

práctica deportiva en la vertiente social, física y de habilidad; y en segundo lugar hace referencia exclusivamente al aspecto físico. Un autoconcepto físico alto indica que la persona se percibe físicamente de modo agradable y que puede practicar algún deporte con éxito. Este autoconcepto correlaciona positivamente con percepción de salud y de bienestar, con autocontrol, rendimiento deportivo, motivación de logro, y con integración académica y social. Del mismo modo, un autoconcepto bajo correlaciona negativamente con el desajuste escolar, ansiedad y en menor medida, con problemas interpersonales.

La validación de este cuestionario ha sido realizada con una muestra de 6483 sujetos, con rango de edades de entre 10 y 62 años. Los resultados del análisis de fiabilidad confirman la validez teórica de las cinco dimensiones del Autoconcepto obteniendo un alfa de Cronbach de .82 para la totalidad del cuestionario. Los valores obtenidos para cada una de las dimensiones son: .88 en la dimensión académica/laboral, .70 en la Social, .73 en la Emocional, .77 en la familiar y .74 en la física. Estos resultados han sido constatados en diferentes trabajos como indican sus autores (Busso, 2003; Esteve, 2005; Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011a; Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011b; García y Gracia, 2009; García, Gracia y Zeleznova, 2013; García, Musitu y Veiga, 2006; García, Martínez, Musitu, García y Camino, 2003; Martínez y García, 2007; Musitu y García, 2004; Musitu, Riquelme y Riquelme, 2011; Murgui, García, García y García, 2012; Tomás y Oliver, 2004; citados en García y Musitu, 2014).

Adaptación del AF5

En esta investigación para una mejor comprensión del instrumento por los participantes en el estudio, las valoraciones de los ítems se han adaptado a una escala de 1 a 10, donde 1 corresponde a “totalmente en desacuerdo” y 10 a “totalmente de acuerdo”, siguiendo las recomendaciones de Cummins y Gullone (2000).

II.5. MÉTODO

La investigación llevada a cabo se puede considerar una combinación de una investigación instrumental y una investigación empírica.

En un primer momento se pensaba que solamente podría hacerse la investigación empírica, con el fin de poner a prueba una serie de hipótesis o puntos de partida de este trabajo, comprobar su validez o invalidez y el alcance de los objetivos propuestos. A medida que se ha avanzado en la revisión teórica, han aparecido una serie de dudas que han derivado en la necesidad de realizar la investigación instrumental de los cuestionarios utilizados. Estas dudas no son otras que la aparición de divergencias en la forma de validar los cuestionarios, principalmente el TEPICA y el BSQ, así como el escaso rigor en la dimensionalidad, fiabilidad y validez de las mismas para su elaboración y adaptación.

Ante esta situación presentada, lo que se consideraba un mero trámite se ha convertido en la parte central de éste trabajo, cuestión que en un principio no estaba prevista su realización, pero que sin ella es difícil realizar con garantía y base científica la investigación empírica.

II.5.1. INVESTIGACIÓN INSTRUMENTAL

La investigación instrumental ha recorrido una serie de etapas que se proceden a describir a continuación:

En primer lugar se calcularon los estadísticos univariados para cada ítem: media, desviación típica, varianza, asimetría, curtosis y rango, utilizando para ello el paquete estadístico SPSS.22.

Seguidamente, se realizó el gráfico de sedimentación para la obtención de una primera aproximación al número óptimo de factores recomendado (SPSS.22).

Posteriormente se procedió al análisis de la dimensionalidad de la escala. Para ello se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio o semiconfirmatorio (AFE o AFSC) utilizando el programa FACTOR y por último un análisis factorial confirmatorio (AFC) obtenido mediante el programa M-PLUS.7. El proceso seguido se describe a continuación:

- Para determinar el número de factores se utilizó el método de Implementación Óptima de Análisis Paralelos propuesto por Timmerman y Lorenzo-Seva (2011) llevándose a cabo 10.000 remuestreos.
- El análisis factorial (AF) se realizó a partir de las correlaciones policóricas entre los ítems.
- El método de factorización ha sido el de mínimos cuadrados no ponderados y para ello se utilizó el método Promin de rotación (Ferrando y Lorenzo-Seva, 2014).

- Para cada dimensión, de forma independiente, se calculó la correlación parcial ítem-test y así poder estimar el índice de discriminación de los ítems.
- Para el cálculo de la fiabilidad se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para datos ordinales (Elosua y Zumbo, 2008).
- Por último, con el programa M-plus.7, se han calculado para cada escala los parámetros estimados después de haber sido reespecificados.

II.5.2. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Esta investigación debe enmarcarse en el paradigma asociativo, examinado las relaciones entre variables y las diferencias que pueden aparecer entre los grupos de individuos. Las variables nunca serán manipuladas, y los sujetos serán asignados a los grupos solamente en función de las diferencias que puedan aparecer, bien por su naturaleza, o por la sociedad donde se desarrolla el trabajo. Este tipo de investigaciones tiene por objeto una finalidad inferencial sin manipulación de las variables independientes (variables personales, familiares y sociodemográficas) y cómo se realiza en un momento temporal concreto puede enmarcarse como investigación sincrónica.

Esta investigación empírica ha sido realizada mediante el paquete estadístico IBM SPSS.22 y a través de ella se han podido poner a prueba las hipótesis propuestas en esta tesis doctoral, siguiendo el proceso que se expone a continuación:

- Se han calculado el perfil de los sujetos participantes en el estudio mediante la aplicación de las pruebas adecuadas en función de las variables:
 - Para las variables nominales, frecuencias y porcentajes.
 - Para las variables ordinales, media, mediana y rango intercuartílico.
 - Para las variables métricas media, desviación estándar, coeficiente de variación e índices de asimetría y curtosis.
- Para las variables métricas se ha evaluado la distribución de la muestra mediante los estadísticos de Kormogolov-Smirnov con la corrección de Lilliefors y de Shapiro y Wilk. Debido a la sensibilidad de estas pruebas, la decisión de utilizar estadísticos paramétricos o no paramétricos ha sido condicionada a los valores obtenidos en los índices de asimetría o curtosis, siguiendo los consejos de los expertos en esta temática, los cuales sugieren que si no los valores no superan los 4.00, los estadísticos paramétricos son suficientemente robustos a la desviación de la normalidad (Schmider, Ziegler, Danay, Beyer y Bühner, 2010).
- Para estudiar las relaciones entre variables independientes se utilizaron las Tablas de Contingencias, Coeficiente Phi para variables dicotómicas y Coeficientes de Contingencia en variables policotómicas.
- Para estudiar las comparaciones de medias se han aplicado las pruebas *t* de Student y análisis de varianza (ANOVA). Previamente a la

aplicación de estos estadísticos se ha realizado estadístico de Levene para conocer si la homogeneidad de las varianzas se satisfacía o no y en el caso de que la varianzas fueran heterogéneas se precedió a la corrección de los grados de libertad mediante el procedimiento de Brown Forsythe o se utilizó el estadístico *t* de Student adecuado a esta situación.

- Para poner a prueba si las variables independientes ejercían efecto sobre cada una de las variables dependientes, total o de forma interactiva, se midió mediante pruebas univariadas (ANOVA) o multivariadas (MANOVA).

II.6. PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Inicialmente el grupo incidental de participantes en el estudio estaba compuesto 650 estudiantes de ESO y Bachillerato, matriculados en Centros Públicos de una ciudad del Norte de España.

Antes de comenzar a la descripción de las características de los participantes, se debe aclarar que de entrada se han suprimido 19 sujetos por cuestionarios incompletos. También se han suprimido otros 7 por haber cumplido los 19 o 20 años, lo cual, si se tiene en cuenta que una parte importante en el estudio es conocer la aplicabilidad de los cuestionarios a las edades adolescentes y pre-adolescentes, se ha decidido prescindir de estas siete personas por temor a que se produjera cierto sesgo en los resultados.

En definitiva, la totalidad de participantes con los que se va a trabajar es de 627 estudiantes, de los cuales 334 son varones y 299 mujeres (52.8% y 47.2% respectivamente). Las edades oscilan entre los 12 y los 18 años, siendo la media de 14,61 años. Cabe destacar que la edad menos representativa es la de 18 años (n=13; el 2.1%), pero al contabilizar los sujetos de esta edad junto con los de 17 años se encuentra que configuran el 15.2% de la totalidad. Puede observarse la distribución según la edad en la Figura II.1. y en la Figura II.2. la distribución de la edad por sexos, donde se aprecia que ambos grupos son muy semejantes.

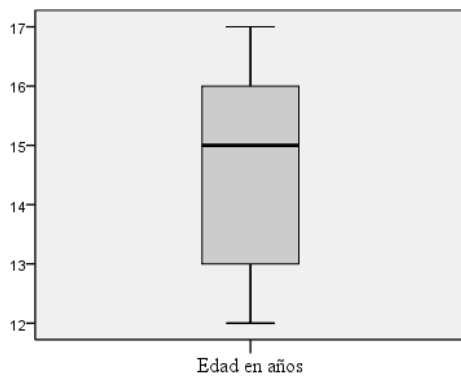


Figura II.1. Gráfico Box-Plot de la distribución de las edades de los participantes

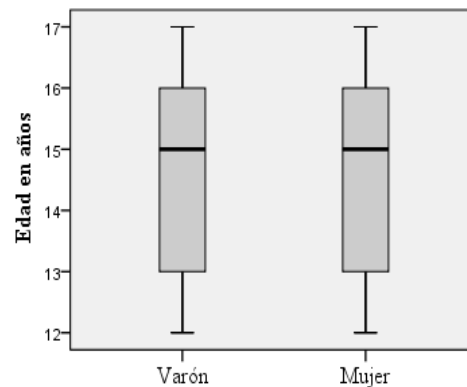


Figura II.2. Gráfico Box-Plot de la distribución de las edades de los participantes en función del género

La muestra de preadolescentes y adolescentes se ha hallado de forma diferente para chicos que para chicas. Los preadolescentes varones abarcan de los 12 a los 14 años y las mujeres solamente hasta los 13, y como consecuencia de esto el grupo de los adolescentes varones comienza a los 15 años y el de las mujeres a los 14. Esta decisión ha sido motivada por varias razones, la primera de ellas es que la curva de crecimiento y peso se mantiene constante en ambos sexos, pero a partir de esta edad las mujeres empiezan a ser superiores en cuanto a masa corporal. La velocidad de crecimiento en las mujeres empieza entre los 10 y los 13 años y en los

varones entre los 12,5 y los 16; según la OMS (De Onis, Onyango, Borghi, Siyam, Nashidaa y Siekmanna, 2007) el IMC y la altura son semejantes entre las mujeres de 12 años y los varones de 13; los varones comienzan la pubertad más tarde que las mujeres, 12/14 y 9/12 respectivamente; de la misma manera que la madurez cerebral también es más tardía en los varones que en las mujeres, 15 y 12 años respectivamente (Castro-Feijoó y Pombo, 2006).

Estas y otras razones, como pueden ser los intereses sociales y lúdicos, rendimiento académico, cantidad de práctica de actividad física, ..., son estudiadas por muchos autores en ámbitos diferentes (Cabrera y Fanjúl, 2012; Castro-Feijoó y Pombo, 2006; Fanjul 2008; Erickson, 1985; Lazo y Barroso, 2008; Le Boulch, 1986; Hernando, Oliva y Pertegal, 2013; Piaget, 1977; Picq y Vayer, 1977; Raznahan et al., 2011; Ruiz, 1987; Toro 1988; Vayer, 1977). Aunque estos autores, y otros varios que estudian esta temática muestren diferencias en el cambio de un estadio a otro, y aunque no haya un acuerdo unánime para señalar este momento, es necesario tomar una decisión a la hora de diferenciarlo, razón por la cual en esta investigación se han tomado rangos de edad diferentes en función del sexo de los participantes.

Así las cosas, el total de preadolescentes ha sido de 250 (40%) y adolescentes 377 (60%), siendo 150 varones pre-adolescentes y 171 adolescentes y 90 mujeres pre-adolescentes y 206 adolescentes.

En relación a la práctica deportiva fuera del horario escolar, la participación ha sido alta, 487 personas afirman que dedican alguna hora semanal a realizar ejercicio físico, casi un 78%. Este grupo de sujetos que realizan ejercicio físico se ha dividido en tres bloques, los que hacen poco deporte, entre 1 y 3 horas semanales, que suman 163 participantes (26%), los que practican deporte moderadamente, entre 4 y

6 horas a la semana, 175 participantes (27.9%) y aquellas personas que practican mucho deporte semanal que son aquellos que dedican 7 o más horas semanales, son 149 participantes (23.8%). Solamente 140 estudiantes reconocen que no hacen nada de ejercicio físico después de salir de clase (22.3% no practica deporte extraescolar, frente a un 77.7% que sí lo realiza), lo cual puede afirmarse, como ya afirmó Coballes, 2015, que en edades adolescentes y preadolescentes, son muchos los escolares que dedican tiempo para la práctica de ejercicio físico de manera extraescolar.

Otra referencia que se ha tenido en cuenta es el nivel de estudios de los padres. Un dato que llama la atención es que el porcentaje más alto es de padres y madres con estudios universitarios. Los datos son los siguientes: sin estudios 13 padres y 9 madres, con graduado escolar 95 padres y 92 madres, estudios medios 172 padres y 147 madres, bachillerato 94 padres y 105 madres y con estudios universitarios ascienden a 228 padres y 262 madres. Aparecen 12 personas que no han contestado este dato. También han manifestado que 359 familias, indicador que supera el 50 %, tienen trabajo remunerado el padre y la madre, en 142 casas (22.6%) trabaja solo el padre y en 88 hogares (14%) solo la madre; 24 personas han dejado esta casilla en blanco, lo que se sobrentiende que en el 3.8% de familias actualmente no trabaja nadie.

Por último se ha solicitado a los participantes que expusieran el número de ingestas diarias y los resultados han sido que solamente cuatro personas reconocen que solamente comen una vez al día, 17 que comen dos veces, 90 tres veces, 177 cuatro, 234 cinco y 105 seis veces al día. Es de resaltar que más del 65% realizan 4 o

5 comidas diarias, un 28% 6 y menos del 18% son los que realizan 3 o menos ingestas diarias.

Para mejor perspectiva de los datos de los participantes en el estudio, se presenta la Figura II. 3 y la Tabla II. 2.

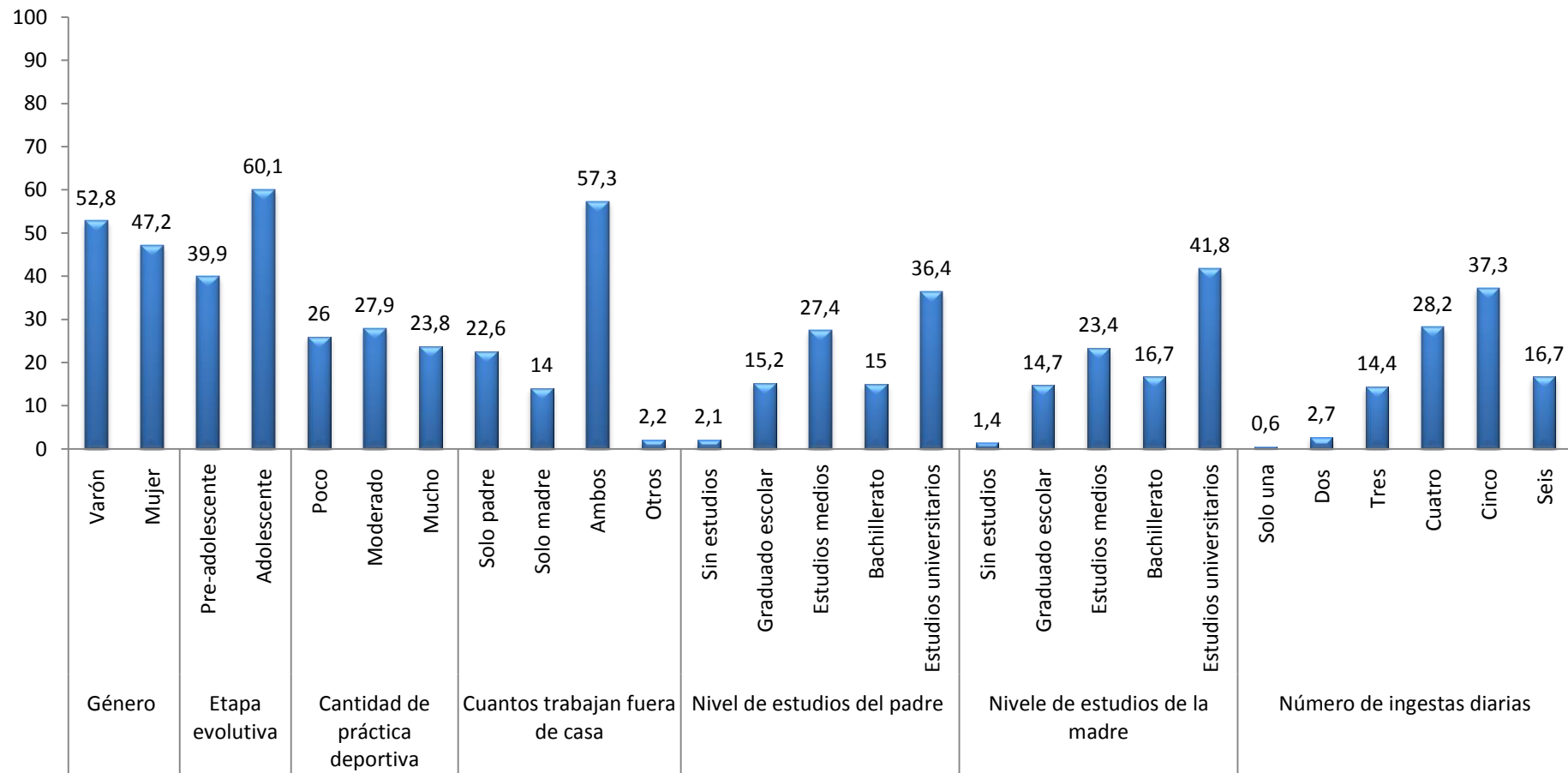


Figura II.3. Descripción de los participantes

Tabla II.2.
Descripción de los participantes

Variables		N	%
Género	Varón	331	52.8
	Mujer	296	47.2
Etapa evolutiva	Pre-adolescente	250	39.9
	Adolescente	377	60.1
Cantidad de práctica deportiva	Poco	163	26.0
	Moderado	175	27.9
	Mucho	149	23.8
Cuántos trabajan fuera de casa	Solo padre	142	22.6
	Solo madre	88	14.0
	Ambos	359	57.3
	Otros	14	2.2
Nivel de estudios del padre	Sin estudios	13	2.1
	Graduado escolar	95	15.2
	Estudios medios	172	27.4
	Bachillerato	94	15.0
	Estudios universitarios	228	36.4
Nivele de estudios de la madre	Sin estudios	9	1.4
	Graduado escolar	92	14.7
	Estudios medios	147	23.4
	Bachillerato	105	16.7
	Estudios universitarios	262	41.8
Número de ingestas diarias	Solo una	4	.6
	Dos	17	2.7
	Tres	90	14.4
	Cuatro	177	28.2
	Cinco	234	37.3
	Seis	105	16.7

II.7. VARIABLES

Las variables utilizadas en este estudio son, por un lado las variables independientes, o aquellas que definen los grupos y en ningún momento pueden ser manipuladas, como son las expuestas al describir la muestra, y por el otro las variables dependientes, diana o de criterio, que son aquellas cuyos resultados serán medibles y comparables, es decir, los factores que se van a estudiar y que son el

resultado de la agrupación de las variables de cada cuestionario. Estas variables serán explicadas en los resultados que se obtengan al realizar la investigación instrumental y se reduzca a factores las variables que componen los cuestionarios.

II.8. PROCEDIMIENTO

Lo primero que se ha hecho antes de aplicar los cuestionarios ha sido solicitar el permiso del comité de ética de la Universidad, y una vez obtenido se ha realizado un primer contacto con la dirección de los diferentes centros para explicarles el objetivo de la investigación y solicitarles colaboración y ayuda para realizar el trabajo de campo.

Una vez conseguido el visto bueno a este proyecto se ha procedido a elaborar un calendario de visitas a los centros para la presentación del cuestionario a estudiantes, los cuales fueron informados del objetivo del estudio y se les pidió participación explicándoles la importancia que suponía la misma; destacando en todo momento el anonimato de los participantes así como la exclusividad de los datos para esta investigación y posterior difusión científica de los resultados.

La administración de los cuestionarios se organizó en sesiones colectivas en las aulas, procurando que los participantes no sintiesen que se les estaba privando de tiempo de recreo, por eso se realizó en horario lectivo, dónde siempre estuvo presente un docente del centro y la autora de esta tesis que previamente se había preparado para tal efecto. Las escalas se aplicaron en tres sesiones de 15/20 minutos de duración.

Se ha tenido mucha precaución para evitar pérdida de datos, por ello se animó a que ante alguna duda o falta de comprensión de algún ítem, lo preguntaran sin dudar, animándoles que lo hiciesen en voz alta para que todo el mundo pudiera enterarse y aclararse; del mismo modo se alentó a que levantasen la mano y preguntasen en voz baja las dudas que les pudiesen surgir sobre la forma de responder a una pregunta, insistiendo en todo momento en la importancia de contestar a todos los ítems para poder realizar el estudio correctamente.

CAPÍTULO III.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Llegado a este punto, como bien se ha advertido en el capítulo anterior, al observar las divergencias encontradas en algunas investigaciones que preceden a esta tesis en las que han utilizado las mismas escalas, el escaso rigor científico con que han tratado la dimensionalidad, validez y fiabilidad de las mismas, tanto para su construcción, como para las edades y el género de la muestra donde se han aplicado los estudios, así como la adaptación al idioma, se ha tomado la decisión de presentar los resultados de la investigación en dos partes separadas.

La primera de ellas se corresponde con la investigación instrumental, que como bien se ha dicho, se basa en la revalidación de los tres cuestionarios utilizados en esta tesis (BSQ, TEPICA y AF5) y adaptación a la población preadolescente y adolescente de edades comprendidas entre 12 y 18 años, y no solo por etapas evolutivas, sino también por sexos.

En la segunda parte, la investigación empírica, se mostrarán los resultados descriptivos de todas y cada una de las variables y de los factores resultantes del análisis instrumental, se explicarán las influencias que algunas variables ejercen sobre otras, y sobre los ocho factores resultantes, y las relaciones entre las variables de cada escala y entre todos los factores.

III.1. INVESTIGACIÓN INSTRUMENTAL

Se realizará por separado el AFE y el AFC de cada escala. El AFC se realiza previamente con la totalidad de la muestra y a continuación se replica por sexos y por etapa evolutiva, y así comprobar que se cumplen todos los parámetros estudiados.

El orden de presentación será la disposición con que se presentaron las escalas en el cuestionario. Primero el cuestionario BSQ, a continuación el TEPICA y por último el AF5.

En cada uno de ellos se seguirá la misma estructura, medidas de tendencia central y de dispersión, gráfico de sedimentación, AFE, AFC, y por último se presentarán los ítems resultantes después de la validación de cada cuestionario.

III.1.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL BSQ

Siguiendo los pasos descritos anteriormente, se han calculado los valores de asimetría y curtosis, y se ha podido observar que siete variables presentan valores muy altos, > 2.0 , (7, 8, 11, 18, 26, 27, 32)⁶ y una desviación típica y varianza muy bajas, < 1.0 , por lo que se ha tomado la decisión de prescindir de ellas (ver Tabla III.1).

⁶ Ver cuestionario en Anexos

Tabla III.1

Medidas de tendencia central y dispersión de las variables del cuestionario BSQ

Variables	M	DT	DT²	As	Cur	R
V 01	2.63	1.214	1.473	.240	-.782	4
V 02	2.42	1.464	2.144	.537	-1.164	4
V 03	2.13	1.415	2.001	.878	-.696	4
V 04	2.50	1.448	2.096	.458	-1.173	4
V 05	2.13	1.275	1.625	.804	-.549	4
V 06	2.12	1.312	1.721	.867	-.531	4
V 07	1.46	1.070	1.145	2.367	4.468	4
V 08	1.22	.688	.473	3.515	12.623	4
V 09	2.05	1.309	1.715	1.021	-.190	4
V 10	1.94	1.323	1.751	1.151	-.047	4
V 11	1.32	.771	.595	2.725	7.373	4
V 12	2.29	1.335	1.781	.663	-.835	4
V 13	1.55	.968	.936	1.778	2.327	4
V 14	1.74	1.148	1.317	1.511	1.273	4
V 15	1.99	1.322	1.747	1.074	-.160	4
V 16	2.12	1.396	1.948	.900	-.598	4
V 17	2.09	1.350	1.821	.949	-.393	4
V 18	1.24	.712	.507	3.420	12.034	4
V 19	2.04	1.315	1.730	.955	-.404	4
V 20	2.19	1.375	1.890	.806	-.667	4
V 21	2.01	1.416	2.005	1.075	-.364	4
V 22	2.23	1.487	2.211	.803	-.852	4
V 23	1.85	1.271	1.616	1.322	.463	4
V 24	2.08	1.383	1.912	.985	-.425	4
V 25	1.69	1.201	1.444	1.628	1.389	4
V 26	1.17	.645	.416	4.174	17.432	4
V 27	1.45	.966	.934	2.276	4.420	4
V 28	1.72	1.245	1.549	1.546	1.035	4
V 29	1.76	1.145	1.310	1.388	.849	4
V 30	2.27	1.382	1.909	.703	-.831	4
V 31	1.88	1.264	1.597	1.270	.389	4
V 32	1.08	.474	.225	6.728	47.781	4
V 33	2.07	1.258	1.584	.896	-.386	4
V 34	2.77	1.572	2.470	.178	-1.502	4

Leyenda: M=media; DT=desviación típica; DT²= varianza; A=asimetría; Cur.=curtosis; R=Rango

Visualizando el gráfico de sedimentación mostrado en la Figura III.1, puede verse que solo aparece un factor.

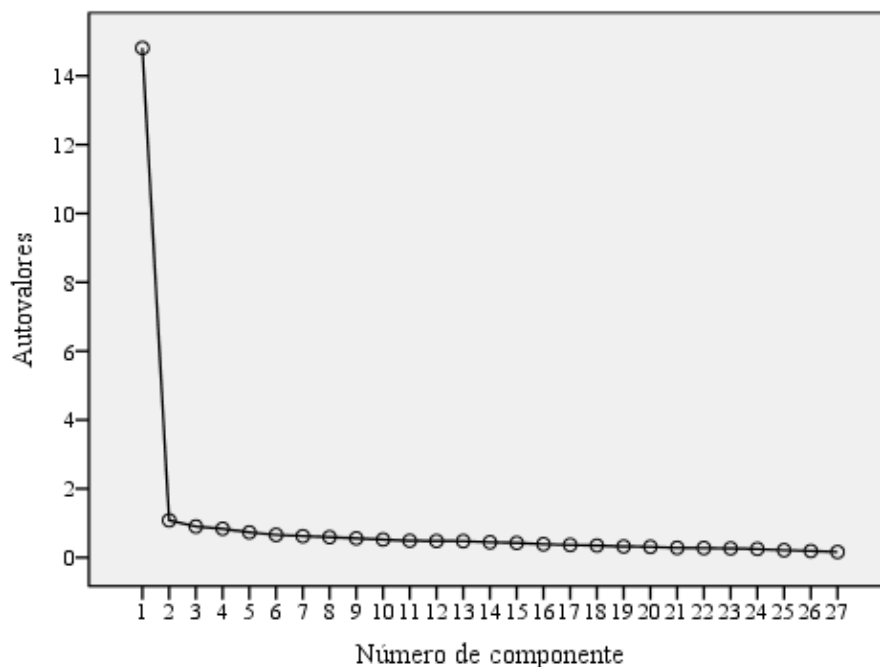


Figura III.1: Gráfico de sedimentación del cuestionario BSQ.

Así las cosas, se ha realizado un primer AFE utilizando el programa FACTOR y en los resultados que ofrece recomienda dos factores.

Seguidamente se ha procedido a la realización de un segundo AFE, con el mismo programa y esta vez rotando dos factores. El estadístico de Bartlett, [12475.7 (df = 351; P = 0.000010)] así como el test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .97, utilizados para probar si la muestra proviene de poblaciones con la misma varianza y si presenta una buena adecuación muestral, indican un buen ajuste de los datos para ser sometidos a análisis factorial.

Los dos factores extraídos explican el 58% de la varianza total, el índice de bondad de ajuste (GFI) fue de .944 y la raíz cuadrática media de los residuales (RMSR) de .050. Todos estos datos indican un buen ajuste de la estructura

bidimensional para estos ítems (García-Cueto, Gayo-Álvaro y Miranda-García, 1998).

Como se observa en la Tabla III.2, han desaparecido dos variables, la 16 y la 28⁷, por cargar en dos factores con una diferencia menos de .100, y ha quedado configurado con un primer factor formado por 10 variables relacionadas con a la preocupación personal por su IC (IC.PER) y el segundo factor por 14 variables que se corresponden con la preocupación por su IC de cara al exterior (IC.EXT).

Tabla III.2
Matriz factorial rotada

Variables	Matriz factorial rotada		Matriz factorial rotada (omitidas las cargas inferiores a .300)	
	F 1	F 2	F 1	F 2
V 01	.862	-.224	.862	
V 02	1.088	-.251	1.088	
V 03	.733	.044	.733	
V 04	1.128	-.351	1.128	
V 05	.570	.149	.570	
V 06	.754	-.012	.754	
V 09	.131	.647		.647
V 10	.261	.498		.498
V 12	.126	.695		.695
V 13	-.084	.657		.657
V 14	-.109	.956		.956
V 15	-.259	.973		.973
V 16	.376	.405		
V 17	.508	.297	.508	
V 19	.335	.514		.514
V 20	.194	.632		.632
V 21	.861	-.128	.861	
V 22	.759	-.076	.759	
V 23	.059	.621		.621
V 24	.161	.647		.647
V 25	-.148	.827		.827
V 28	.272	.279		
V 29	.011	.782		.782
V 30	.376	.280	.376	
V 31	-.569	1.212		1.212
V 33	.134	.570		.570
V 34	.603	.181	.603	

⁷ Ver cuestionario en Anexos

En la Tabla III.3 queda reflejada la configuración del cuestionario con la matriz factorial rotada y con los valores ordenados. En la misma tabla puede observarse un buen ajuste, los coeficientes de fiabilidad estimados fueron de .966 para el cuestionario total, una vez suprimidas las variables indicadas, .932 para el primer factor y .946 para el segundo.

Tabla III.3

Matriz de carga rotada y ordenados los valores en sentido descendente y omitidas las cargas inferiores a .300 y el Alfa de Cronbach para la totalidad del cuestionario y para cada factor

Variables	F 1	F 2
V 04	1.128	
V 02	1.088	
V 01	.862	
V 21	.861	
V 22	.759	
V 06	.754	
V 03	.733	
V 34	.603	
V 05	.570	
V 17	.508	
V 30	.376	
V 31		1.212
V 15		.973
V 14		.956
V 25		.827
V 29		.782
V 12		.695
V 13		.657
V 24		.647
V 09		.647
V 20		.632
V 23		.621
V 33		.570
V 19		.514
V 10		.498
Alfa (.966)	.932	.946

La correlación entre los dos factores ha sido alta, .928, como se aprecia en la Tabla III.4.

Tabla III.4.
Correlación inter-factorial

Factores	F 1	F 2
F 1	1.000	
F 2	.928	1.000

La estimación del índice de discriminación (ID) puede verse en la Tabla III.5, observando que en todas las variables presenta un buen ajuste, >.200.

Tabla III.5
Índice de discriminación de toda la escala y de cada factor del cuestionario BSQ

Todos	ID	F 1	ID	F 2	ID
V 01	.613	V 01	.633	V 09	.752
V 02	.805	V 02	.818	V 10	.713
V 03	.747	V 03	.739	V 12	.788
V 04	.741	V 04	.760	V 13	.564
V 05	.692	V 05	.689	V 14	.830
V 06	.717	V 06	.722	V 15	.714
V 09	.752	V 17	.752	V 19	.805
V 10	.730	V 21	.711	V 20	.791
V 12	.791	V 22	.668	V 23	.656
V 13	.557	V 30	.613	V 24	.779
V 14	.812	V 34	.748	V 25	.674
V 15	.690			V 29	.761
V 17	.779			V 31	.657
V 19	.821			V 33	.669
V 20	.797				
V 21	.704				
V 22	.656				
V 23	.656				
V 24	.783				
V 25	.656				
V 29	.763				
V 30	.634				
V 31	.619				
V 33	.682				
V 34	.760				

Para finalizar, utilizando el programa M-PLUS, se ha realizado un AFC con resultados favorables, tanto para el RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) como para el CFI (Comparative Fit Index) y el TLI (Tucker-Lewis Index), siendo los valores alcanzados en el RMSEA $< .080$ y los CFI y TLI $> .90$.

A continuación se han hallado los mismos valores diferenciándolos por sexos y por etapas evolutivas, dando resultados muy semejantes, lo cual indica que este ajuste o reespecificación de la escala es adecuada. (Ver Tabla III.6).

Tabla III.6
Valoración de los índices de ajuste para el cuestionario BSQ

	Totalidad	Varones	Mujeres	Preadolescentes	Adolescentes
RMSEA	.050	.052	.055	.052	.061
CFI	.943	.919	.941	.921	.928
TLI	.938	.911	.935	.912	.921

En la Figura III.2 pueden verse los parámetros estimados para el modelo una vez reespecificado el cuestionario.

En las Figuras III.3, III.4, III.5 y III.6, pueden verse los parámetros estimados diferentes para para cada sexo y cada etapa evolutiva.

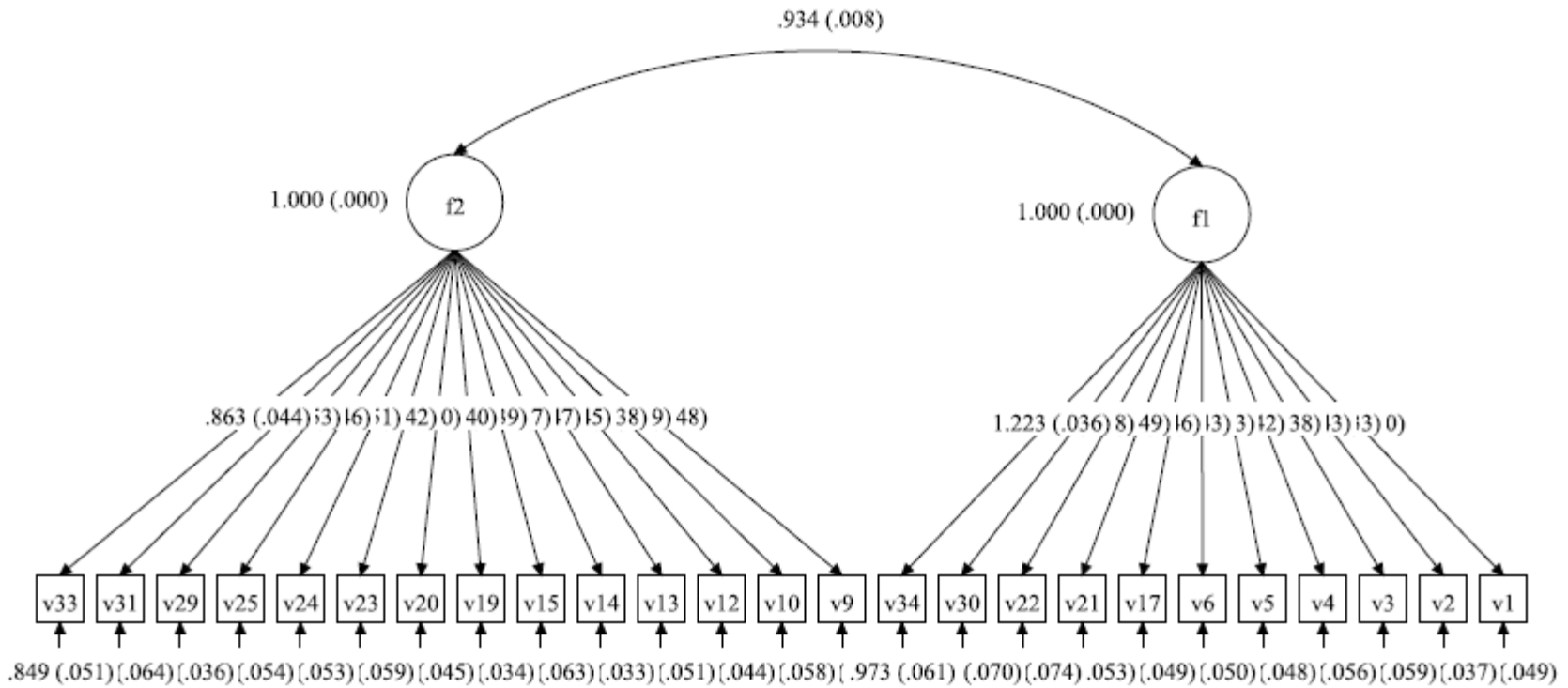


Figura III.2: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (TOTALIDAD DE LA MUESTRA)

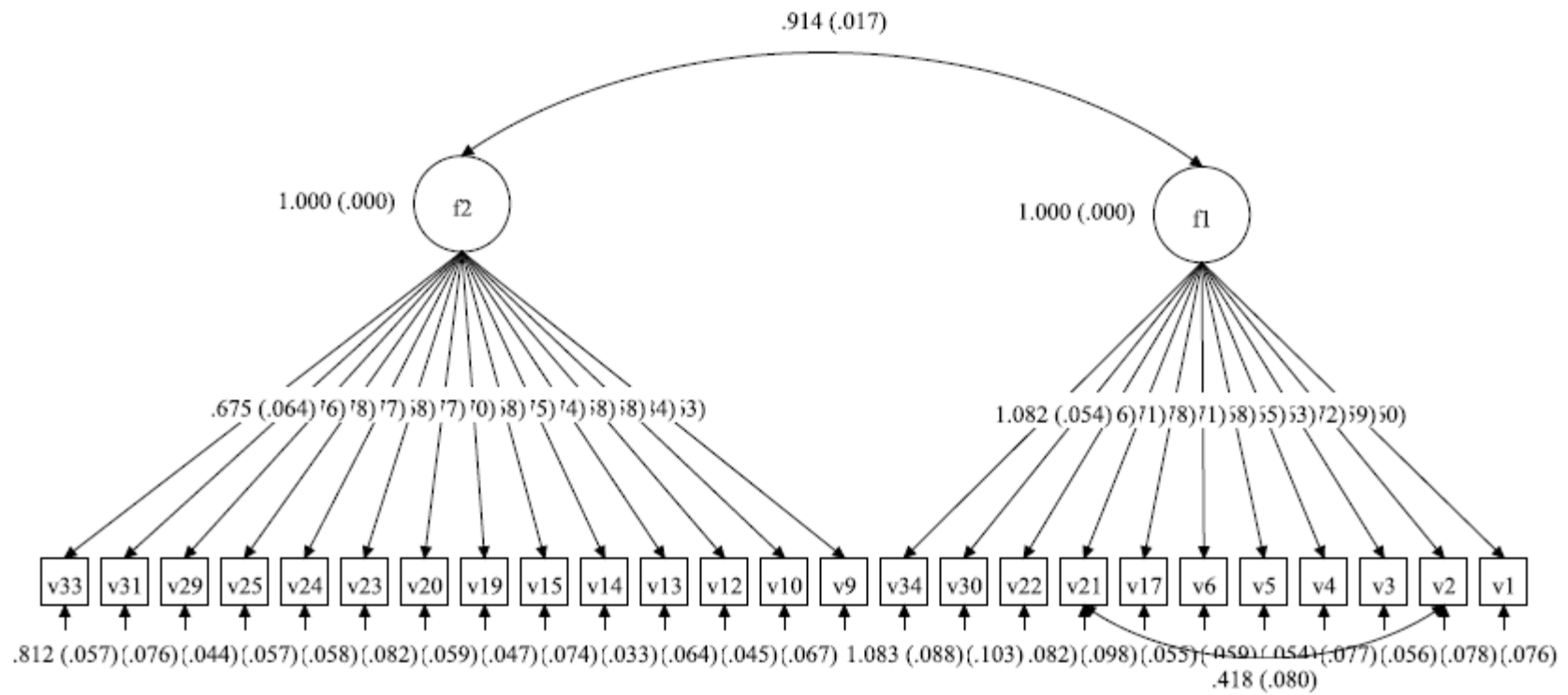


Figura III.3: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (SOLO VARONES)

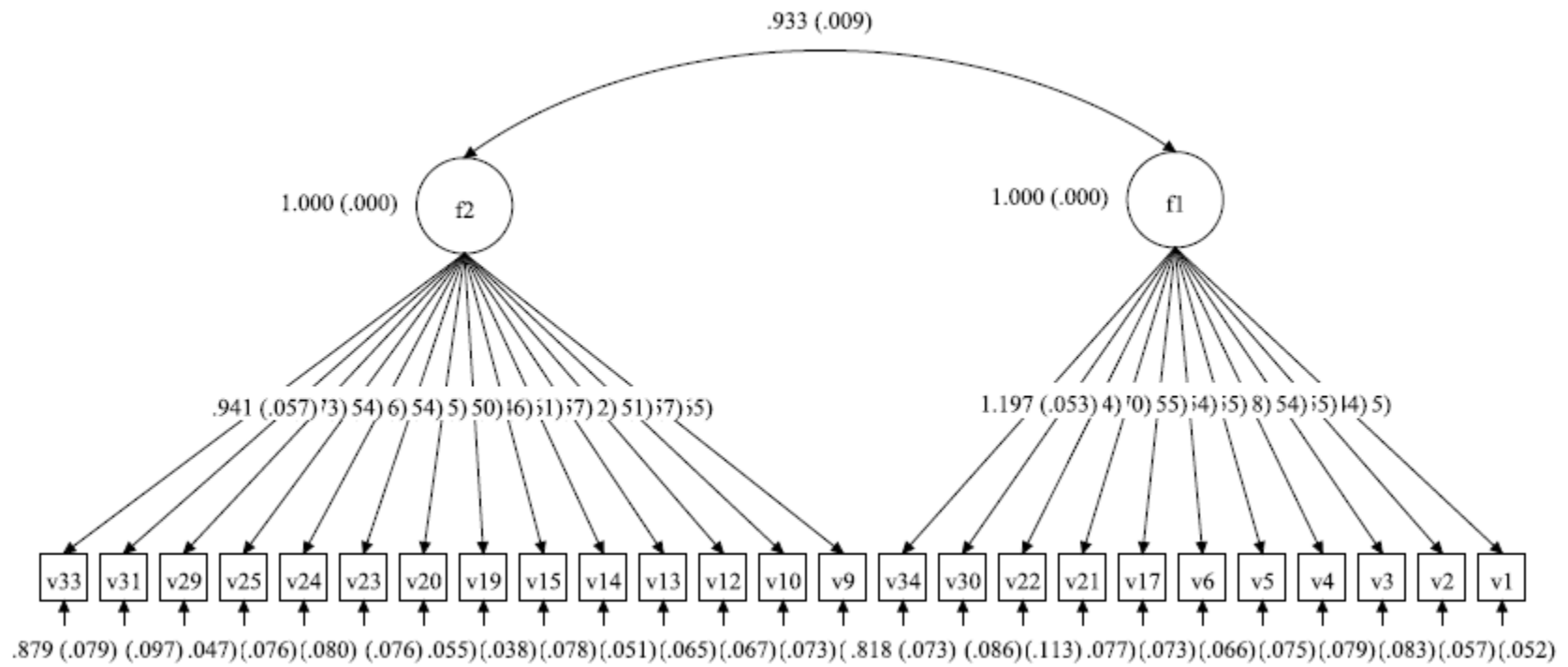


Figura III.4: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (SOLO MUJERES)

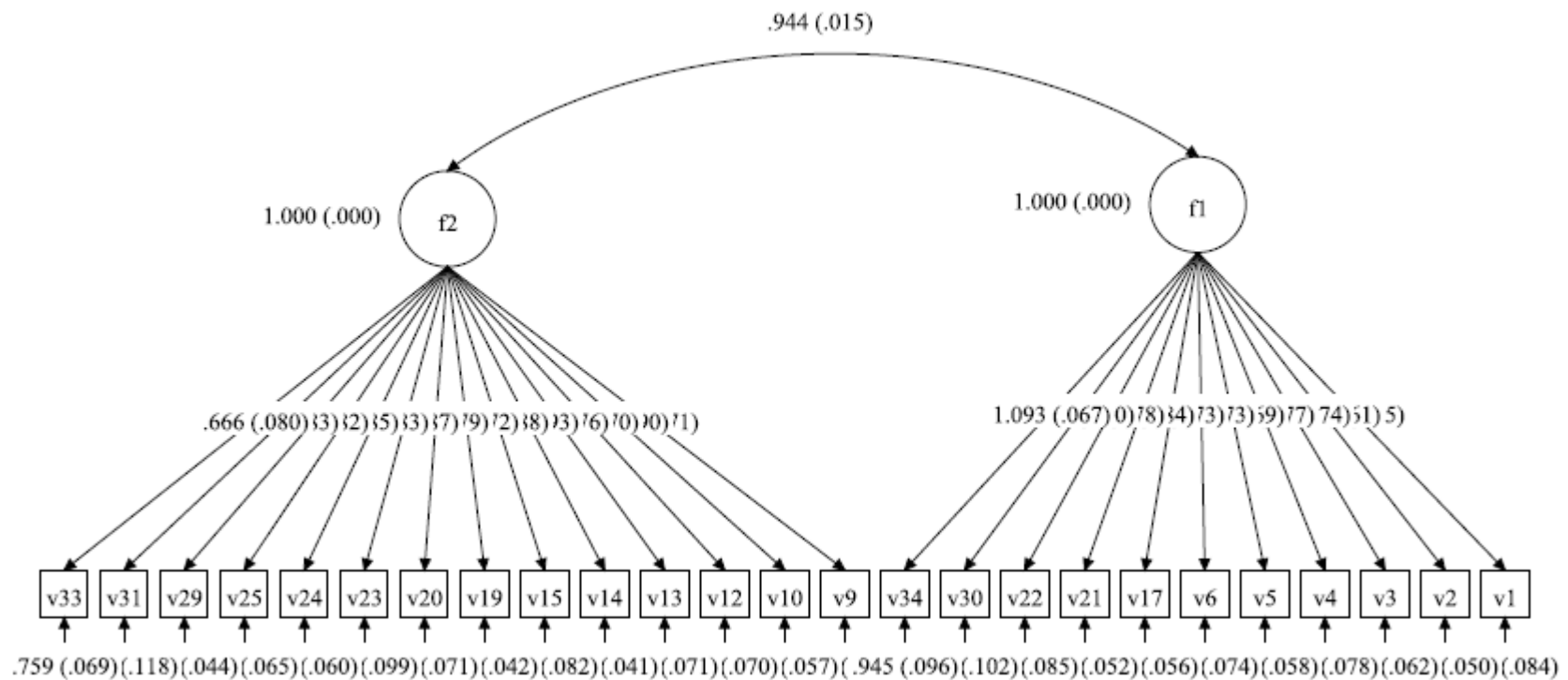


Figura III.5: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (SOLO PREADOLESCENTES)

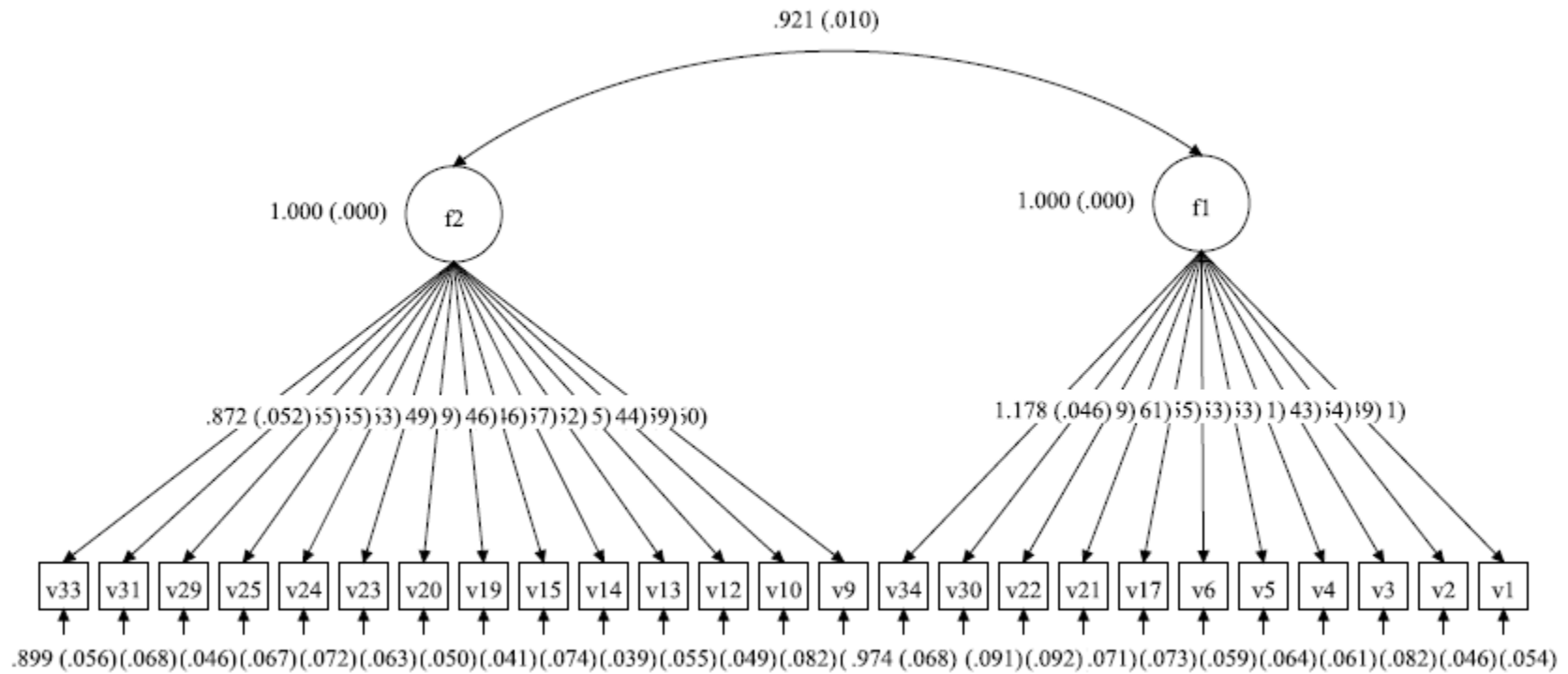


Figura III.6: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (SOLO ADOLESCENTES)

Una vez realizado los AFE y el AFC de la totalidad de la muestra, por grupos según sexo y etapa evolutiva, y comprobando que los resultados son favorables en todos los análisis realizados, se presenta el texto de las variables que configuran el cuestionario divididas en los dos factores resultantes.

Variables que configuran el Factor 1: Preocupación personal por la Imagen Corporal (IC.PER)

- V 01 Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?
- V 02 ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?
- V 03 ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?
- V 04 ¿Has tenido miedo a engordar?
- V 05 ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?
- V 06 Sentirte lleno/a (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentirte gordo/a?
- V 17 Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo/a?
- V 21 Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?
- V 22 ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?
- V 30 ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa tenías?
- V 34 La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?

Variables que configuran el Factor 2: Preocupación por la Imagen Corporal externa (IC.EXT)

- V 09 Estar con chicos/as delgados/as ¿te ha hecho que te fijes en tu figura?
- V 10 ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?
- V 12 ¿Has comparado tu figura con la de otros/as chicos/as y te ha hecho sentirte en desventaja por tu aspecto físico?
- V 13 Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees, mantienes una conversación, etc.)
- V 14 Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gordo/a?
- V 15 ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?
- V 19 ¿Te has sentido gordo/a o redondeado/a?
- V 20 ¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?
- V 23 ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?
- V 24 ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?

- V 25 ¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?
- V 29 Verte reflejado/a en un espejo o escaparate ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?
- V 31 ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en los vestuarios comunes de piscinas o duchas)?
- V 33 ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?

Validado el cuestionario BSQ de IC y configurados los factores, se ha observado que los valores más altos representan una mala percepción de la IC y los más bajos se corresponden con una IC favorable. En el cuestionario AF5 es todo lo contrario, las puntuaciones altas se corresponden con un buen autoconcepto y viceversa. Para facilitar la comprensión y explicación de los resultados se ha optado por igualarlos, presentando los resultados de IC con los datos invertidos, es decir restando de 6 los resultados obtenidos y de esta manera los valores altos se corresponderán con una buena percepción de la IC y los bajos con mala autoimagen.

III.1.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (TEPICA)

El cuestionario que ahora se procede a adaptar o validar, según el caso, es el cuestionario de aptitudes alimentarias TEPICA.

En primer lugar se procede a presentar el resultado de las medidas de tendencia central y dispersión de las 43 variables que configuran dicho cuestionario⁸.

⁸ Ver cuestionario en Anexos

En la Tabla III.7 se puede apreciar que la variable 5 presenta una puntuación media de 4.59, prácticamente la puntuación máxima, y como consecuencia un sesgo y una curtosis con una puntuación excesivamente alta (-2.670 y 5.769 respectivamente). No es recomendable utilizar puntuaciones en estas medidas de dispersión > 2.00 , por lo que se ha decidido prescindir de ella. Además también se ha decidido descartar una serie de variables que, aunque los datos de tendencia central y dispersión eran adecuados, se separaban de los intereses del estudio y presentar una descripción poco adecuada para los objetivos del trabajo. Estas variables son la 13, 15, 19, 21, 31, 35, 37, 39, 40, 42 y 43⁹.

⁹ Ver cuestionario en Anexos

Tabla III.7
 Medidas de tendencia central y dispersión de las variables del cuestionario TEPICA

Variables	M	DT	DT ²	A	Cur	R
V 01	4,01	1,348	1,816	-1,107	-,071	4
V 02	3,63	1,489	2,217	-,630	-1,055	4
V 03	4,07	1,455	2,118	-1,247	-,040	4
V 04	3,71	1,020	1,040	-,225	-,553	4
V 05	4,59	1,074	1,154	-2,670	5,769	4
V 06	3,74	1,275	1,625	-,645	-,580	4
V 07	3,38	1,142	1,305	-,109	-,433	4
V 08	3,51	1,220	1,489	-,313	-,659	4
V 09	3,73	1,153	1,329	-,663	-,361	4
V 10	4,08	1,090	1,189	-1,200	,973	4
V 11	4,38	1,052	1,107	-1,841	2,609	4
V 12	4,06	1,447	2,094	-1,282	,091	4
V 13	3,89	1,575	2,479	-,994	-,726	4
V 14	3,95	1,441	2,076	-1,066	-,328	4
V 15	4,02	1,516	2,298	-1,181	-,282	4
V 16	3,79	1,566	2,453	-,866	-,867	4
V 17	4,23	1,475	2,176	-1,585	,718	4
V 18	3,84	1,466	2,150	-,877	-,736	4
V 19	3,82	1,535	2,358	-,897	-,803	4
V 20	3,79	1,534	2,353	-,800	-,956	4
V 21	3,70	1,627	2,649	-,740	-1,162	4
V 22	1,83	1,534	2,352	1,434	,219	4
V 23	4,19	1,450	2,102	-1,520	,605	4
V 24	3,77	1,556	2,421	-,809	-1,002	4
V 25	3,44	1,476	2,177	-,514	-1,109	4
V 26	3,86	1,485	2,206	-,969	-,595	4
V 27	3,56	1,476	2,178	-,540	-1,174	4
V 28	3,54	1,616	2,610	-,582	-1,311	4
V 29	3,36	1,498	2,244	-,364	-1,293	4
V 30	4,20	1,246	1,553	-1,477	,961	4
V 31	3,82	1,568	2,460	-,902	-,850	4
V 32	3,88	1,320	1,742	-,888	-,409	4
V 33	3,69	1,275	1,627	-,712	-,488	4
V 34	3,47	1,318	1,737	-,468	-,834	4
V 35	2,57	1,452	2,108	,346	-1,254	4
V 36	3,51	1,365	1,863	-,454	-,951	4
V 37	2,34	1,488	2,213	,645	-1,039	4
V 38	3,87	1,505	2,265	-,948	-,682	4
V 39	3,72	1,514	2,292	-,744	-,992	4
V 40	3,84	1,591	2,531	-,892	-,910	4
V 41	4,28	1,088	1,184	-1,644	2,067	4
V 42	2,11	1,314	1,726	,944	-,334	4
V 43	2,71	1,561	2,437	,218	-1,520	4

Leyenda: M=media; DT=desviación típica; DT²= varianza; A=asimetría; Cur.=curtosis; R=Rango

A continuación se realiza el AFE siguiendo el mismo procedimiento que se ha hecho con el cuestionario de IC. Observando los resultados del gráfico de sedimentación, (Figura III.7) se han rotado dos factores.

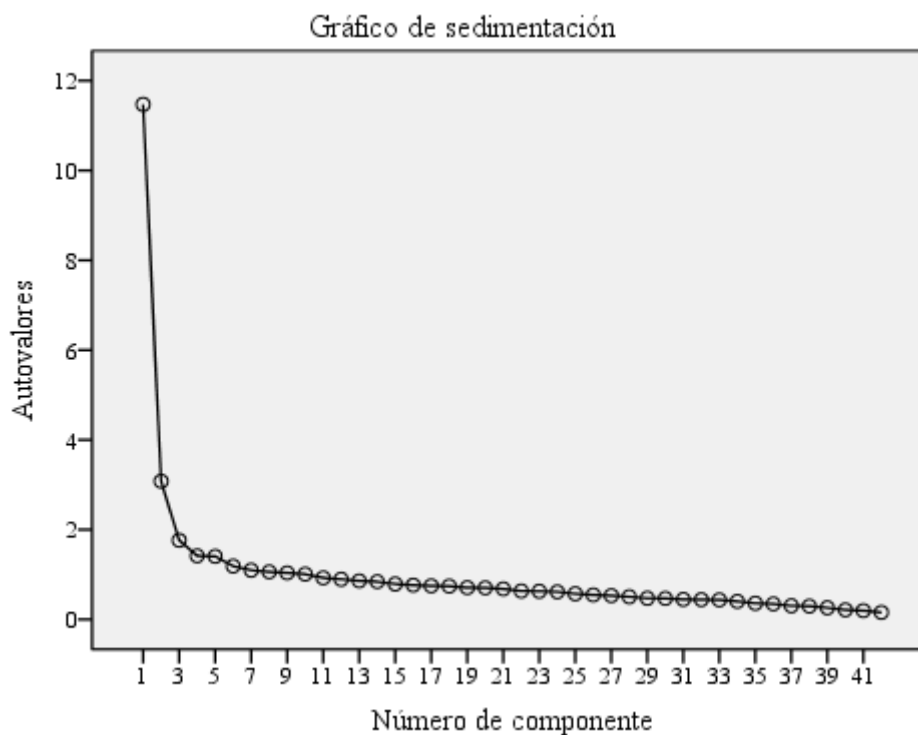


Figura III.7: Gráfico de sedimentación del cuestionario

El estadístico de Bartlett [7224.9 (df = 496; P = 0.000010) y el KMO = .94 han mostrado muy buena adecuación de los datos para el AF. Se han extraído 2 factores que explican el 36% de la varianza total. El GFI ha sido muy bueno, .99 y la RMSR .036. Los datos obtenidos revelan un buen ajuste en la estructura de dos dimensiones (García-Cueto et al., 1998).

En la Tabla III.8 presentada a continuación, se muestra la desaparición de las variables 25 y 29 por tener cargas inferiores a .300.

Tabla III. 8
Matriz factorial rotada

Variables	Matriz factorial rotada		Matriz factorial rotada (omitidas las cargas inferiores a .300)	
	F 1	F 2	F 1	F 1
V 1	-.043	.727		.727
V 2	.015	.488		.488
V 3	.050	.746		.746
V 4	.352	-.021	.342	
V 6	-.004	.574		.574
V 7	.019	.376		.376
V 8	-.015	.517		.517
V 9	.383	.038	.383	
V 10	.547	-.021	.547	
V 11	.455	.033	.455	
V 12	.072	.759		.759
V 14	-.007	.699		.699
V 16	.321	.015	.321	
V 17	-.005	.884		.884
V 18	.014	.630		.630
V 20	-.077	.655		.655
V 22	-.058	-.790		-.790
V 23	-.013	.898		.898
V 24	-.003	.511		.511
V 25	.261	-.037		
V 26	-.083	.682		.682
V 27	-.002	.452		.452
V 28	-.136	.509		.509
V 29	.282	.059		
V 30	.406	.052	.406	
V 32	.390	-.037	.390	
V 33	.547	-.081	.547	
V 34	.469	-.055	.469	
V 36	.084	.468		.468
V 38	.004	.676		.676
V 40	.011	.577		.577
V 41	.487	.067	.487	

En la Tabla III.9, se presenta el cuestionario con la matriz factorial rotada presentando los valores de cada variable en orden descendiente. También en esta misma tabla se presenta los pesos del Alfa de Cronbach de la totalidad de la escala y de cada factor.

Tabla III. 9

Matriz de carga rotada y ordenados los valores en sentido descendente y omitidas las cargas inferiores a .300 y el Alfa de Cronbach para la totalidad del cuestionario y para cada factor

Variables	F 1	F 1
V 10	.547	
V 33	.547	
V 41	.487	
V 34	.469	
V 11	.455	
V 30	.406	
V 32	.390	
V 9	.383	
V 4	.342	
V 16	.321	
V 23		.898
V 17		.884
V 12		.759
V 3		.746
V 1		.727
V 14		.699
V 26		.682
V 38		.676
V 20		.655
V 18		.630
V 40		.577
V 6		.574
V 8		.517
V 24		.511
V 28		.509
V 2		.488
V 36		.468
V 27		.452
V 7		.376
V 22		-.790
Alfa (.824)	.691	.876

La correlación entre factores ha sido muy baja. Se aprecia en la Tabla III.10

Tabla III. 10

Correlación inter-factorial

Factor	F 1	F 2
F 1	1.000	
F 2	0.028	1.000

Los valores del ID se presentan en la Tabla III.11 Puede observarse que en alguna variable el valor es muy bajo, < .200, pero este mal dato solo aparece en la

escala completa, sin embargo cuando se presenta dicho índice en las variables de los dos factores por separado los valores sí son superiores $> .200$, por lo tanto el ajuste es correcto.

Tabla III. 11

Índice de discriminación de toda la escala y de cada factor del cuestionario TEPICA

Todos	ID	F 1	ID	F 2	ID
V 01	.635	V 04	.278	V 01	.698
V 02	.433	V 09	.307	V 02	.463
V 03	.664	V 10	.441	V 03	.696
V 04	.081	V 11	.376	V 06	.556
V 06	.523	V 16	.256	V 07	.365
V 07	.343	V 30	.323	V 08	.496
V 08	.460	V 32	.331	V 12	.713
V 09	.129	V 33	.457	V 14	.662
V 10	.138	V 34	.377	V 17	.822
V 11	.150	V 41	.408	V 18	.599
V 12	.690			V 20	.637
V 14	.614			V 22	-.755
V 16	.090			V 23	.834
V 17	.765			V 24	.486
V 18	.567			V 26	.659
V 20	.572			V 27	.440
V 22	-.731			V 28	.487
V 23	.774			V 36	.455
V 24	.458			V 38	.650
V 26	.594			V 40	.559
V 27	.406				
V 28	.418				
V 30	.158				
V 32	.086				
V 33	.083				
V 34	.082				
V 36	.458				
V 38	.607				
V 40	.527				
V 41	.189				

Mediante el programa M-Plus se ha realizado el AFC, primero a la totalidad de la muestra y a continuación solamente a los varones, las mujeres, los preadolescentes y los adolescentes, con el fin de comprobar si se cumplían los reajustes realizados.

El valor del RMREA ha sido muy satisfactorio (.039), así como el CFI (.937) y el TLI (.932). En la Tabla III.12, pueden verse los valores alcanzados en las muestras citadas anteriormente, comprobando que todos son semejantes a los de la totalidad de la muestra.

Tabla III. 12

Valoración de los índices de ajuste para el cuestionario TEPICA

	Totalidad	Varones	Mujeres	Preadolescentes	Adolescentes
RMSEA	.039	.041	.039	.040	.044
CFI	.937	.938	.930	.936	.925
TLI	.932	.933	.925	.931	.919

La Figura III.8 representa los parámetros estimados para la reespecificación del cuestionario.

Las Figuras III.9, III.10, III.11 y III.12, representan los parámetros estimados para la reespecificación del cuestionario de la muestra de varones, de mujeres, de preadolescentes y de adolescentes, respectivamente.

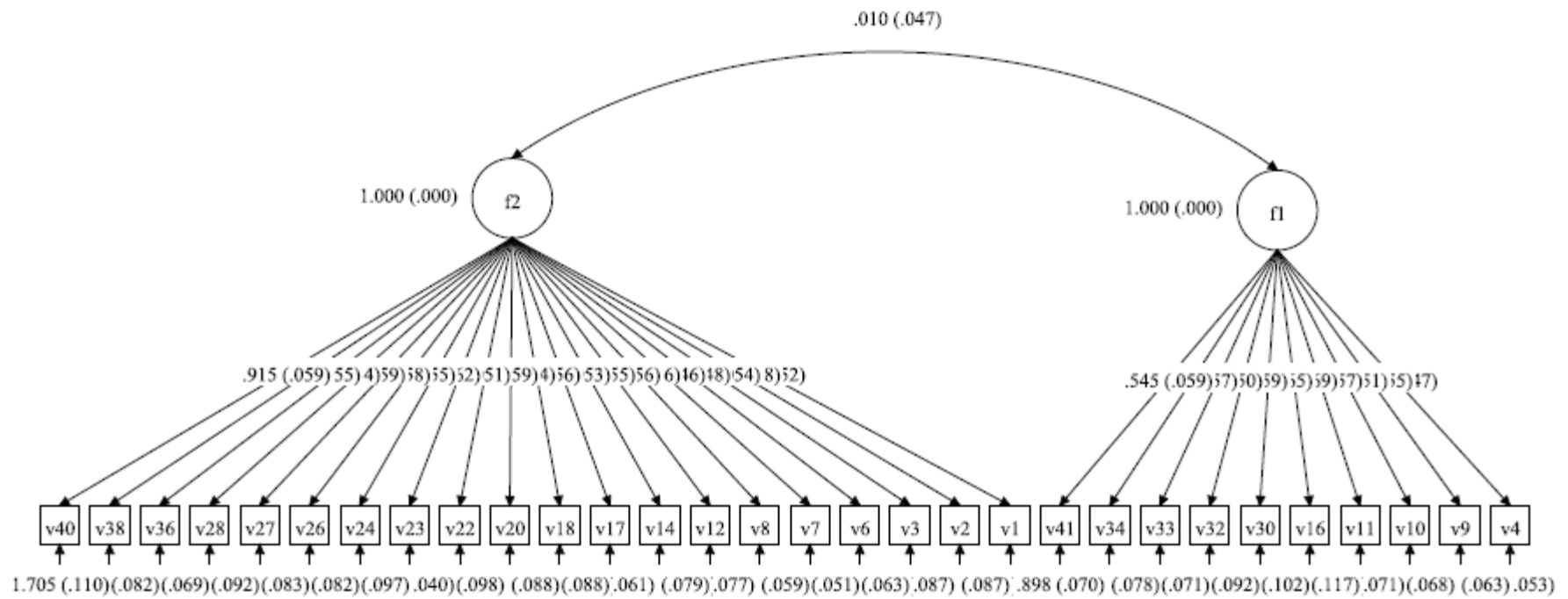


Figura III. 8: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario TEPICA (TOTALIDAD DE LA MUESTRA)

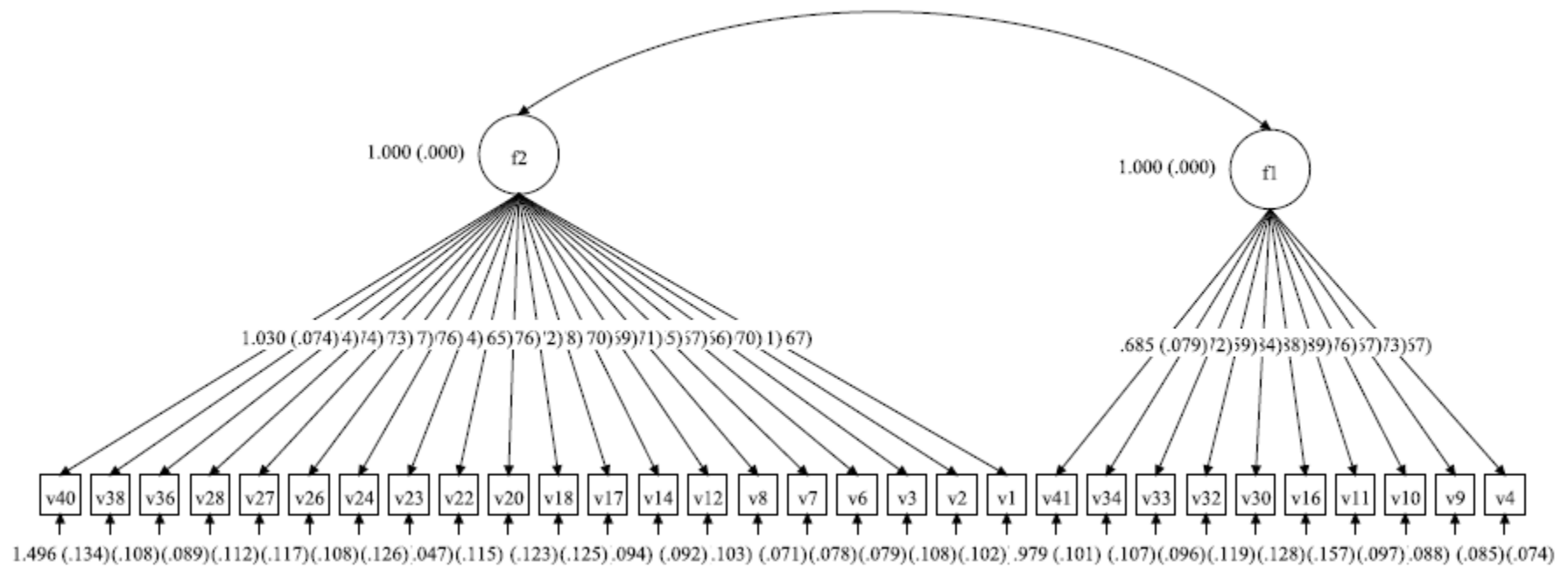


Figura III. 9: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario TEPICA (SOLO VARONES)

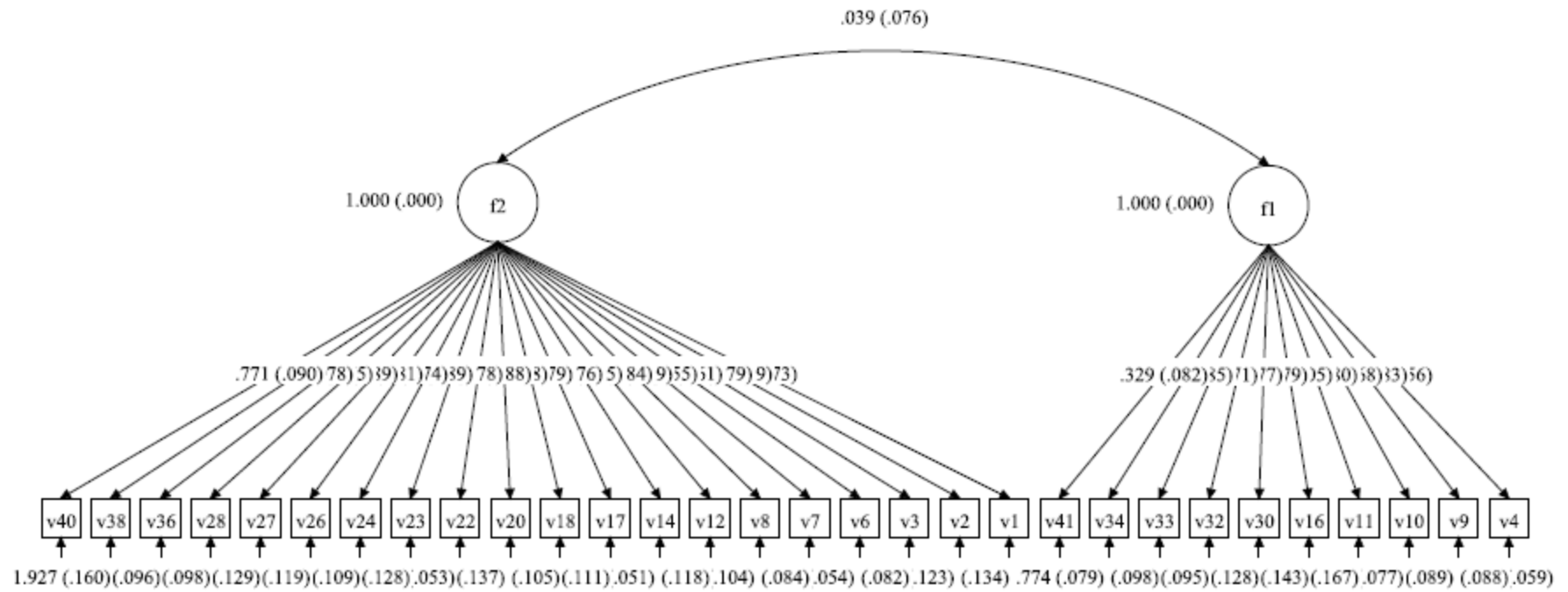


Figura III. 10: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario TEPICA (SOLO MUJERES)

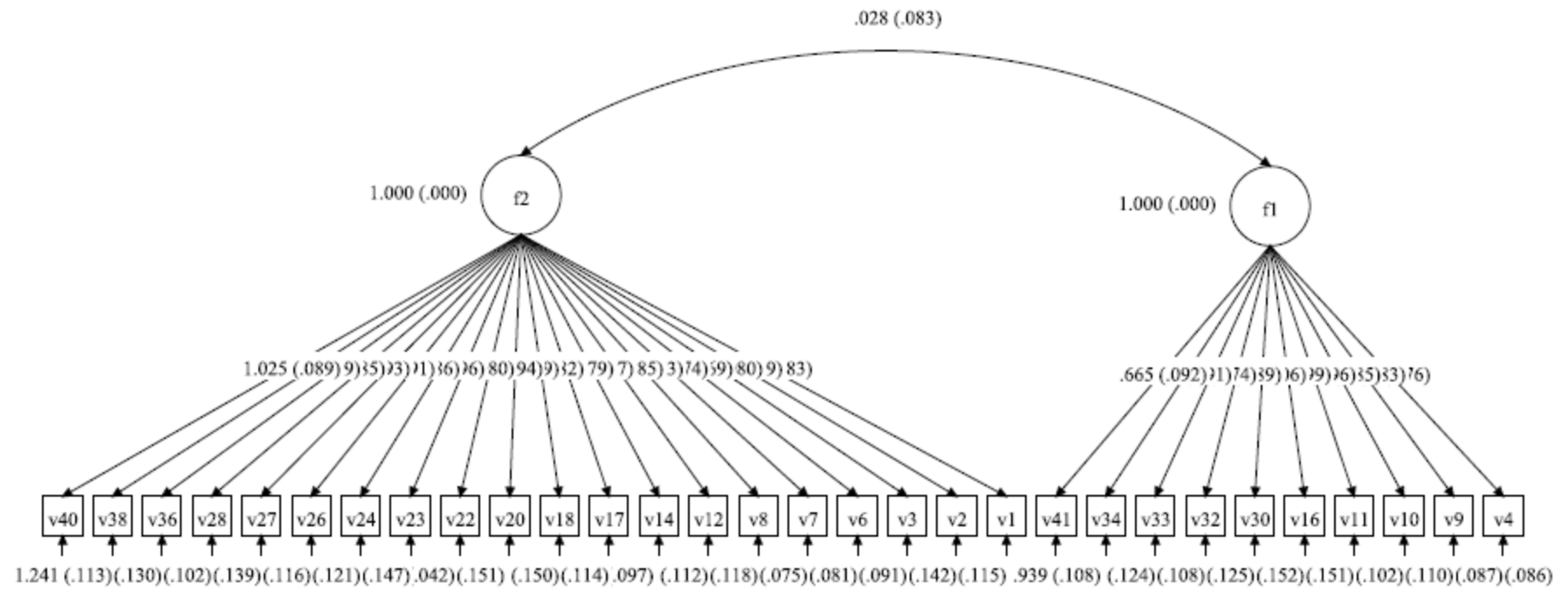


Figura III. 11: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (SOLO PREADOLESCENTES)

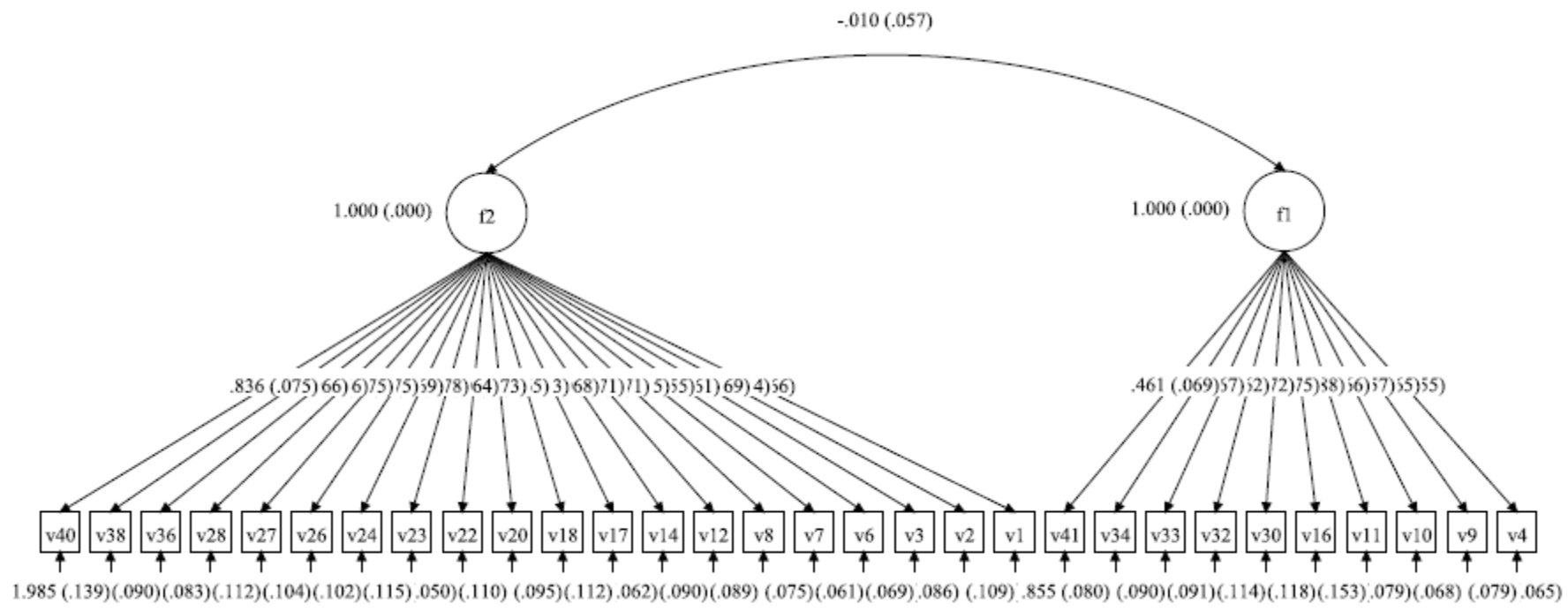


Figura III. 12: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario BSQ (SOLO ADOLESCENTES)

Una vez finalizados los AFE y AFC del TEPICA, se presenta a continuación los ítems del cuestionario resultantes, separados en los factores que deriva el estudio.

F1 Conocimientos Correctos – Conocimientos positivos o adecuados (CON.ADE.)

- 4 El consumo de pescado azul protege al corazón de las enfermedades cardiovasculares
- 9 Se debe comer pescado tres o cuatro veces a la semana
- 10 Una alimentación adecuada durante la adolescencia previene la aparición de algunas patologías en la edad adulta
- 11 Hay que comer frutas y verduras todos los días
- 16 La delgadez extrema está de moda pero no equivale a tener buena salud
- 30 Tengo fácil acceso a fruta y verdura variada
- 32 Creo que la ingesta diaria de alimentos ricos en grasas y azúcares perjudica la salud
- 33 Creo que tengo suficientes conocimientos acerca de los efectos beneficiosos de llevar una dieta equilibrada
- 34 Sé distinguir los alimentos ricos en grasas, colesterol, azúcares añadidos y sal de los que no lo son
- 41 Para tener una dieta equilibrada se aconseja seguir las indicaciones de la pirámide de los alimentos

F2: Mitos y mala alimentación – Conocimientos erróneos (MIT.ERR.)

- 1 Creo que el agua engorda si la tomamos entre las comidas
- 2 El alcohol es un nutriente energético que debe ser consumido con moderación en una dieta equilibrada
- 3 Las hamburguesas, pizzas y similares alimentan más que las comidas que se hacen en casa
- 6 Las frutas tomadas después de las comidas producen fermentaciones que son perjudiciales para la salud y engordan
- 7 Creo que el vino antes de las comidas abre el apetito y da fuerzas
- 8 Los niños sólo deben tomar pescado blanco
- 12 Es lo mismo tomar zumo de naranja natural, refrescos de naranja o caramelos enriquecidos con vitamina C
- 14 Es mejor comer lo que comen los demás y no destacar
- 17 Como pocas frutas porque eso no se lleva entre mis colegas

- 18 En los anuncios de televisión siempre salen chicos/as muy delgados porque es así como debemos estar todos
- 20 Siento que los alimentos controlan mi vida
- 22 En casa carecemos de recursos económicos para comprar pescado, frutas y verduras
- 23 En mi casa siempre comemos comida precocinada o un bocata
- 24 En mi casa casi nunca comemos juntos
- 26 Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)
- 27 Suelo comer siempre los mismos alimentos
- 28 Me siento incómodo/a después de comer dulces
- 36 El vegetarianismo estricto es una manera sana de perder peso
- 38 Raras veces veo a mis padres comer futas o verduras
- 40 A mi padre le encanta ver la tele comiendo pipas y bebiendo una coca cola

III.1.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO Y FORMA (AF5)

Abordaremos el estudio del cuestionario AF5 siguiendo el mismo orden que se utilizó en la validación de los cuestionarios BSQ y TEPICA, expuestos anteriormente.

En la siguiente página, en la Tabla III.13, se presenta la descripción (medidas de tendencia central y dispersión) de las 30 variables que configuran esta escala.

Se observa que las variables 19 y 29 ¹⁰presentan un mal sesgo y curtosis, valores excesivamente altos, superan el .200, por lo que se ha tomado la decisión de prescindir de ellas para la realización del AFE.

¹⁰ Ver cuestionario en Anexos

Tabla III. 13
Medidas de tendencia central y dispersión de las variables del cuestionario AF5

Variables	M	DT	DT²	As	Cur	R
V 01	6.91	1.957	3.831	-.653	.456	9
V 02	7.46	2.379	5.657	-1.062	.552	9
V 03	6.41	2.677	7.166	-.251	-1.083	9
V 04	4.16	3.251	10.569	.636	-1.046	9
V 05	6.65	2.574	6.627	-.538	-.539	9
V 06	6.42	2.353	5.536	-.423	-.381	9
V 07	8.12	1.910	3.648	-1.558	2.924	9
V 08	6.37	3.011	9.067	-.266	-1.351	9
V 09	8.27	2.289	5.238	-1.609	2.055	9
V 10	8.02	2.550	6.503	-1.361	.932	9
V 11	6.40	2.305	5.312	-.461	-.326	9
V 12	4.00	3.265	10.659	.775	-.908	9
V 13	5.14	2.887	8.337	.382	-1.233	9
V 14	3.49	3.324	11.049	.997	-.610	9
V 15	5.87	2.665	7.103	-.316	-.780	9
V 16	6.17	2.269	5.146	-.300	-.370	9
V 17	8.24	1.981	3.922	-1.551	2.606	9
V 18	5.03	2.827	7.993	.370	-1.192	9
V 19	8.87	2.125	4.516	-2.167	4.073	9
V 20	6.89	2.757	7.603	-.783	-.359	9
V 21	6.55	2.496	6.229	-.604	-.357	9
V 22	5.84	3.157	9.964	-.166	-1.369	9
V 23	6.00	2.973	8.836	-.105	-1.366	9
V 24	8.00	2.484	6.168	-1.306	.883	9
V 25	7.33	2.703	7.306	-1.035	.147	9
V 26	6.42	2.301	5.295	-.547	-.131	9
V 27	7.73	2.311	5.343	-1.093	.641	9
V 28	5.87	2.992	8.952	-.026	-1.456	9
V 29	8.96	1.979	3.917	-2.404	5.644	9
V 30	6.37	2.563	6.567	-.481	-.512	9

Leyenda: M=media; DT=desviación típica; DT²= varianza; A=asimetría; Cur.=curtosis; R=Rango

En el AFE se han rotado los cinco factores, como indican los autores de esta escala, aunque en el gráfico de dispersión (Figura III.13) puede observarse que no está claro el quinto factor.

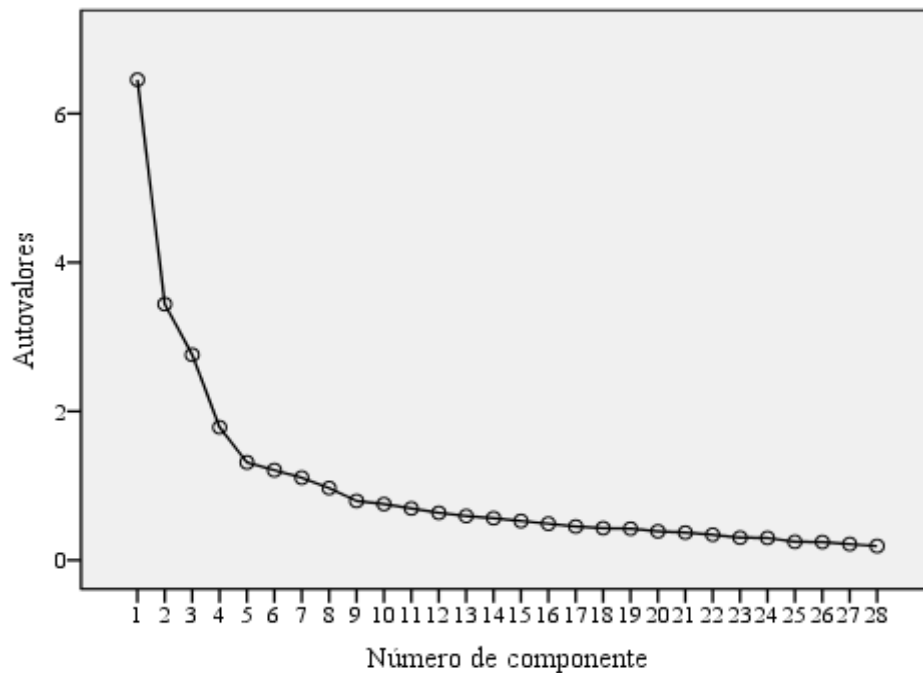


Figura III.13: Gráfico de sedimentación del cuestionario AF5

El estadístico de Bartlett [7808.7 (df = 378; P = .000010)] y el KMO = .85 han mostrado que la adecuación de los datos era adecuada para ser sometida al AF. Se han extraído 5 factores que explican el 57% de la varianza total, el GFI ha sido de .99 y la RMSR de .036. Estos datos indican un buen ajuste en la estructura de cinco dimensiones (García-Cueto et al., 1998).

En la Tabla III.14, pueden percatarse que han desaparecido cuatro variables, la 9, 12, 15 y la 22¹¹, por tener cargas inferiores a lo establecido o cargar en dos variables con poca diferencia entre los valores de carga. En principio ha quedado configurado en cinco factores, el factor 1 con cinco variables correspondientes a la dimensión física, el dos con cuatro variables que responden a la dimensión social, los factores 4 y 5 con seis variables cada uno se reconocen con las dimensiones

¹¹ Ver cuestionario en Anexos

emocional y académica respectivamente y el factor 3, solamente con tres variables, que responde a la dimensión familiar. Se ha decidido prescindir de esta última dimensión al no ser recomendable un factor con menos de cuatro variables. Finalmente la configuración ha quedado en cuatro factores.

Puede examinarse en la Tabla III.14 la configuración del cuestionario con la matriz factorial rotada y con los valores omitidos por valores < .300 o por cargar en dos factores a la vez con diferencias menores de .100.

Tabla III. 14
Matriz factorial rotada

Variables	Matriz factorial rotada					Matriz factorial rotada (omitidas las cargas inferiores a .300)				
	F1	F2	F3	F4	F5	F1	F2	F3	F4	F5
V 1	-.037	-.005	-.082	.044	.757					.757
V 2	.066	.805	.070	-.019	-.021		.805			
V 3	-.120	.120	.045	.522	.050				.522	
V 4	-.005	.074	.716	.001	.028			.716		
V 5	.604	.027	.111	-.062	.079	.604				
V 6	-.086	-.017	.017	.001	.879					.879
V 7	.118	.655	-.001	.057	-.020		.655			
V 8	-.130	.120	-.104	.694	-.032				.694	
V 9	.281	.133	-.337	.161	.098					
V 10	.801	-.074	-.043	.098	-.051	.801				
V 11	.008	-.092	-.052	.008	.730					.730
V 12	.147	-.465	.387	.156	.110					
V 13	.002	.083	.311	.416	.077				.416	
V 14	.075	-.019	.821	-.067	-.048			.821		
V 15	.259	.158	.086	-.107	.141					
V 16	-.015	.071	.078	-.001	.648					.648
V 17	.260	.497	-.098	.135	-.015		.497			
V 18	.054	-.084	.141	.507	.005				.507	
V 20	.531	.101	-.022	-.118	.094	.531				
V 21	.031	-.060	-.090	-.022	.798					.798
V 22	.107	-.258	.028	.392	.018					
V 23	.093	-.145	-.051	.646	-.094				.646	
V 24	.275	.088	-.447	.181	.133			-.447		
V 25	.886	-.031	-.033	.017	-.176	.886				
V 26	.023	-.005	.002	.014	.810					.810
V 27	.246	.568	-.075	.032	-.042		.568			
V 28	-0.076	0.085	0.063	0.657	0.002				0.657	
V 30	0.379	0.257	0.059	-0.138	0.028	0.379				

En la Tabla III.15, puede verse la configuración ordenada de los cuatro factores resultantes después de la supresión de variables y el factor familiar, y también los coeficientes de fiabilidad, que han dado como resultado .780 para el cuestionario total, una vez suprimido las variables indicadas, .794 para el primer factor, .820 para el segundo, .733 para el tercero y .909 para el cuarto.

Tabla III. 15

Matriz de carga rotada y ordenados los valores en sentido descendente, y omitidas las cargas inferiores a .350 y el Alfa de Cronbach para la totalidad del cuestionario, y para cada factor

Variables	F1	F2	F3	F4
V 25	.886			
V 10	.801			
V 5	.604			
V 20	.531			
V 30	.379			
V 2		.805		
V 7		.655		
V 27		.568		
V 17		.497		
V 8			.694	
V 28			.657	
V 23			.646	
V 3			.522	
V 18			.507	
V 13			.416	
V 6				.879
V 26				.810
V 21				.798
V 1				.757
V 11				.730
V 16				.648
Alfa (.780)	.794	.820	.733	.909

La correlación entre los cuatro factores no ha sido alta, salvo la correlación manifestada entre los factores 1 y 2 que si superan el .500, como puede observarse en la Tabla III.16

Tabla III. 16
Correlación inter-factorial

Factor	F 1	F 2	F 3	F 4
F 1	1			
F 2	.680	1		
F 3	-.074	-.044	1	
F 4	.303	-.031	-0.316	1

La estimación del ID puede verse en la Tabla III.17, observando que aunque en tres variable en el listado general son $< .200$, pero cuando se halla este índice de forma independiente para cada factor todas las variables que configuran cada factor presenta un buen ajuste, $> .200$.

Tabla III. 17
Índice de discriminación de toda la escala y de cada factor del cuestionario BSQ

Todos	ID	F1	ID	F2	ID	F3	ID	F4	ID
V 1	.480	V5	.560	V 2	.689	F3	.491	F1	.762
V 2	.416	V10	.581	V 7	.627	F8	.572	F6	.824
V 3	.163	V20	.542	V 17	.597	F13	.437	F11	.701
V 5	.386	V25	.689	V 27	.672	F18	.506	F16	.614
V 6	.497	V30	.504			F23	.506	F21	.789
V 7	.364					F28	.598	F26	.806
V 8	.201								
V 10	.399								
V 11	.409								
V 13	.164								
V 16	.437								
V 17	.431								
V 18	.152								
V 20	.347								
V 21	.498								
V 23	.092								
V 25	.397								
V 26	.558								
V 27	.420								
V 28	.212								
V 30	.329								

Utilizando el programa M-PLUS se ha realizado el AFC con los siguientes resultados, el RMSEA estimado ha sido de .063, el CFI de .902 y el TLI de .887.

Se ha reajustado el modelo al comprobar que la variable V25 carga con la V10, y los resultados han sido mejor ajustados, RMSEA .052, el CFI .932 y el TLI .921.

Se ha hecho una réplica con los varones, las mujeres, preadolescentes y adolescentes. Los resultados obtenidos son muy semejantes, lo cual justifica la decisión tomada cuando se realizó la adaptación del cuestionario, prescindir de un factor y eliminar tres variables (Ver Tabla III.18).

Tabla III. 18

Valoración de los índices de ajuste para el cuestionario AF5.

	Totalidad	Varones	Mujeres	Preadolescentes	Adolescentes
RMSEA	.052	.053	.057	.051	.060
CFI	.932	.932	.918	.934	.912
TLI	.921	.922	.906	.924	.900

En la Figura III.14 pueden verse los parámetros estimados para el modelo una vez reespecificado el cuestionario.

En las Figuras III.15, III.16, III.17 y III.18, se aprecia los parámetros estimados para el modelo con varones, mujeres, preadolescentes y adolescentes, respectivamente.

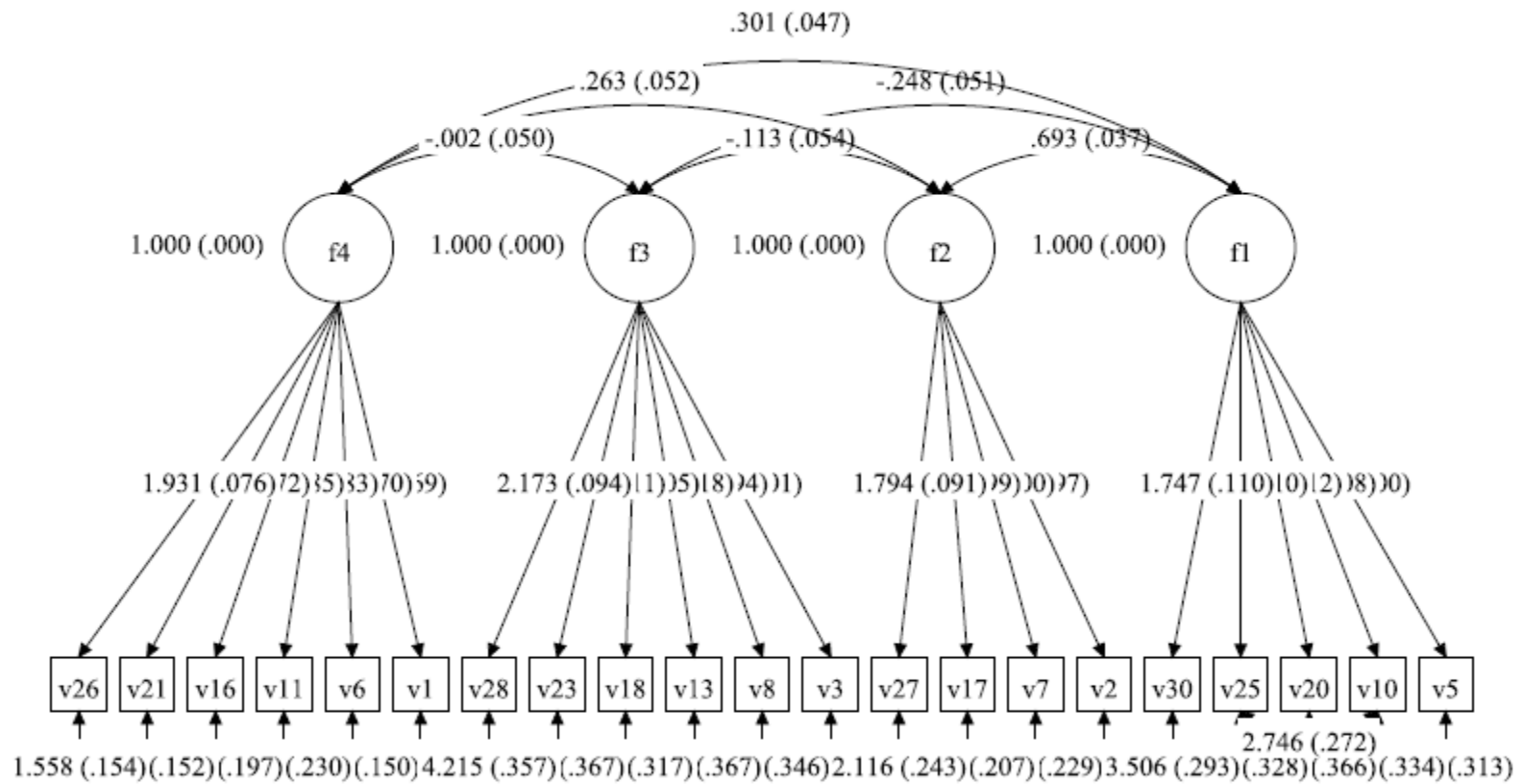


Figura III.14: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario AF5 (TOTALIDAD DE LA MUESTRA)

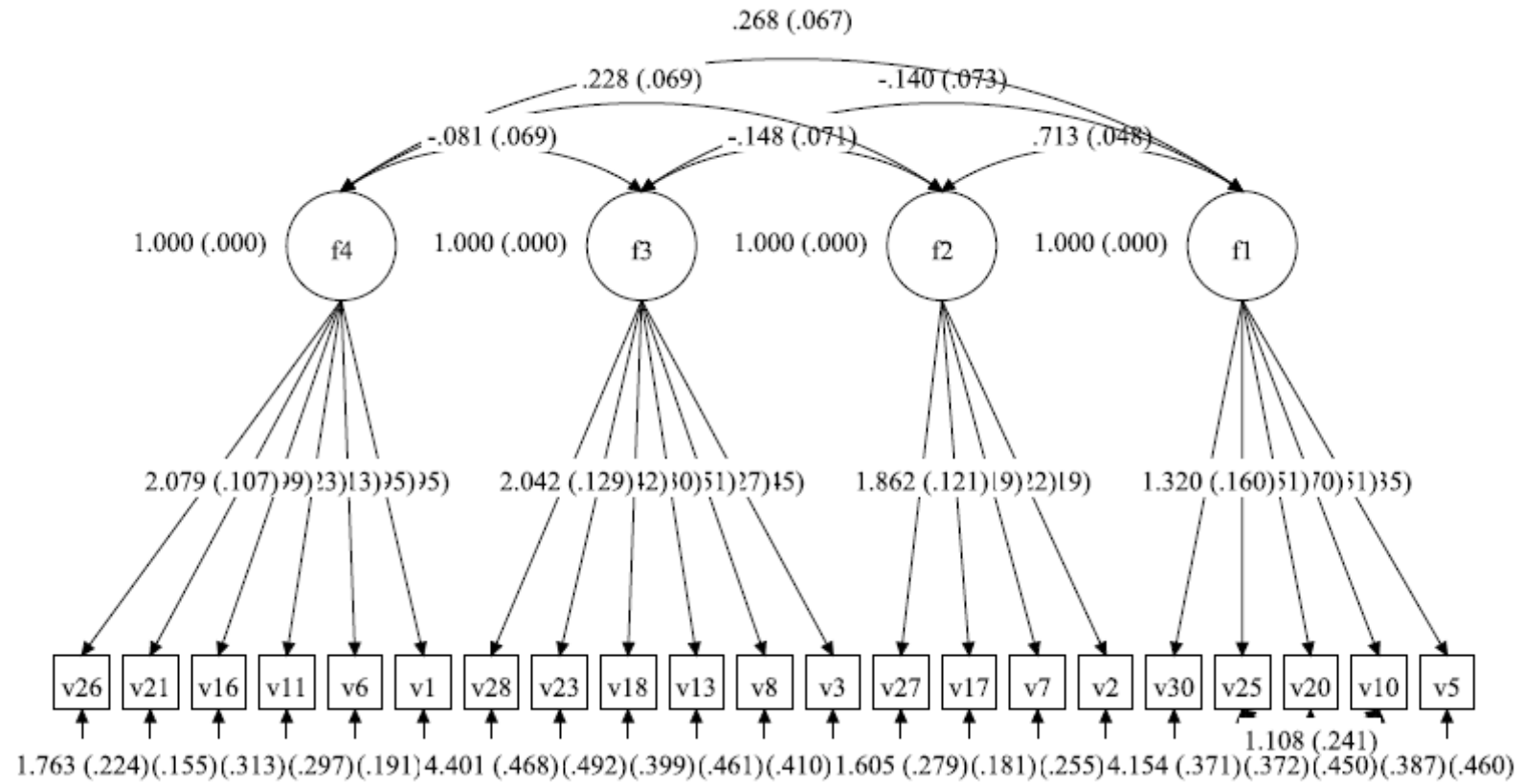


Figura III. 15: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario AF5 (SOLO VARONES)

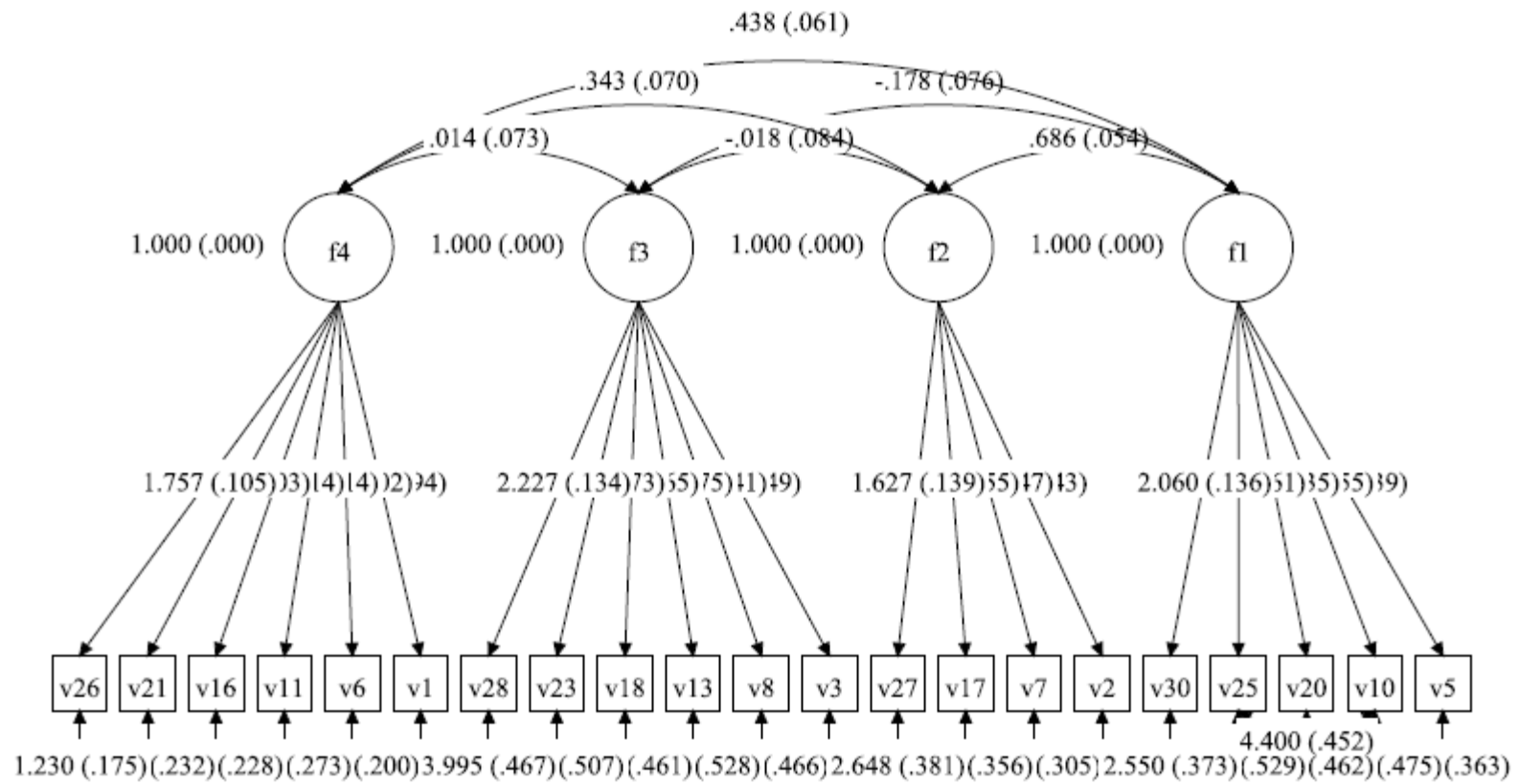


Figura III. 16: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario AF5 (SOLO MUJERES)

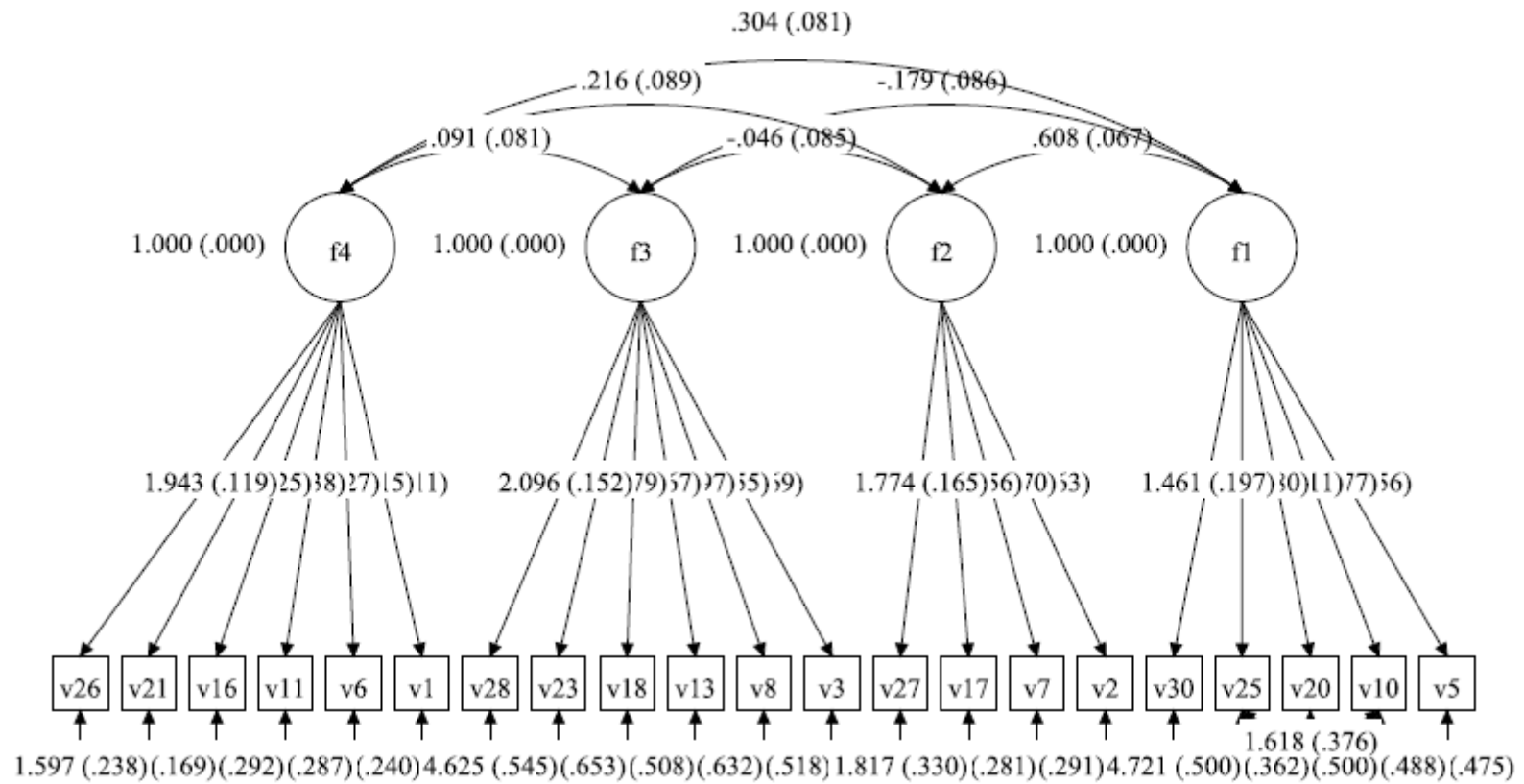


Figura III. 17: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario AF5 (SOLO PREADOLESCENTES)

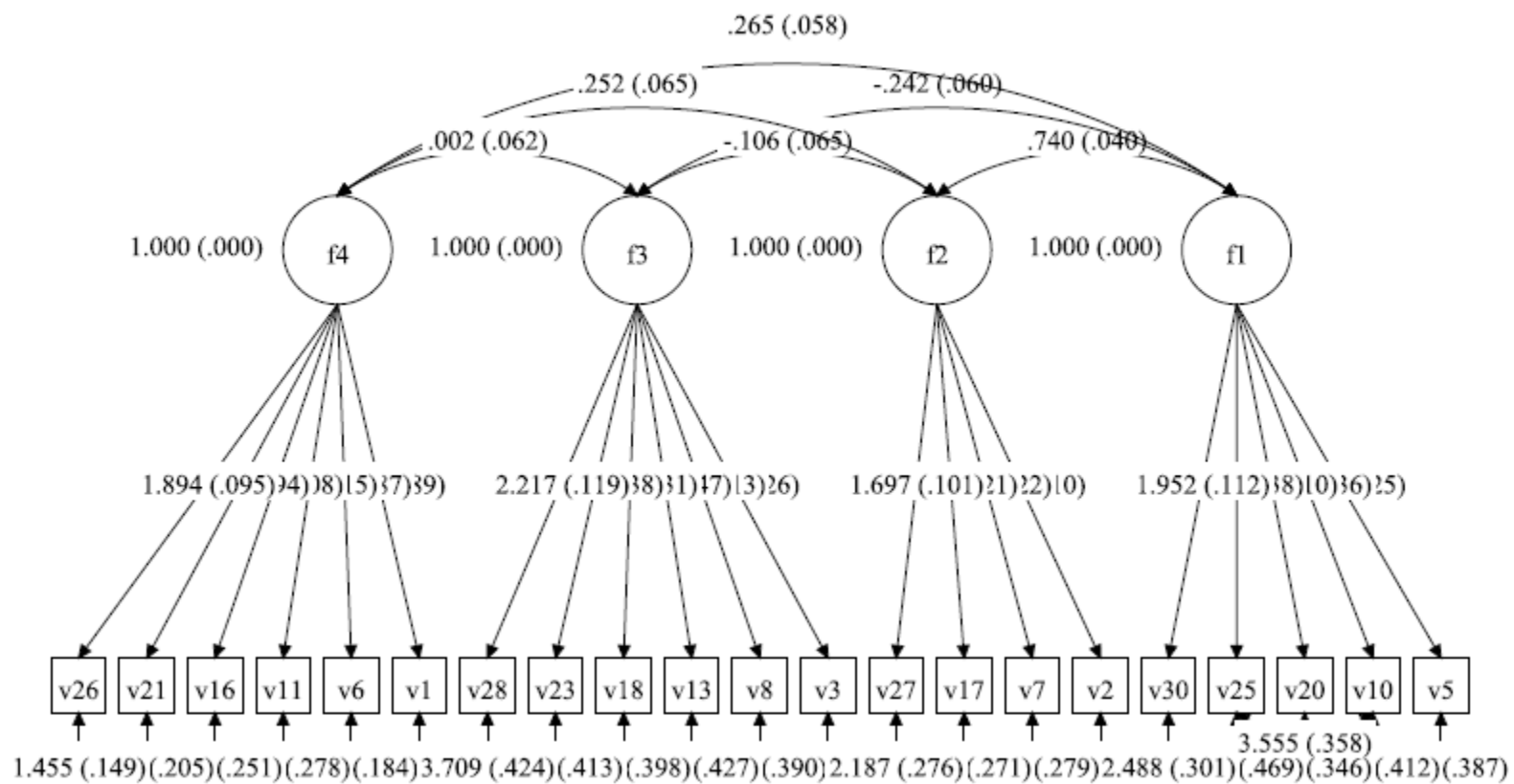


Figura III. 18: Parámetros estimados para el modelo reespecificado del Cuestionario AF5 (SOLO ADOLESCENTES)

Finalizada la adaptación del cuestionario, se presentan el texto con todas las frases que lo conforman con las variables, ordenadas por factores o dimensiones, tal y como quedaría.

Variables que configuran el Factor 1: Dimensión física (AF5.FIS)

- V 5 Me cuido físicamente
- V 10 Me buscan para realizar actividades deportivas
- V 20 Me gusta como soy físicamente
- V 25 Soy bueno/a haciendo deporte
- V 30 Soy una persona atractiva

Variables que configuran el Factor 2: Dimensión Social (AF5.SOC)

- V 2 Hago fácilmente amigos/as
- V 7 Soy una persona amigable
- V 17 Soy una persona alegre
- V 27 Tengo muchos amigos/as

Variables que configuran el Factor 3: Dimensión emocional (AF5.EMO)

- V 3 Tengo miedo de algunas cosas
- V 8 Muchas cosas me ponen nervioso/a
- V 13 Me asusto con facilidad
- V 18 Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso/a
- V 23 Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor
- V 28 A menudo soy una persona nerviosa

Variables que configuran el Factor 4: Dimensión académica (AF5.ACA)

- V 1 Hago bien los trabajos académicos
- V 6 Mis profesores/as me consideran un/a buen/a trabajador/a
- V 11 Trabajo mucho en clase
- V 16 Mis profesores me aprecian
- V 21 Soy buen estudiante
- V 26 Mis profesores me consideran inteligente y trabajador/a

III.2. ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Realizado el análisis instrumental de los diferentes cuestionarios utilizados, dónde se han obtenido 8 factores, 2 correspondientes a la IC, 2 a los HA y 4 al Autoconcepto, se procederá a analizarán los resultados de las relaciones entre las variables independientes, se estudiarán los estadísticos descriptivos de las variables dependientes, se buscará la influencia de las variables independientes sobre cada uno de los factores resultantes de la investigación instrumental y se examinarán las posibles correlaciones entre todas las variables, entre los ocho factores y entre las tres escalas.

III.2.1. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

Se han aplicado los estadísticos para comprobar la hipótesis de normalidad y ha salido rechazada. Sin embargo, si se tienen en cuenta que el sesgo y asimetría no son exagerados, los estadísticos paramétricos son robustos para este caso. Además, aunque las dos variables son ordinales, tienen valores suficientes como para poder utilizar una prueba paramétrica, como puede observarse en la Tabla III. 19 y las Figuras III. 19 y III. 20.

Tabla III. 19

Medidas de tendencia central y dispersión de las variables independientes.

	M	Med	DT	DT²	A	Cur.	R.
Edad	14.61	15.00	1.713	2.936	-.055	-1.122	6
H/ sem.	5.61	5.00	3.439	11.824	.930	.320	14

Leyenda: M=media; Med=mediana; DT=desviación típica; DT²= varianza; A=asimetría; Cur.=curtosis; R=Rango

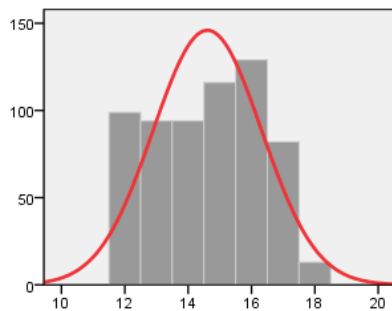


Figura III.19: Medidas de tendencia central y dispersión según la edad

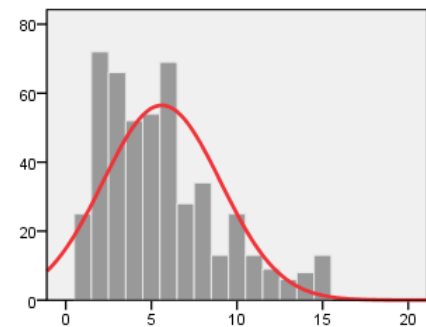


Figura III.20: Medidas de tendencia central y dispersión de según las horas semanales de práctica deportiva

En el capítulos precedentes, al describir los participante en el estudio, ha quedado expuesto que la muestra de la presente investigación es una muestra incidental, está bien equilibrada en cuanto el género, el 52.8% varones y 47.2% mujeres. La etapa evolutiva no está tan bien distribuida, el 40% pre-adolescentes y el 60% adolescentes, pero es bastante aceptable. Un dato a destacar es la cantidad de escolares que hacen deporte después de la enseñanza reglada, un 77%.

A continuación se va a estudiar la relación entre dos variables cualitativas dicotómicas, género y etapa con el hecho de hacer o no deporte extraescolar. En este caso el estadístico recomendable es el Coeficiente de Correlación de Phi.

Los resultados obtenidos explican que aunque un número elevado de estudiantes haga deporte de manera habitual, el hecho de ser varón o mujer, adolescente o preadolescente tiene relación significativa con hacer deporte

extraescolar [género x hacer deporte ($\Phi=.193$; $p <.05$); etapa evolutiva x hacer deporte ($\Phi=.166$, $p <.05$)], lo que indica existencia de asociación moderadamente fuerte entre las variables, siendo los varones los que en mayor número practican deporte, y en cuanto a la etapa evolutiva los adolescentes; pero al relacionar las tres variables, el género, la etapa evolutiva y el hecho de hacer o no deporte (2 x 2 x 2), el número mayor de sujetos practicantes son los varones preadolescentes (142), seguidos de los varones adolescentes (137), muy semejante en número las mujeres adolescentes (130) y con una diferencia importante las mujeres preadolescentes (71), como puede verse en las Tablas III.20 y III.21.

Tabla III.20

Tabla de Contingencia Phi relacionando género y etapa evolutiva con el hecho de hacer o no deporte extraescolar.

		Si practican	No practican	Phi	p
Género	Varón	279	51	.196	.000
	Mujer	201	95		
Etapa evolutiva	Preadolescentes	213	37	.170	.000
	Adolescentes	267	110		

Tabla III. 21

Tabla de Contingencia género, etapa evolutiva y practicar o no practicar deporte extraescolar.

	Preadolescentes	Adolescentes	Total
Varones que SI practican deporte	142	137	279
Varones que NO practican deporte	18	34	51
Total de varones	159	171	330
Mujeres que SI practican deporte	71	130	201
Mujeres que NO practican deporte	19	76	95
Total de mujeres	90	206	296
Totalidad de practicantes	213	267	480
Totalidad de no practicantes	36	110	146
Total de la muestra	249	377	626

Los resultados que se comentan a continuación corresponden también con la relación entre variables independientes pero al menos una de las variables a cruzar es

de carácter ordinal, por lo tanto el estadístico recomendado para estos casos es el Coeficiente de Contingencias (C).

Al intentar relacionar la práctica deportiva con los miembros de la familia trabajan fuera de casa, el nivel de estudios de los padres y el número de ingestas diarias, los resultados muestran que no tienen incidencia directa sobre la práctica deportiva las personas que trabajan fuera de casa ($C=.087$; $p > .05$), el resto si presenta una influencia significativa [nivel de estudios del padre ($C = 214$, $p < .05$), nivel de estudios de la madre ($C=218$, $p < .05$), número de ingestas diarias ($C=.149$, $p < .05$)], siendo el mayor número de estudiantes que practican deporte extraescolar los hijos de padres con estudios universitarios y los que realizan cinco ingestas diarias. (Ver Tabla III. 22).

Tabla III. 22

Tabla de Coeficiente de Contingencia relacionando los miembros de la familia que trabajan fuera de casa, el nivel de estudios de los padres y el número de ingestas diarias con el hecho de practicar o no deporte.

		SI practican	NO practican	C	p
Trabajan fuera de casa	Solo el padre	104	38	.087	.205
	Solo la madre	63	25		
	Padre y madre	287	72		
	Otros	10	4		
Nivel de estudios del padre	Sin estudios	6	7	.214	.000
	Graduado Escolar	58	37		
	Estudios medios	128	44		
	Bachillerato	78	16		
Nivel de estudios de la madre	Estudios universitarios	191	37	.218	.000
	Sin estudios	4	5		
	Graduado Escolar	56	36		
	Estudios medios	113	34		
Nº de ingestas diarias	Bachillerato	76	29	.149	.013
	Estudios universitarios	223	39		
	Una	2	2		
	Dos	11	6		
	Tres	58	32		
Cuatro	136	41			
Cinco	185	49			
Seis o más	88	17			

En la Tabla III.23 puede verse cómo están distribuidos los participantes del estudio relacionando el hecho de realizar o no deporte extraescolar con los miembros de la familia que trabajan fuera de casa, el nivel de estudios de los padres y el número de ingestas diarias, diferenciándolos por género y etapa evolutiva.

Tabla III. 23

Tabla de Contingencia género, etapa evolutiva y los miembros de la familia que trabajan fuera de casa, el nivel de estudios de los padres y el número de ingestas diarias con el hecho de practicar o no deporte extraescolar.

	Preadolescentes y práctica deportiva		Adolescentes y práctica deportiva		Varones y práctica deportiva		Mujeres y práctica deportiva	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Trabaja solo el padre	45	9	59	29	66	13	38	25
Trabaja solo la madre	22	4	41	20	27	8	36	17
Trabajan ambos	133	20	154	51	174	25	113	46
Trabajan otros	6	2	4	2	7	2	3	2
Padre sin estudios	4	2	2	5	5	2	1	5
Padre graduado Escolar	32	6	35	31	28	15	50	22
Padre estudios medios	59	13	69	31	74	12	54	32
Padre bachillerato	24	2	54	14	50	6	28	10
Padre universitario	94	12	97	24	111	14	80	22
Madre sin estudios	0	2	4	3	0	2	4	3
Madre graduado escolar	21	6	35	30	28	11	28	25
Madre estudios medios	48	9	65	25	67	10	46	24
Madre bachillerato	26	3	50	26	42	13	34	16
Madre universitaria	111	15	112	23	134	13	89	25
Una ingesta/día	0	0	2	2	0	0	2	2
Dos ingestas/día	5	1	6	6	3	2	8	4
Tres ingestas/día	21	5	37	27	28	5	30	27
Cuatro ingestas/día	62	13	74	28	80	21	56	20
Cinco ingestas/día	100	16	85	32	104	17	82	31
Seis o más ingestas/día	25	1	63	16	64	6	24	11

III.2.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES Y DE LOS FACTORES DE LAS ESCALAS

En este apartado se presentan los resultados del estudio correspondientes al perfil de la muestra en cada una de las escalas, así como las correlaciones que

mantiene los factores de cada escala entre sí y con las horas que dedican a práctica deportiva semanal. También se examina la influencia de las variables independientes sobre las variables dependientes, esto es, sobre cada uno de los factores resultantes de las tres escalas utilizadas, IC, HA y las Dimensiones del Autoconcepto.

Se comienza este apartado analizando de manera independiente cada uno de los factores resultantes de la investigación instrumental realizada previamente, bien observando los resultados de la totalidad de la muestra, como diferenciándolos por género y etapa evolutiva. Se han aplicado estadísticos para conocer la tendencia central y la dispersión de los resultados de dichos factores. Los resultados del análisis se encuentran reflejados en la Tabla III. 24.

Primeramente se observa que el sesgo y la simetría que presentan están bastante equilibrados y ninguno de los valores alcanza puntuaciones exageradas, no llegando en ningún caso a 2.000, tanto en la totalidad de los participantes, como en varones, mujeres, preadolescentes y adolescentes, excepto la IC.EXT en varones y preadolescentes y la AF5.SOC solo en preadolescentes, que presentan valores en la curtosis en torno a 3.000.

Todos los grupos puntúan más alto en la IC.EXT que en la IC.PER; el rango entre valores extremos no presenta diferencias merecedoras de destacar entre estos dos factores en ninguno de los casos estudiados.

Al observar los resultados de los HA, tanto varones como mujeres, preadolescentes o adolescentes, los valores medios que otorgan a estos dos factores es prácticamente el mismo. En el valor de las medianas ninguna diferencia supera .15 y en las medias no superan el .30. Recordando lo expuesto anteriormente, un valor

alto en HA erróneos supone que los errores o mitos que tienen con respecto a la alimentación son muy altos, cuestión merecedora de destacar al observar que todas las puntuaciones están por encima de la puntuación central (tanto para la media como para la mediana sería 3). Sin embargo, en sentido positivo, puede decirse que también puntúan muy alto en los conocimientos adecuados sobre HA, y sobre todo destacar que en todos los casos puntuaron más alto en conocimientos adecuados que en los erróneos, excepto en el valor de la mediana de los varones y los preadolescentes, pero una diferencia mínima, .05 y .10 respectivamente.

A la hora de estudiar los resultados de las diferentes dimensiones del autoconcepto, merece la pena destacar, por un lado que la dimensión emocional está mucho más baja evaluada que el resto de las dimensiones y en el caso de los adolescentes la diferencia con la dimensión siguiente supera el punto y medio; por otro lado la dimensión más valorada es la social, eso sí, presenta un rango entre valores extremos de 9 puntos.

Tabla III. 24

Medidas de tendencia central y dispersión de los factores de la totalidad de la muestra y por género y por etapa evolutiva

Muestra	Factores	M	Md	DT	DT ²	As	Cur	R
Todos N=627	IC.PER	3.70	4.00	1.074	1.155	-.612	-.754	4.00
	IC.EXT	4.07	4.38	.963	.928	-1.128	.348	3.92
	CON.ADE	3.92	4.00	.629	.395	-.780	.765	3.60
	MIT.ERR	3.71	4.00	.833	.694	-1.367	.840	3.45
	AF5.FIS	7.05	7.40	1.948	3.795	-.706	.004	9.00
	AF5.SOC	7.89	8.25	1.730	2.992	-1.163	1.484	9.00
	AF5.EMO	5.81	5.83	1.984	3.936	-.016	-.730	8.67
AF5.ACA	6.49	6.50	1.892	3.581	-.351	-.183	9.00	
Varones N=331	IC.PER	4.08	4.36	.8816	.777	-1.193	.976	4.00
	IC.EXT	4.39	4.69	.7466	.557	-1.780	3.020	3.92
	CON.ADE	3.83	3.90	.6792	.461	-.733	.634	3.60
	MIT.ERR	3.68	3.95	.8734	.763	-1.264	.406	3.45
	AF5.FIS	7.52	7.80	1.790	3.205	-.764	-.017	7.60
	AF5.SOC	8.00	8.25	1.751	3.068	-1.277	1.807	9.00
	AF5.EMO	5.39	5.33	1.900	3.611	.198	-.465	8.33
AF5.ACA	6.28	6.33	2.020	4.079	-.295	-.261	9.00	
Mujeres N=296	IC.PER	3.27	3.18	1.113	1.238	-.070	-1.201	3.91
	IC.EXT	3.70	3.85	1.044	1.091	-.631	-.676	3.77
	CON.ADE	4.02	4.10	.552	.304	-.650	.233	3.10
	MIT.ERR	3.74	4.00	.785	.617	-1.497	1.480	3.45
	AF5.FIS	6.52	6.80	1.984	3.937	-.641	-.098	9.00
	AF5.SOC	7.77	8.00	1.700	2.891	-1.057	1.238	9.00
	AF5.EMO	6.30	6.58	1.967	3.870	-.287	-.683	8.67
AF5.ACA	6.73	6.83	1.712	2.930	-.305	-.332	8.33	
Preadolescentes N=250	IC.PER	4.10	4.36	.910	.828	-1.153	.565	3.82
	IC.EXT	4.40	4.69	.751	.565	-1.721	2.712	3.62
	CON.ADE	3.79	3.90	.666	.444	-.623	.387	3.60
	MIT.ERR	3.72	4.00	.856	.734	-1.496	1.268	3.40
	AF5.FIS	7.43	7.70	1.838	3.377	-.827	.162	8.20
	AF5.SOC	8.22	8.75	1.747	3.054	-1.603	2.935	9.00
	AF5.EMO	5.45	5.42	1.954	3.820	.114	-.628	8.17
AF5.ACA	6.96	7.17	1.956	3.827	-.574	.026	9.00	
Adolescentes N=377	IC.PER	3.43	3.54	1.091	1.191	-.325	-1.046	4.00
	IC.EXT	3.84	4.15	1.024	1.048	-.831	-.362	3.92
	CON.ADE	4.00	4.10	.588	.346	-.865	1.145	3.60
	MIT.ERR	3.70	3.95	.818	.669	-1.276	.535	3.30
	AF5.FIS	6.79	7.00	1.980	3.921	-.633	-.062	9.00
	AF5.SOC	7.67	8.00	1.684	2.837	-.952	.979	9.00
	AF5.EMO	6.06	6.17	1.968	3.873	-.104	-.736	8.67
AF5.ACA	6.18	6.33	1.784	3.182	-.312	-.143	8.50	

Leyenda: M=media; Md=mediana; DT=desviación típica; DT²= varianza; A=asimetría; Cur.=curtosis; R=Rango

III.2.2.1. Perfil de la muestra en general y en cada una de las escalas

Primeramente se presentarán las correlaciones bivariadas entre cada uno de los factores y las horas semanales de práctica deportiva. Para ello se utilizará el estadístico la Correlación de Pearson.

En segundo lugar se examinarán las diferencias de medias entre las variables independientes asignadas de esta investigación: género, etapa evolutiva y horas de práctica deportiva, en relación a las variables de los cuestionarios, y sobre todo las variables dependientes, esto es, cada uno de los Factores resultantes de las tres escalas utilizadas, IC, HA y Autoconcepto. El estadístico utilizado ha sido la prueba T de Student para muestras independientes al ser dicotómicas las variables de agrupación (varón/mujer, preadolescentes/adolescentes, practican deporte/no practican).

Por último se analizarán el efecto de las variables independientes sobre cada uno de los ocho factores resultantes en este estudio. Para ello se aplicará el ANOVA para el análisis de la varianza y el MANOVA para análisis multivariados.

III.2.2.2. Correlaciones bivariadas entre factores y horas de práctica deportiva (Correlación de Pearson)

Llegado a este punto se presenta los efectos de las correlaciones entre los ocho factores resultantes de las tres escalas aplicadas en la investigación, las horas semanales de práctica deportiva y la edad de los encuestados. Solamente se tendrán

en cuenta los resultados más significativos, o sea aquellos que presenten valores iguales o superiores a .300, el resto puede comprobarse en la Tabla III. 25.

Se observa que tanto en varones como en los adolescentes la práctica deportiva extraescolar correlaciona positivamente con la dimensión física del autoconcepto, o sea esto deja de manifiesto que en los varones en general y en las mujeres adolescentes, la práctica deportiva ejerce influencia positiva en la mejora del autoconcepto. También se debe destacar que en el resto de los factores, esta variable no correlaciona, al menos de forma suficientemente potente como para señalar.

En varones, mujeres, preadolescentes y adolescentes, y en la totalidad de la muestra, la IC.PER correlaciona positivamente, y de forma significativa, con la dimensión física del autoconcepto, siendo más potente la correlación en mujeres que en varones, y en adolescentes que en preadolescentes.

La IC.EXT, también correlaciona positivamente de forma bastante potente con la dimensión física del autoconcepto en los cuatro grupos, mujeres, varones, preadolescentes y adolescentes, siendo la más robusta la correlación con los adolescentes (.500).

Al fijarse en el resultado del factor HA CON.ADE, los resultados indican que aunque correlaciona positivamente con la dimensión académica del autoconcepto (.301), cuando se observan los resultados diferenciando la muestra por género y etapa evolutiva, los resultados en todos dan significación pero no suficientemente potente para tenerla en cuenta. Esta significación viene como resultado del tamaño de la muestra que es bastante grande.

Otro aspecto importante a destacar es que el factor HA MIT.ERR, se correlaciona significativamente y de forma negativa con la dimensión emocional del autoconcepto, de forma general toda la muestra, y en particular el valor más significativo lo presentan los varones. Esto puede indicar que unos conocimientos erróneos, en cuanto a la alimentación se refiere pueden influir en un bajo autoconcepto emocional.

La AF5.FIS se correlaciona positivamente con la AF5.SOC en todos los grupos y en la totalidad de la muestra, además aparecen valores altos, en casi todos los grupos superan .500, excepto en preadolescentes que es .483. Esto puede indicar que las dos dimensiones, física o social, están muy unidas, cuando una es alta la otra también y viceversa.

No se puede dejar sin comentar la fuerte correlación que muestra los dos factores de IC entre sí, presentando todas las correlaciones, tanto en la totalidad de la muestra como en cada una de las variables estudiadas, una puntuación significativa $>.800$, lo cual indica que en varones y mujeres, tanto adolescentes como preadolescentes, la autoimagen es para ellos tan importante como percepción que creen que perciben sobre su IC otras personas, además de la fuerte relación que tienen la IC con el autoconcepto físico.

Tabla III. 25

Correlación bivariadas entre los ocho factores del estudio y las horas semanales de práctica deportiva semanal (por género y etapa evolutiva)

TODA LA MUETRA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. H/S PRAC. DEP.	1								
2. IC. PERSONAL	.011	1							
3. IC. EXTERNA	.017	.835**	1						
4. HA. C.ADECUADOS	-.116	-.114	-.058	1					
5. HA. MITOS/ERROR	-.205*	.270**	.259**	-.024	1				
6. AF5. FISICO	.169*	.313**	.393**	.019	.126	1			
7. AF5. SOCIAL	.038	.114	.184*	.095	.013	.562**	1		
8. AF5. EMOCIONAL	.117	-.069	-.141	.061	-.291**	-.126	-.117	1	
9. AF5. ACADÉMICO	-.109	.107	.096	.301**	.204**	.215**	.125	.057	1
VARONES									
1. H/S PRAC. DEP.	1								
2. IC. PERSONAL	-.001	1							
3. IC. EXTERNA	.079	.828**	1						
4. HA. C.ADECUADOS	.083	-.086	.005	1					
5. HA. MITOS/ERROR	-.177**	.192**	.175**	-.020	1				
6. AF5. FISICO	.341**	.289**	.401**	.124*	.092	1			
7. AF5. SOCIAL	.179**	.154**	.231**	.133*	.010	.570**	1		
8. AF5. EMOCIONAL	.082	-.124*	-.174**	.132*	-.349**	-.104	-.114*	1	
9. AF5. ACADÉMICO	-.047	.129*	.117*	.225**	.210**	.233**	.198**	-.068	1
MUJERES									
1. H/S PRAC. DEP.	1								
2. IC. PERSONAL	-.083	1							
3. IC. EXTERNA	.004	.864**	1						
4. HA. C.ADECUADOS	.150*	-.182**	-.169**	1					
5. HA. MITOS/ERROR	.005	.111	.110	.026	1				
6. AF5. FISICO	.297**	.358**	.482**	.035	.050	1			
7. AF5. SOCIAL	.012	.300**	.358**	-.092	.121*	.527**	1		
8. AF5. EMOCIONAL	.012	-.120*	-.147*	.053	.106	-.118*	-.044	1	
9. AF5. ACADÉMICO	.026	.249**	.286**	.136*	.103	.378**	.295**	-.001	1
PREADOLESCENTES									
1. H/S PRAC. DEP.	1								
2. IC. PERSONAL	-.003	1							
3. IC. EXTERNA	.041	.855**	1						
4. HA. C.ADECUADOS	-.053	-.146*	-.118	1					
5. HA. MITOS/ERROR	-.161*	.227**	.201**	.007	1				
6. AF5. FISICO	.208**	.334**	.426**	.039	.141*	1			
7. AF5. SOCIAL	-.008	.151*	.195**	.046	.063	.483**	1		
8. AF5. EMOCIONAL	.077	-.050	-.084	.093	-.155*	-.119	-.028	1	
9. AF5. ACADÉMICO	-.095	.127*	.106	.275**	.210**	.266**	.200**	.085	1
ADOLESCENTES									
1. H/S PRAC. DEP.	1								
2. IC. PERSONAL	.087	1							
3. IC. EXTERNA	.173**	.860**	1						
4. HA. C.ADECUADOS	.166**	-.122*	-.068	1					
5. HA. MITOS/ERROR	-.081	.071	.077	.004	1				
6. AF5. FISICO	.461**	.377**	.500**	.093	.007	1			
7. AF5. SOCIAL	.230**	.228**	.311**	.067	.049	.566**	1		
8. AF5. EMOCIONAL	-.055	-.219**	-.248**	.115*	-.112*	-.157**	-.100	1	
9. AF5. ACADÉMICO	-.020	.032	.082	.225**	.141**	.206**	.207**	-.025	1

III.2.2.3. Diferencia que presentan las variables independientes género, etapa evolutiva y práctica deportiva, en la percepción de la Imagen Corporal

Se comentarán a continuación los resultados más destacados.

- Las diferencias en función del género aparecen de manera significativa en todas las variables del cuestionario y en los dos factores que lo conforman. Puntúan en los dos factores más alto los varones que las mujeres. La mayor diferencia en las medias es la que presenta el factor 1, IC.PER (Tabla III.26).

Dado que presentan diferencias en función del género, se ha hecho la misma prueba de manera independiente comparando los grupos, además de por género por etapa evolutiva.

- Si se observa las Tablas III.27 y III.28, diferenciando las dos etapas evolutivas por género, se aprecia que las mujeres presentan diferencias significativas en las medias de todas las variables en ambas etapas y además en los dos factores estudiados, siendo mayor la diferencia en el factor 1 que en el factor 2; la mayor diferencia entre las medias la presentan las preadolescentes y en los dos factores puntúan más alto las preadolescentes que las adolescentes. Sin embargo, los varones en las 2 variables no aparecen diferencias significativas, la diferencia de medias en los dos factores es mucho menor que en las mujeres; éstos al igual que las mujeres, en el factor 1 presentan mayor diferencia entre las medias que en el factor 2, y en

ambos factores la valoración más alta es a favor de los varones preadolescentes.

Motivado por las diferencias que aparecen por género y entre las dos etapas evolutivas, parece necesario conocer el perfil de la IC en función de si hacen o no práctica deportiva extraescolar para cada una de las cuatro categorías resultantes del cruce entre las variables género y etapa evolutiva.

- Pueden observarse desde las Tablas III. 29 hasta la III. 32, que en los cuatro grupos resultantes no aparecen diferencias significativas entre los que hacen o no deporte en ninguno de los factores, y en las variables prácticamente casi en ninguna que merezca la pena resaltar.

Estos resultados hacen pensar que el resultado de hacer deporte no es un elemento significativo para la percepción de la IC, sin embargo si lo es el hecho de ser mujer u hombre, preadolescente o adolescente.

Tabla III. 26

Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de las medias en función del género. Totalidad de la muestra

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: I.C. PERS.	V 01	Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?	4.467	.035	-.429	620.099	.000	-.423
	V 02	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	23.937	.000	-8.041	582.051	.000	-.905
	V 03	¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	88.174	.000	-9.322	538.782	.000	-.1003
	V 04	¿Has tenido miedo a engordar?	13.410	.000	-9.029	587.477	.000	-.995
	V 05	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	33.060	.000	-7.528	569.904	.000	-.745
	V 06	Sentirte lleno/a (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentirte gordo/a?	60.644	.000	-7.555	549.121	.000	-.772
	V 17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo/a?	72.518	.000	-9.126	532.474	.000	-.938
	V 21	Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?	85.957	.000	-6.981	542.165	.000	-.772
	V 22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?	48.838	.000	-7.982	562.629	.000	-.920
	V 30	¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	9.196	.003	-4.140	603.961	.000	-.453
V 34	La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?	.329	.566	-7.749	617.318	.000	-.932	
		TOTAL DEL FACTOR	38.455	.000	9.964	561.103	.000	.805
F2: I.C. EXT.	V 09	Estar con chicos/as delgados/as ¿te ha hecho que te fijes en tu figura?	45.930	.000	-7.078	548.379	.000	-.726
	V 10	¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?	97.420	.000	-9.304	520.857	.000	-.944
	V 12	¿Has comparado tu figura con la de otros/as chicos/as y te ha hecho sentirte en desventaja por tu aspecto físico?	39.287	.000	-7.941	566.493	.000	-.820
	V 13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees, mantienes una conversación, etc.)	23.980	.000	-3.546	565.438	.000	-.276
	V 14	Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gordo/a?	89.426	.000	-8.671	495.713	.000	-.772
	V 15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	29.196	.000	-5.573	579.001	.000	-.581
	V 19	¿Te has sentido gordo/a o redondeado/a?	72.518	.000	-9.126	532.474	.000	-.938
	V 20	¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?	47.809	.000	-8.207	558.333	.000	-.830
	V 23	¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	27.698	.000	-9.537	572.194	.000	-.991
	V 24	¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?	66.822	.000	-7.180	545.862	.000	-.778
	V 25	¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?	43.499	.000	-5.988	545.260	.000	-.571
	V 29	Verte reflejado/a en un espejo o escaparte ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?	105.220	.000	-9.183	498.446	.000	-.809
	V 31	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en los vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	25.432	.000	-6.117	560.705	.000	-.611
V 33	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	24.501	.000	-6.084	581.320	.000	-.603	
		TOTAL DEL FACTOR	53.981	.000	9.467	527.645	.000	.694

Legenda: F = Valor empírico del estadístico F de Levene; t = Valor empírico de la t de Student; gl = grados de libertad; p = probabilidad estadística asumiendo que H₀ es verdades; DT = desviación típica (diferencia de medias de varones y mujeres (si es positiva es mayor la puntuación de los varones y si es negativa la de las mujeres)). En negrita los resultados estadísticamente significativos.

Tabla III. 27

Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de las medias en función de la etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes). Solo varones

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: I.C. PERS.	V 01	Quando te aburres ¿te preocupas por tu figura?	.500	.480	-3.629	329	.000	-.473
	V 02	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	1.995	.159	-2.201	329	.028	-.309
	V 03	¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	.872	.351	-1.317	329	.189	-.162
	V 04	¿Has tenido miedo a engordar?	.153	.696	-1.064	329	.288	-.149
	V 05	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	14.514	.000	-3.730	311.151	.000	-.438
	V 06	Sentirte lleno/a (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentirte gordo/a?	1.294	.256	-1.146	329	.253	-.137
	V 17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1.640	.201	-1.346	329	.179	-.156
	V 21	Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?	1.115	.292	-.993	329	.321	-.127
	V 22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?	6.943	.009	-2.437	322.039	.016	-.333
	V 30	¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	8.924	.003	-4.239	326.817	.000	-.595
V 34	La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?	2.965	.086	-4.368	329	.000	-.703	
		TOTAL DEL FACTOR	.729	.394	3.412	329	.001	.326
F2: I.C. EXT.	V 09	Estar con chicos/as delgados/as ¿te ha hecho que te fijes en tu figura?	4.142	.043	-2.408	327.672	.017	-.285
	V 10	¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?	3.504	.062	-1.053	329	.293	-.118
	V 12	¿Has comparado tu figura con la de otros/as chicos/as y te ha hecho sentirte en desventaja por tu aspecto físico?	1.297	.256	-4.261	329	.000	-.520
	V 13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees, mantienes una conversación, etc.)	.357	.551	-.599	329	.550	-.057
	V 14	Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gordo/a?	18.558	.000	-2.566	313.292	.012	-.235
	V 15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	11.512	.001	-3.046	323.227	.003	-.388
	V 19	¿Te has sentido gordo/a o redondeado/a?	1.640	.201	-1.346	329	.179	-.156
	V 20	¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?	4.620	.032	-2.324	327.276	.021	-.277
	V 23	¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	2.401	.122	-1.035	329	.301	-.124
	V 24	¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?	8.664	.003	-3.140	322.496	.002	-.388
	V 25	¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?	6.442	.012	-1.443	324.377	.152	-.159
	V 29	Verte reflejado/a en un espejo o escaparate ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?	5.957	.015	-1.563	322.349	.119	-.144
	V 31	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en los vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	1.575	.210	-1.082	329	.280	-.130
V 33	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	5.645	.018	-4.293	325.905	.000	-.516	
		TOTAL DEL FACTOR	6,315	.012	3.374	322.532	.001	.271

Leyenda: F = Valor empírico del estadístico F de Levene; t = Valor empírico de la t de Student; gl = grados de libertad; p = probabilidad estadística asumiendo que H₀ es verdades; DT = desviación típica (diferencia de medias de los varones entre las dos etapas evolutivas (si es positiva es mayor la puntuación de los varones preadolescentes y si es negativa la de los adolescentes). En negrita los resultados estadísticamente significativos.

Tabla III. 28

Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de las medias en función de la etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes). Solo mujeres

Factores	Variables	Levene		T de student				
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: I.C. PERS.	V 01	Quando te aburres ¿te preocupas por tu figura?	1.470	.226	-3.158	171.465	.002	-.462
	V 02	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	.196	.659	-4.740	173.537	.000	-.865
	V 03	¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	3.865	.050	-4.559	294	.000	-.846
	V 04	¿Has tenido miedo a engordar?	.314	.576	-5.222	294	.000	-.927
	V 05	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	6.052	.014	-7.210	204.895	.000	-1.061
	V 06	Sentirte lleno/a (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentirte gordo/a?	3.621	.058	-4.749	294	.000	-.826
	V 17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo/a?	8.861	.003	-5.946	201.958	.000	-.972
	V 21	Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?	18.363	.000	-4.850	198.566	.000	-.864
	V 22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?	6.964	.009	-4.146	197.573	.000	-.761
	V 30	¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	7.009	.009	-4.707	192.657	.000	-.775
V 34	La preocupación por tu figura. ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?	.196	.658	-4.450	294	.000	-.819	
		TOTAL DEL FACTOR	2,652	.105	6.313	294	.000	.834
F2: I.C. EXT.	V 09	Estar con chicos/as delgados/as ¿te ha hecho que te fijes en tu figura?	13.433	.000	-3.776	200.095	.000	-.626
	V 10	¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?	18.605	.000	-4.757	209.112	.000	-.780
	V 12	¿Has comparado tu figura con la de otros/as chicos/as y te ha hecho sentirte en desventaja por tu aspecto físico?	1.990	.159	-5.062	294	.000	-.868
	V 13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees, mantienes una conversación, etc.)	12.202	.001	-3.496	204.293	.001	-.430
	V 14	Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gordo/a?	9.832	.002	-5.024	198.625	.000	-.750
	V 15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	4.139	.043	-3.037	180.403	.003	-.518
	V 19	¿Te has sentido gordo/a o redondeado/a?	1.053	.306	-3.518	294	.001	-.609
	V 20	¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?	.618	.432	4.573	294	.000	-.790
	V 23	¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	22.159	.000	-4.590	215.929	.000	-.716
	V 24	¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?	11.524	.001	-4.888	193.580	.000	-.857
	V 25	¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?	3.104	.079	-2.315	294	.021	-.388
	V 29	Verte reflejado/a en un espejo o escaparte ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?	6.517	.011	-4.312	193.105	.000	-.649
	V 31	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en los vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	7.150	.008	-3.242	195.443	.002	-.524
V 33	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	4.249	.040	-4.536	182.300	.000	-.718	
		TOTAL DEL FACTOR	10,124	.002	5.695	207.803	.000	.663

Leyenda: F = Valor empírico del estadístico F de Levene; t = Valor empírico de la t de Student; gl = grados de libertad; p = probabilidad estadística asumiendo que H₀ es verdades; DT = desviación típica (diferencia de medias de las mujeres entre las dos etapas evolutivas (si es positiva es mayor la puntuación de las mujeres preadolescentes y si es negativa la de las mujeres adolescentes)). En negrita los resultados estadísticamente significativos.

Tabla III. 29

Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva (si practican/no practican). Solo varones preadolescentes

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: I.C. PERS.	V 01	Quando te aburres ¿te preocupas por tu figura?	9.121	.003	3.644	31.967	.001	.712
	V 02	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	3.989	.048	1.663	27.590	.108	.380
	V 03	¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	5.123	.025	1.633	27.712	.114	.328
	V 04	¿Has tenido miedo a engordar?	.790	.376	1.226	158	.222	.396
	V 05	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	2.462	.119	.561	158	.576	.126
	V 06	Sentirte lleno/a (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentirte gordo/a?	5.756	.018	2.394	33.447	.022	.399
	V 17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo/a?	.189	.189	.189	.189	.189	.189
	V 21	Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?	.664	.664	.664	.664	.664	.664
	V 22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?	.310	.310	.310	.310	.310	.310
	V 30	¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanto grasa tenías?	10.531	.001	3.172	40.571	.003	.539
V 34	La preocupación por tu figura. ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?	.130	.719	-.432	158	.666	-.153	
		TOTAL DEL FACTOR	3,043	.083	-1,454	158	.148	-.305
F2: I.C. EXT.	V 09	Estar con chicos/as delgados/as ¿te ha hecho que te fijes en tu figura?	8.188	.005	2.292	44.542	.027	.321
	V 10	¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?	10.285	.002	3.229	71.641	.002	.368
	V 12	¿Has comparado tu figura con la de otros/as chicos/as y te ha hecho sentirte en desventaja por tu aspecto físico?	.572	.451	.351	158	.726	.092
	V 13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees, mantienes una conversación, etc.)	3.607	.059	.911	158	.364	.193
	V 14	Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gordo/a?	3.321	.070	.967	158	.335	.171
	V 15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	17.853	.000	4.819	123.842	.000	.515
	V 19	¿Te has sentido gordo/a o redondeado/a?	2.029	.156	.771	158	.442	.195
	V 20	¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?	5.966	.016	1.931	34.221	.062	.299
	V 23	¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	1.706	.193	-.596	158	.552	-.153
	V 24	¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?	4.039	.046	1.377	25.845	.180	.272
	V 25	¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?	10.527	.001	3.410	105.523	.001	.332
	V 29	Verte reflejado/a en un espejo o escaparate ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?	1.838	.177	.544	158	.587	.102
	V 31	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en los vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	2.383	.125	-.575	158	.566	-.153
V 33	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	.649	.422	.333	158	.740	.084	
		TOTAL DEL FACTOR	3,506	.063	-1,152	158	.251	-.188

Leyenda: F = Valor empírico del estadístico F de Levene; t = Valor empírico de la t de Student; gl = grados de libertad; p = probabilidad estadística asumiendo que H0 es verdades; DT = desviación típica (diferencia de medias de los varones preadolescentes en función de la práctica deportiva (si es positiva es mayor la de los varones preadolescentes que practican deporte y si es negativa la de los que no practican)). En negrita los resultados estadísticamente significativos.

Tabla III. 30

Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva (si practican/no practican). Solo varones adolescentes

Factores	Variables	Levene		T de student				
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: I.C. PERS.	V 01	Quando te aburres ¿te preocupas por tu figura?	.507	.478	.076	169	.939	.017
	V 02	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	.026	.872	-.004	169	.997	-.001
	V 03	¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	.148	.701	-.191	169	.849	-.042
	V 04	¿Has tenido miedo a engordar?	5.435	.021	-.975	44.236	.335	-.265
	V 05	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	2.727	.101	-.499	169	.618	-.117
	V 06	Sentirte lleno/a (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentirte gordo/a?	.053	.818	.854	169	.394	.185
	V 17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1.564	.213	-.748	169	.456	-.160
	V 21	Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?	1.358	.246	.464	169	.643	.105
	V 22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?	3.867	.051	-.695	169	.488	-.183
	V 30	¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	.683	.410	.269	169	.788	.071
V 34	La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?	.118	.732	-1.650	169	.101	-.475	
		TOTAL DEL FACTOR	1,527	.218	.460	169	.646	.079
F2: I.C. EXT.	V 09	Estar con chicos/as delgados/as ¿te ha hecho que te fijes en tu figura?	.131	.718	.138	169	.890	.030
	V 10	¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?	.255	.614	.338	169	.736	.069
	V 12	¿Has comparado tu figura con la de otros/as chicos/as y te ha hecho sentirte en desventaja por tu aspecto físico?	11.652	.001	-.915	42.508	.365	-.243
	V 13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees, mantienes una conversación, etc.)	.003	.954	-.592	169	.555	-.099
	V 14	Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gordo/a?	.012	.914	-.423	169	.673	-.077
	V 15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	9.317	.003	-1.462	42.910	.151	-.418
	V 19	¿Te has sentido gordo/a o redondeado/a?	4.437	.037	-1.551	169	.123	-.343
	V 20	¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?	1.920	.168	-1.944	169	.054	-.470
	V 23	¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	8.668	.004	-.929	41.906	.358	-.247
	V 24	¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?	3.724	.055	-1.112	169	.268	-.264
	V 25	¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?	.143	.705	.227	169	.821	.048
	V 29	Verte reflejado/a en un espejo o escaparate ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?	.276	.600	-.517	169	.606	-.091
	V 31	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en los vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	4.978	.027	-1.871	43.457	.068	-.460
V 33	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	2.083	.151	-.778	169	.438	-.176	
		TOTAL DEL FACTOR	5,244	.023	1.090	45.719	.281	.184

Leyenda: F = Valor empírico del estadístico F de Levene; t = Valor empírico de la t de Student; gl = grados de libertad; p = probabilidad estadística asumiendo que H0 es verdades; DT = desviación típica (diferencia de medias de los varones adolescentes en función de la práctica deportiva (si es positiva es mayor la de los varones adolescentes que practican deporte y si es negativa la de los que no practican)). En negrita los resultados estadísticamente significativos.

Tabla III. 31

Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de medias en función de la práctica deportiva (si practican/no practican). Solo mujeres preadolescentes

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: I.C. PERS.	V 01	Quando te aburres ¿te preocupas por tu figura?	3.382	.069	-.193	88	.847	-.058
	V 02	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	3.324	.072	-.592	88	.555	-.220
	V 03	¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	.916	.341	-.509	88	.612	-.182
	V 04	¿Has tenido miedo a engordar?	1.148	.287	.430	88	.668	.159
	V 05	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	1.019	.316	.471	88	.639	.133
	V 06	Sentirte lleno/a (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentirte gordo/a?	1.970	.164	-1.360	88	.177	-.457
	V 17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo/a?	.193	.662	-.570	88	.570	-.179
	V 21	Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?	4.621	.034	-.961	24.692	.346	-.373
	V 22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?	.974	.326	-.037	88	.970	-.013
	V 30	¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	1.941	.167	1.371	88	.174	.439
V 34	La preocupación por tu figura. ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?	2.861	.094	-.657	88	.513	-.247	
		TOTAL DEL FACTOR	2.915	.091	.358	88	.721	.091
F2: I.C. EXT.	V 09	Estar con chicos/as delgados/as ¿te ha hecho que te fijes en tu figura?	.039	.844	-.416	88	.678	-.133
	V 10	¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?	.174	.678	-.193	88	.848	-.060
	V 12	¿Has comparado tu figura con la de otros/as chicos/as y te ha hecho sentirte en desventaja por tu aspecto físico?	1.543	.218	.664	88	.508	.222
	V 13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees, mantienes una conversación, etc.)	.946	.333	.169	88	.866	.040
	V 14	Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1.083	.301	-.453	88	.652	-.131
	V 15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	.007	.932	-.636	88	.526	-.218
	V 19	¿Te has sentido gordo/a o redondeado/a?	2.614	.109	-.372	88	.711	-.130
	V 20	¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?	.043	.836	.627	88	.532	.211
	V 23	¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	3.838	.053	-1.852	88	.067	-.532
	V 24	¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?	1.744	.190	-.955	88	.342	-.327
	V 25	¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?	1.480	.227	-1.045	88	.299	-.338
	V 29	Verte reflejado/a en un espejo o escaparate ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?	.215	.644	.259	88	.797	.076
	V 31	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en los vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	2.959	.089	-1.706	88	.091	-.531
	V 33	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	.098	.755	-.023	88	.981	-.007
		TOTAL DEL FACTOR	.182	.671	.600	88	.550	.133

Leyenda: F = Valor empírico del estadístico F de Levene; t = Valor empírico de la t de Student; gl = grados de libertad; p = probabilidad estadística asumiendo que H0 es verdades; DT = desviación típica (diferencia de medias de las mujeres preadolescentes en función de la práctica deportiva (si es positiva es mayor la de las mujeres preadolescentes que practican deporte y si es negativa la de las que no practican)). En negrita los resultados estadísticamente significativos.

Tabla III. 32

Imagen corporal: Escala BSQ. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva (si practican/no practican). Solo mujeres adolescentes

Factores	Variables	Levene		T de student				
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: I.C. PERS.	V 01	Quando te aburres ¿te preocupas por tu figura?	.015	.901	.078	204	.938	.013
	V 02	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	.285	.594	1.235	204	.218	.262
	V 03	¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	.157	.693	1.284	204	.201	.279
	V 04	¿Has tenido miedo a engordar?	.627	.429	.411	204	.681	.083
	V 05	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	.068	.794	-.156	204	.876	-.030
	V 06	Sentirte lleno/a (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentirte gordo/a?	.728	.394	.348	204	.728	.071
	V 17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1.789	.183	.607	204	.545	.128
	V 21	Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?	1.600	.207	.117	204	.907	.027
	V 22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?	.122	.727	-.085	204	.933	-.020
	V 30	¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	.418	.519	1.032	204	.303	.212
V 34	La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?	3.638	.058	-.842	204	.401	-.178	
		TOTAL DEL FACTOR	.651	.421	-.495	204	.621	-.077
F2: I.C. EXT.	V 09	Estar con chicos/as delgados/as ¿te ha hecho que te fijes en tu figura?	.075	.784	-.432	204	.667	-.092
	V 10	¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?	.304	.582	1.222	204	.223	.264
	V 12	¿Has comparado tu figura con la de otros/as chicos/as y te ha hecho sentirte en desventaja por tu aspecto físico?	.035	.852	-.493	204	.623	-.099
	V 13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees, mantienes una conversación, etc.)	2.174	.142	1.187	204	.237	.189
	V 14	Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gordo/a?	.130	.719	.016	204	.987	.003
	V 15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	.215	.643	.338	204	.736	.069
	V 19	¿Te has sentido gordo/a o redondeado/a?	1.025	.313	.578	204	.564	.116
	V 20	¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?	2.750	.099	-.240	204	.811	-.048
	V 23	¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	.001	.975	-.440	204	.660	-.093
	V 24	¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?	.480	.489	-.231	204	.817	-.051
	V 25	¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?	3.647	.058	1.088	204	.278	.213
	V 29	Verte reflejado/a en un espejo o escaparate ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?	1.407	.237	.208	204	.836	.039
	V 31	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en los vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	.215	.644	-1.223	204	.223	-.249
V 33	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	.027	.869	1.996	204	.047	.378	
		TOTAL DEL FACTOR	1.084	.299	-.263	204	.793	-.040

Leyenda: F = Valor empírico del estadístico F de Levene; t = Valor empírico de la t de Student; gl = grados de libertad; p = probabilidad estadística asumiendo que H0 es verdades; DT = desviación típica (diferencia de medias de las mujeres adolescentes en función de la las práctica deportiva (si es positiva es mayor la de las mujeres adolescentes que practican deporte y si es negativa la de las que no practican)).

III.2.2.4. Diferencia que presentan las variables independientes género, etapa evolutiva y práctica deportiva, en los conocimientos sobre Hábitos Alimentarios

Siguiendo el proceso anterior se procederá a examinar los resultados del cuestionario de HA, comprobando primeramente si existen diferencias significativas entre varones y mujeres.

- Los resultados demuestran que aparece una diferencia estadísticamente significativa en el factor 1, CON.ADE, siendo más alta la puntuación que otorgan las mujeres, es decir, las mujeres tienen más conocimientos sobre HA que los varones. En cuanto al factor 2, mitos y conocimientos erróneos, las mujeres también puntúan más alto este factor, o sea que aunque tengan más conocimientos sobre HA, también tienen más mitos sobre alimentación, pero el estadístico aplicado demuestra que esta diferencia no es significativa (Tabla III. 33).

A continuación se ha procedido a comprobar que presentan diferencias, no solo en lo que respecta al género, sino también en cuanto a la etapa evolutiva (Tablas III. 34 y III.35).

- Se observa que los varones adolescentes poseen más conocimientos sobre HA que los preadolescentes. Por el contrario los preadolescentes puntúan más alto en HA erróneos, pero esto último no presenta significatividad. Las mujeres no presentan ningún dato con

significatividad, pero las adolescentes puntúan más alto en los dos factores, o sea que poseen más conocimientos y también tienen más mitos sobre la alimentación.

Se procedió a comprobar si el hecho de practicar deporte puede señalar alguna diferencia en cuanto a los HA (Tablas de la III. 36 a la III. 39).

- Los resultados obtenidos indican que el hecho de hacer deporte no implica que los varones preadolescentes tengan unos conocimientos adecuados sobre los HA, sin embargo si es significativo el dato de que asuman más mitos y conocimientos inadecuados sobre alimentación que los que no consumen deporte.
- En cuanto a los adolescentes masculinos y las mujeres preadolescentes, ambos grupos muestran que la práctica deportiva es un dato diferenciador y favorable sobre los conocimientos y HA adecuados.
- Al hablar de los mitos y conocimientos erróneos sobre alimentación, tanto los varones como las mujeres, preadolescentes o adolescentes, el hecho de hacer deporte no es un diferenciador significativo, pero si manifiestan creer más en mitos los que no practican deporte.

Resumiendo, las mujeres tienen más conocimientos sobre HA que los varones, pero no aparecen diferencias por la etapa evolutiva en la que se encuentran. Los varones adolescentes tienen más conocimientos sobre alimentación que los preadolescentes. La práctica deportiva influye en que se tengan más conocimientos

sobre alimentación y quien no practica deporte más conocimientos erróneos, aunque esta última diferencia no es una influencia significativa.

Tabla III. 33

Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función del género. Totalidad de la muestra

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: CON.ADE.	V 04	El consumo de pescado azul protege al corazón de las enfermedades cardiovasculares	8.170	.004	-.945	624.609	.345	-.076
	V 09	Se debe comer pescado tres o cuatro veces a la semana	7.873	.005	-3.367	624.568	.001	-.307
	V 10	Una alimentación adecuada durante la adolescencia previene la aparición de algunas patologías en la edad	5.808	.016	-1.570	624.749	.117	-.136
	V 11	Hay que comer frutas y verduras todos los días	10.133	.002	-2.500	623.075	.013	-.209
	V 16	La delgadez extrema está de moda pero no equivale a tener buena salud	9.670	-3.141	624.487	.002	-.387	-3.141
	V 30	Tengo fácil acceso a fruta y verdura variada	.126	.722	-1.308	625	.191	-.131
	V 32	Creo que la ingesta diaria de alimentos ricos en grasas y azúcares perjudica la salud	6.821	.009	-2.766	624.987	.006	-.288
	V 33	Creo que tengo suficientes conocimientos acerca de los efectos beneficiosos de llevar una dieta equilibrada	5.621	.018	-.718	624.837	.473	-.073
	V 34	Sé distinguir los alimentos ricos en grasas, colesterol, azúcares añadidos y sal de los que no lo son	.610	.435	-.098	625	.922	-.010
	V 41	Para tener una dieta equilibrada se aconseja seguir las indicaciones de la pirámide de los alimentos	13.268	.000	-2.781	614.065	.006	-.239
		TOTAL DEL FACTOR	7.892	.005	-3.769	619.406	.000	-.185
F2: MIT.ERR.	V 01	Creo que el agua engorda si la tomamos entre las comidas	7.287	.007	-.395	624.988	.693	-.042
	V 02	El alcohol es un nutriente energético que debe ser consumido con moderación en una dieta equilibrada	.298	.585	-1.323	625	.186	-.157
	V 03	Las hamburguesas, pizzas y similares alimentan más que las comidas que se hacen en casa	1.333	.249	-2.598	625	.010	-.302
	V 06	Las frutas tomadas después de las comidas producen fermentaciones que son perjudiciales para la salud y engordan	7.166	.008	.538	624.921	.591	.055
	V 07	Creo que el vino antes de las comidas abre el apetito y da fuerzas	11.641	.001	-1.076	619.636	.283	-.097
	V 08	Los niños sólo deben tomar pescado blanco	3.112	.078	.533	625	.594	.052
	V 12	Es lo mismo tomar zumo de naranja natural, refrescos de naranja o caramelos enriquecidos con vitamina C	4.150	.042	-2.089	622.555	.037	-.240
	V 14	Es mejor comer lo que comen los demás y no destacar	4.767	.029	-2.041	623.956	.042	-.234
	V 17	Como pocas frutas porque eso no se lleva entre mis colegas	5.558	.019	-1.680	623.056	.094	-.198
	V 18	En los anuncios de televisión siempre salen chicos/as muy delgados porque es así como debemos estar todos	2.832	.093	-1.924	625	.055	-.225
	V 20	Siento que los alimentos controlan mi vida	.087	.768	1.286	625	.199	.157
	V 22	En casa carecemos de recursos económicos para comprar pescado, frutas y verduras	5.548	.019	1.488	623.553	.137	.182
	V 23	En mi casa siempre comemos comida precocinada o un bocata	2.848	.092	-1.918	625	.056	-.222
	V 24	En mi casa casi nunca comemos juntos	.056	.813	-.208	625	.836	-.026
	V 26	Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	.000	.998	.603	625	.547	.072
	V 27	Suelo comer siempre los mismos alimentos	2.601	.107	1.228	625	.220	.145
	V 28	Me siento incómodo/a después de comer dulces	2.187	.140	2.186	625	.029	.282
	V 36	El vegetarianismo estricto es una manera sana de perder peso	1.178	.278	-1.638	625	.102	-.179
V 38	Raras veces veo a mis padres comer futas o verduras	.038	.846	-.828	625	.408	-.100	
V 40	A mi padre le encanta ver la tele comiendo pipas y bebiendo una coca cola	.264	.608	-.804	625	.422	-.103	
		TOTAL DEL FACTOR	3.924	.048	-.891	624.979	.373	-.059

Legenda: DT = diferencia de medias de varones y mujeres (si es positiva es mayor la puntuación de los varones y si es negativa la de las mujeres). En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

Tabla III. 34

Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función de la etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes). Varones

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: CON.ADE.	V 04	El consumo de pescado azul protege al corazón de las enfermedades cardiovasculares	.376	.540	-.590	329	.556	-.070
	V 09	Se debe comer pescado tres o cuatro veces a la semana	2.586	.109	-.902	329	.368	-.118
	V 10	Una alimentación adecuada durante la adolescencia previene la aparición de algunas patologías en la edad	28.003	.000	-5.186	283.898	.000	-.641
	V 11	Hay que comer frutas y verduras todos los días	.906	.342	-.726	329	.468	-.090
	V 16	La delgadez extrema está de moda pero no equivale a tener buena salud	.231	.631	-2.456	329	.015	-.431
	V 30	Tengo fácil acceso a fruta y verdura variada	2.534	.112	-1.986	329	.048	-.275
	V 32	Creo que la ingesta diaria de alimentos ricos en grasas y azúcares perjudica la salud	1.273	.260	.128	329	.898	.019
	V 33	Creo que tengo suficientes conocimientos acerca de los efectos beneficiosos de llevar una dieta equilibrada	1.123	.290	-2.192	329	.029	-.320
	V 34	Sé distinguir los alimentos ricos en grasas, colesterol, azúcares añadidos y sal de los que no lo son	1.464	.227	-2.346	329	.020	-.344
	V 41	Para tener una dieta equilibrada se aconseja seguir las indicaciones de la pirámide de los alimentos	.244	.622	.082	329	.935	.011
		TOTAL DEL FACTOR	4,437	.036	-3.048	315.509	.002	-.225
F2: MIT.ERR.	V 01	Creo que el agua engorda si la tomamos entre las comidas	.686	.408	.305	329	.761	.048
	V 02	El alcohol es un nutriente energético que debe ser consumido con moderación en una dieta equilibrada	1.643	.201	.557	329	.578	.092
	V 03	Las hamburguesas, pizzas y similares alimentan más que las comidas que se hacen en casa	2.205	.139	-.944	329	.346	-.150
	V 06	Las frutas tomadas después de las comidas producen fermentaciones que son perjudiciales para la salud y engordan	.048	.827	-.145	329	.885	-.022
	V 07	Creo que el vino antes de las comidas abre el apetito y da fuerzas	.968	.326	-.458	329	.647	-.063
	V 08	Los niños sólo deben tomar pescado blanco	16.043	.000	.340	303.505	.732	.047
	V 12	Es lo mismo tomar zumo de naranja natural, refrescos de naranja o caramelos enriquecidos con vitamina C	.015	.904	-1.067	329	.287	-.173
	V 14	Es mejor comer lo que comen los demás y no destacar	.044	.834	-1.251	329	.212	-.204
	V 17	Como pocas frutas porque eso no se lleva entre mis colegas	.219	.640	-.129	329	.897	-.022
	V 18	En los anuncios de televisión siempre salen chicos/as muy delgados porque es así como debemos estar todos	.136	.713	-1.408	329	.160	-.230
	V 20	Siento que los alimentos controlan mi vida	4.658	.032	1.644	328.847	.102	.276
	V 22	En casa carecemos de recursos económicos para comprar pescado, frutas y verduras	1.437	.231	-.136	329	.892	-.024
	V 23	En mi casa siempre comemos comida precocinada o un bocata	2.824	.094	1.178	329	.240	.193
	V 24	En mi casa casi nunca comemos juntos	.156	.693	1.210	329	.227	.208
	V 26	Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	6.400	.012	.555	327.319	.581	.091
	V 27	Suelo comer siempre los mismos alimentos	4.726	.030	3.370	328.986	.001	.526
	V 28	Me siento incómodo/a después de comer dulces	4.590	.033	1.055	328.805	.294	.184
	V 36	El vegetarianismo estricto es una manera sana de perder peso	14.047	.000	-2.498	326.855	.013	-.377
V 38	Raras veces veo a mis padres comer futas o verduras	2.331	.128	2.170	329	.031	.357	
V 40	A mi padre le encanta ver la tele comiendo pipas y bebiendo una coca cola	11.891	.001	1.995	328.180	.048	.348	
		TOTAL DEL FACTOR	2,067	.151	.575	329	.566	.055

Leyenda: DT = diferencia de medias de los varones entre las dos etapas evolutivas (si es positiva es mayor la puntuación de los varones preadolescentes y si es negativa la de los varones adolescentes. En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

Tabla III.35

Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función de la etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes). Mujeres

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: CON.ADE.	V 04	El consumo de pescado azul protege al corazón de las enfermedades cardiovasculares	5.330	.022	-.938	145.615	.315	-.120
	V 09	Se debe comer pescado tres o cuatro veces a la semana	1.340	.248	-1.495	294	.136	-.206
	V 10	Una alimentación adecuada durante la adolescencia previene la aparición de algunas patologías en la edad	.027	.869	-1.852	294	.065	-.236
	V 11	Hay que comer frutas y verduras todos los días	4.333	.038	-1.062	140.318	.247	-.140
	V 16	La delgadez extrema está de moda pero no equivale a tener buena salud	.304	.582	-.282	294	.778	-.053
	V 30	Tengo fácil acceso a fruta y verdura variada	2.979	.085	-.923	294	.357	-.144
	V 32	Creo que la ingesta diaria de alimentos ricos en grasas y azúcares perjudica la salud	1.329	.250	-.516	294	.606	-.080
	V 33	Creo que tengo suficientes conocimientos acerca de los efectos beneficiosos de llevar una dieta equilibrada	.142	.706	-1.542	294	.124	-.236
	V 34	Sé distinguir los alimentos ricos en grasas. colesterol. azúcares añadidos y sal de los que no lo son	1.001	.318	-.026	294	.979	-.004
	V 41	Para tener una dieta equilibrada se aconseja seguir las indicaciones de la pirámide de los alimentos	6.128	.014	-.889	142.272	.336	-.115
		TOTAL DEL FACTOR	.151	.697	-1.921	294	.056	-.133
F2: MIT.ERR.	V 01	Creo que el agua engorda si la tomamos entre las comidas	.128	.721	.224	294	.823	.036
	V 02	El alcohol es un nutriente energético que debe ser consumido con moderación en una dieta equilibrada	.089	.766	.388	294	.699	.072
	V 03	Las hamburguesas, pizzas y similares alimentan más que las comidas que se hacen en casa	5.547	.019	-1.502	152.781	.116	-.288
	V 06	Las frutas tomadas después de las comidas producen fermentaciones que son perjudiciales para la salud y engordan	.005	.945	-.016	294	.987	-.002
	V 07	Creo que el vino antes de las comidas abre el apetito y da fuerzas	3.076	.080	-.072	146.710	.939	-.010
	V 08	Los niños sólo deben tomar pescado blanco	3.227	.073	1.489	294	.138	.221
	V 12	Es lo mismo tomar zumo de naranja natural, refrescos de naranja o caramelos enriquecidos con vitamina C	4.369	.037	-1.338	149.218	.157	-.251
	V 14	Es mejor comer lo que comen los demás y no destacar	1.574	.211	-1.498	294	.135	-.262
	V 17	Como pocas frutas porque eso no se lleva entre mis colegas	.017	.895	.045	294	.964	.008
	V 18	En los anuncios de televisión siempre salen chicos/as muy delgados porque es así como debemos estar todos	.467	.495	.172	294	.864	.031
	V 20	Siento que los alimentos controlan mi vida	5.565	.019	-.807	154.189	.401	-.162
	V 22	En casa carecemos de recursos económicos para comprar pescado, frutas y verduras	.035	.852	.061	294	.951	.011
	V 23	En mi casa siempre comemos comida precocinada o un bocata	.062	.804	.237	294	.813	.042
	V 24	En mi casa casi nunca comemos juntos	1.714	.191	.993	294	.321	.194
	V 26	Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	.114	.736	.137	294	.891	.025
	V 27	Suelo comer siempre los mismos alimentos	.001	.974	.750	294	.454	.142
	V 28	Me siento incómodo/a después de comer dulces	.800	.372	1.217	294	.225	.251
	V 36	El vegetarianismo estricto es una manera sana de perder peso	.823	.365	-2.521	294	.012	-.422
V 38	Raras veces veo a mis padres comer frutas o verduras	.527	.468	.718	294	.473	.137	
V 40	A mi padre le encanta ver la tele comiendo pipas y bebiendo una coca cola	1.148	.285	.901	294	.369	.181	
		TOTAL DEL FACTOR	2.346	.127	-.022	294	.982	-.002

Legenda: DT = diferencia de medias de los varones entre las dos etapas evolutivas (si es positiva es mayor la puntuación de las mujeres preadolescentes y si es negativa la de las mujeres adolescentes. En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

Tabla III. 36

Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo varones preadolescentes

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: CON.ADE.	V 04	El consumo de pescado azul protege al corazón de las enfermedades cardiovasculares	.990	.321	-.575	158	.566	-.158
	V 09	Se debe comer pescado tres o cuatro veces a la semana	.132	.717	.315	158	.753	.098
	V 10	Una alimentación adecuada durante la adolescencia previene la aparición de algunas patologías en la edad	.061	.806	.609	158	.543	.197
	V 11	Hay que comer frutas y verduras todos los días	1.397	.239	-1.028	158	.305	-.303
	V 16	La delgadez extrema está de moda pero no equivale a tener buena salud	.000	.988	.174	158	.862	.068
	V 30	Tengo fácil acceso a fruta y verdura variada	3.059	.082	-.209	158	.834	-.070
	V 32	Creo que la ingesta diaria de alimentos ricos en grasas y azúcares perjudica la salud	.522	.471	1.172	158	.243	.414
	V 33	Creo que tengo suficientes conocimientos acerca de los efectos beneficiosos de llevar una dieta equilibrada	1.729	.190	1.241	158	.217	.417
	V 34	Sé distinguir los alimentos ricos en grasas, colesterol, azúcares añadidos y sal de los que no lo son	.004	.950	.726	158	.469	.254
	V 41	Para tener una dieta equilibrada se aconseja seguir las indicaciones de la pirámide de los alimentos	.755	.386	.617	158	.538	.190
		TOTAL DEL FACTOR	.319	.573	.615	158	.539	.111
F2: MIT.ERR.	V 01	Creo que el agua engorda si la tomamos entre las comidas	8.485	.004	-2.246	25.622	.034	-.612
	V 02	El alcohol es un nutriente energético que debe ser consumido con moderación en una dieta equilibrada	.064	.801	.148	158	.883	.057
	V 03	Las hamburguesas, pizzas y similares alimentan más que las comidas que se hacen en casa	6.165	.014	-1.656	25.739	.110	-.489
	V 06	Las frutas tomadas después de las comidas producen fermentaciones que son perjudiciales para la salud y engordan	2.284	.133	-.634	158	.527	-.212
	V 07	Creo que el vino antes de las comidas abre el apetito y da fuerzas	.066	.797	-.115	158	.908	-.038
	V 08	Los niños sólo deben tomar pescado blanco	4.784	.030	-1.934	27.528	.063	-.500
	V 12	Es lo mismo tomar zumo de naranja natural, refrescos de naranja o caramelos enriquecidos con vitamina C	1.230	.269	-.617	158	.538	-.225
	V 14	Es mejor comer lo que comen los demás y no destacar	.313	.576	-.654	158	.514	-.240
	V 17	Como pocas frutas porque eso no se lleva entre mis colegas	7.835	.006	-1.780	27.132	.086	-.492
	V 18	En los anuncios de televisión siempre salen chicos/as muy delgados porque es así como debemos estar todos	6.675	.011	-1.478	24.941	.152	-.437
	V 20	Siento que los alimentos controlan mi vida	1.444	.231	-.819	158	.414	-.299
	V 22	En casa carecemos de recursos económicos para comprar pescado, frutas y verduras	.886	.348	-.276	158	.783	-.106
	V 23	En mi casa siempre comemos comida precocinada o un bocata	5.140	.025	-1.775	26.253	.088	-.484
	V 24	En mi casa casi nunca comemos juntos	.520	.472	-1.024	158	.307	-.398
	V 26	Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	2.138	.146	-1.229	158	.221	-.425
	V 27	Suelo comer siempre los mismos alimentos	.426	.515	.239	158	.811	.082
	V 28	Me siento incómodo/a después de comer dulces	7.020	.009	-1.872	25.045	.073	-.574
	V 36	El vegetarianismo estricto es una manera sana de perder peso	2.645	.106	-1.351	158	.179	-.428
	V 38	Raras veces veo a mis padres comer futas o verduras	27.689	.000	-4.860	58.144	.000	-.876
	V 40	A mi padre le encanta ver la tele comiendo pipas y bebiendo una coca cola	2.049	.154	-.613	158	.540	-.230
		TOTAL DEL FACTOR	6.191	.014	-2.458	31.419	.020	-.346

Leyenda: DT = diferencia de medias de los varones preadolescentes en función de la práctica deportiva (si es positiva es mayor la puntuación de varones preadolescentes que practican deporte y si es negativa la de los que no practican deporte. En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

Tabla III. 37

Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo varones adolescentes

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: CON.ADE.	V 04	El consumo de pescado azul protege al corazón de las enfermedades cardiovasculares	1.051	.307	1.452	169	.148	.296
	V 09	Se debe comer pescado tres o cuatro veces a la semana	3.025	.084	2.398	169	.018	.517
	V 10	Una alimentación adecuada durante la adolescencia previene la aparición de algunas patologías en la edad	.008	.929	.785	169	.433	.137
	V 11	Hay que comer frutas y verduras todos los días	10.412	.002	1.677	40.610	.101	.438
	V 16	La delgadez extrema está de moda pero no equivale a tener buena salud	1.429	.234	1.543	169	.125	.479
	V 30	Tengo fácil acceso a fruta y verdura variada	3.294	.071	2.126	169	.035	.483
	V 32	Creo que la ingesta diaria de alimentos ricos en grasas y azúcares perjudica la salud	1.622	.205	-1.136	169	.892	-.035
	V 33	Creo que tengo suficientes conocimientos acerca de los efectos beneficiosos de llevar una dieta equilibrada	3.467	.064	1.505	169	.134	.376
	V 34	Sé distinguir los alimentos ricos en grasas, colesterol, azúcares añadidos y sal de los que no lo son	.011	.917	3.290	169	.001	.781
	V 41	Para tener una dieta equilibrada se aconseja seguir las indicaciones de la pirámide de los alimentos	1.144	.286	1.521	169	.130	.344
		TOTAL DEL FACTOR	1.717	.192	3.285	169	.001	.381
F2: MIT.ERR.	V 01	Creo que el agua engorda si la tomamos entre las comidas	2.872	.092	-1.346	169	.180	-.374
	V 02	El alcohol es un nutriente energético que debe ser consumido con moderación en una dieta equilibrada	.543	.462	.197	169	.844	.055
	V 03	Las hamburguesas, pizzas y similares alimentan más que las comidas que se hacen en casa	9.421	.002	-1.925	72.407	.058	-.411
	V 06	Las frutas tomadas después de las comidas producen fermentaciones que son perjudiciales para la salud y engordan	1.302	.255	-3.358	169	.720	-.094
	V 07	Creo que el vino antes de las comidas abre el apetito y da fuerzas	.001	.971	1.021	169	.308	.232
	V 08	Los niños sólo deben tomar pescado blanco	.001	.980	-.808	169	.420	-.173
	V 12	Es lo mismo tomar zumo de naranja natural, refrescos de naranja o caramelos enriquecidos con vitamina C	.207	.650	-.641	169	.522	-.184
	V 14	Es mejor comer lo que comen los demás y no destacar	1.241	.267	-.660	169	.510	-.190
	V 17	Como pocas frutas porque eso no se lleva entre mis colegas	5.400	.021	-1.412	59.127	.163	-.375
	V 18	En los anuncios de televisión siempre salen chicos/as muy delgados porque es así como debemos estar todos	.631	.428	.080	169	.936	.023
	V 20	Siento que los alimentos controlan mi vida	3.643	.058	-1.564	169	.120	-.475
	V 22	En casa carecemos de recursos económicos para comprar pescado, frutas y verduras	.006	.939	-.162	169	.871	-.051
	V 23	En mi casa siempre comemos comida precocinada o un bocata	.886	.348	-.172	169	.864	-.051
	V 24	En mi casa casi nunca comemos juntos	.714	.399	1.529	169	.128	.458
	V 26	Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	4.831	.029	-1.141	58.001	.259	-.315
	V 27	Suelo comer siempre los mismos alimentos	1.501	.222	.901	169	.369	.254
	V 28	Me siento incómodo/a después de comer dulces	2.518	.114	-1.287	169	.200	-.408
	V 36	El vegetarianismo estricto es una manera sana de perder peso	1.027	.312	.477	169	.634	.135
V 38	Raras veces veo a mis padres comer frutas o verduras	1.583	.210	.606	169	.545	.179	
V 40	A mi padre le encanta ver la tele comiendo pipas y bebiendo una coca cola	1.109	.294	.441	169	.660	.142	
		TOTAL DEL FACTOR	3.310	.071	-.470	169	.639	-.081

Legenda: DT = diferencia de medias de los varones adolescentes en función de la práctica deportiva (si es positiva es mayor la puntuación de varones adolescentes que practican deporte y si es negativa la de los que no practican deporte. En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

Tabla III. 38

Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo mujeres preadolescentes

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: CON.ADE.	V 04	El consumo de pescado azul protege al corazón de las enfermedades cardiovasculares	2.124	.149	-.081	88	.936	-.022
	V 09	Se debe comer pescado tres o cuatro veces a la semana	.092	.762	2.215	88	.029	.624
	V 10	Una alimentación adecuada durante la adolescencia previene la aparición de algunas patologías en la edad	1.214	.274	.639	88	.524	.172
	V 11	Hay que comer frutas y verduras todos los días	.460	.499	.322	88	.748	.093
	V 16	La delgadez extrema está de moda pero no equivale a tener buena salud	.025	.876	.794	88	.429	.291
	V 30	Tengo fácil acceso a fruta y verdura variada	.081	.777	.810	88	.420	.278
	V 32	Creo que la ingesta diaria de alimentos ricos en grasas y azúcares perjudica la salud	2.704	.104	.344	88	.732	.105
	V 33	Creo que tengo suficientes conocimientos acerca de los efectos beneficiosos de llevar una dieta equilibrada	1.690	.197	2.130	88	.036	.638
	V 34	Sé distinguir los alimentos ricos en grasas, colesterol, azúcares añadidos y sal de los que no lo son	.001	.972	1.645	88	.104	.525
	V 41	Para tener una dieta equilibrada se aconseja seguir las indicaciones de la pirámide de los alimentos	.032	.859	.745	88	.458	.208
		TOTAL DEL FACTOR	1.717	.192	3.285	169	.001	.381
F2: MIT.ERR.	V 01	Creo que el agua engorda si la tomamos entre las comidas	.314	.577	.206	88	.838	.070
	V 02	El alcohol es un nutriente energético que debe ser consumido con moderación en una dieta equilibrada	1.734	.191	-.766	88	.446	-.296
	V 03	Las hamburguesas, pizzas y similares alimentan más que las comidas que se hacen en casa	1.938	.167	-.750	88	.455	-.305
	V 06	Las frutas tomadas después de las comidas producen fermentaciones que son perjudiciales para la salud y engordan	2.431	.123	-.748	88	.456	-.233
	V 07	Creo que el vino antes de las comidas abre el apetito y da fuerzas	.332	.566	-.678	88	.500	-.199
	V 08	Los niños sólo deben tomar pescado blanco	.215	.644	-.813	88	.419	-.265
	V 12	Es lo mismo tomar zumo de naranja natural, refrescos de naranja o caramelos enriquecidos con vitamina C	.938	.335	-.630	88	.530	-.253
	V 14	Es mejor comer lo que comen los demás y no destacar	.033	.855	-.565	88	.574	-.208
	V 17	Como pocas frutas porque eso no se lleva entre mis colegas	7.343	.008	-1.574	46.046	.122	-.445
	V 18	En los anuncios de televisión siempre salen chicos/as muy delgados porque es así como debemos estar todos	.410	.524	-.630	88	.530	-.228
	V 20	Siento que los alimentos controlan mi vida	.141	.708	.219	88	.827	.093
	V 22	En casa carecemos de recursos económicos para comprar pescado, frutas y verduras	26.124	.000	3.275	86.545	.002	.744
	V 23	En mi casa siempre comemos comida precocinada o un bocata	.886	.348	-.172	169	.864	-.051
	V 24	En mi casa casi nunca comemos juntos	2.608	.110	-.588	88	.558	-.232
	V 26	Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	1.277	.261	.218	88	.828	.084
	V 27	Suelo comer siempre los mismos alimentos	.938	.335	.032	88	.974	.013
	V 28	Me siento incómodo/a después de comer dulces	.167	.684	.603	88	.548	.251
	V 36	El vegetarianismo estricto es una manera sana de perder peso	.219	.641	-.216	88	.829	-.073
V 38	Raras veces veo a mis padres comer futas o verduras	.027	.870	.357	88	.722	.148	
V 40	A mi padre le encanta ver la tele comiendo pipas y bebiendo una coca cola	.521	.473	.199	88	.843	.081	
		TOTAL DEL FACTOR	1.578	.212	-.313	88	.755	-.071

Leyenda: DT = diferencia de medias de las mujeres preadolescentes en función de la práctica deportiva (si es positiva es mayor la puntuación de las mujeres preadolescentes que practican deporte y si es negativa la de las que no practican deporte. En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

Tabla III. 39

Hábitos alimentarios: Escala TEPICA. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo mujeres adolescentes

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: CON.ADE.	V 04	El consumo de pescado azul protege al corazón de las enfermedades cardiovasculares	.009	.923	-.201	204	.841	-.026
	V 09	Se debe comer pescado tres o cuatro veces a la semana	3.454	.065	2.590	204	.010	.397
	V 10	Una alimentación adecuada durante la adolescencia previene la aparición de algunas patologías en la edad	.000	1.000	1.935	204	.054	.276
	V 11	Hay que comer frutas y verduras todos los días	2.402	.123	-1.277	204	.203	-.162
	V 16	La delgadez extrema está de moda pero no equivale a tener buena salud	.682	.410	1.003	204	.317	.218
	V 30	Tengo fácil acceso a fruta y verdura variada	3.822	.052	.799	204	.425	.138
	V 32	Creo que la ingesta diaria de alimentos ricos en grasas y azúcares perjudica la salud	.621	.431	-4.10	204	.682	-.074
	V 33	Creo que tengo suficientes conocimientos acerca de los efectos beneficiosos de llevar una dieta equilibrada	3.678	.057	1.919	204	.056	.336
	V 34	Sé distinguir los alimentos ricos en grasas, colesterol, azúcares añadidos y sal de los que no lo son	.001	.973	-.572	204	.568	-.109
	V 41	Para tener una dieta equilibrada se aconseja seguir las indicaciones de la pirámide de los alimentos	.001	.973	-1.31	204	.896	-.017
		TOTAL DEL FACTOR	.010	.919	1.225	204	.222	-.098
F2: MIT.ERR.	V 01	Creo que el agua engorda si la tomamos entre las comidas	.055	.815	-.289	204	.773	-.053
	V 02	El alcohol es un nutriente energético que debe ser consumido con moderación en una dieta equilibrada	.304	.582	-.512	204	.609	-.109
	V 03	Las hamburguesas, pizzas y similares alimentan más que las comidas que se hacen en casa	3.645	.058	-1.077	204	.283	-.217
	V 06	Las frutas tomadas después de las comidas producen fermentaciones que son perjudiciales para la salud y engordan	1.280	.259	-1.678	204	.095	-.287
	V 07	Creo que el vino antes de las comidas abre el apetito y da fuerzas	.239	.625	-.025	204	.980	-.003
	V 08	Los niños sólo deben tomar pescado blanco	1.111	.293	-.462	204	.644	-.076
	V 12	Es lo mismo tomar zumo de naranja natural, refrescos de naranja o caramelos enriquecidos con vitamina C	.430	.513	-.549	204	.583	-.106
	V 14	Es mejor comer lo que comen los demás y no destacar	1.080	.300	-.270	204	.787	-.053
	V 17	Como pocas frutas porque eso no se lleva entre mis colegas	1.409	.237	-.731	204	.466	-.152
	V 18	En los anuncios de televisión siempre salen chicos/as muy delgados porque es así como debemos estar todos	3.068	.081	-.699	204	.485	-.147
	V 20	Siento que los alimentos controlan mi vida	.216	.643	-.891	204	.374	-.189
	V 22	En casa carecemos de recursos económicos para comprar pescado, frutas y verduras	1.387	.240	.657	204	.512	.140
	V 23	En mi casa siempre comemos comida precocinada o un bocata	.003	.959	.014	204	.989	.003
	V 24	En mi casa casi nunca comemos juntos	1.760	.186	1.239	204	.217	.278
	V 26	Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	8.770	.003	-2.582	177.201	.011	-.519
	V 27	Suelo comer siempre los mismos alimentos	1.303	.255	1.835	204	.068	.395
	V 28	Me siento incómodo/a después de comer dulces	1.015	.315	-.791	204	.430	-.188
	V 36	El vegetarianismo estricto es una manera sana de perder peso	.302	.584	.508	204	.612	.098
V 38	Raras veces veo a mis padres comer frutas o verduras	.669	.414	.234	204	.815	.050	
V 40	A mi padre le encanta ver la tele comiendo pipas y bebiendo una coca cola	3.295	.071	-.983	204	.327	-.228	
		TOTAL DEL FACTOR	3.239	.073	-.634	204	.527	-.068

Legenda: DT = diferencia de medias de las mujeres preadolescentes en función de la práctica deportiva (si es positiva es mayor la puntuación de las mujeres adolescentes que practican deporte y si es negativa la de las que no practican deporte. En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

III.2.2.5. Diferencia que presentan las variables independientes género, etapa evolutiva y práctica deportiva, en las Dimensiones del Autoconcepto

Se procede a explicar las diferencias que aparecen en las cuatro dimensiones del autoconcepto estudiadas, física, social, emocional y académica.

- Al observar los resultados de las posibles diferencias en relación al género de los participantes, puede verse en la Tabla III. 40, que los varones valoran mucho más alto el autoconcepto físico que las mujeres, sin embargo las mujeres tienen más alto el emocional y el académico.

Este resultado hace necesario comprobar las diferencias por etapa evolutiva (Tablas III. 41 y III. 42).

- Los resultados indican que es estadísticamente significativa la puntuación del autoconcepto emocional, siendo más alta en los varones adolescentes que en los preadolescentes, y del autoconcepto académico que es a la inversa.
- Las mujeres presentan significación en la valoración que hacen sobre el autoconcepto físico, social y académico, valorándolos más alto las preadolescentes que las adolescentes.

Por último, se estudiará la diferencia entre quien practica deporte y quien no lo hace (Tablas III. 43 a la III. 46).

- Primeramente se mostrarán los resultados de los varones, señalando que en el factor físico aparece una gran diferencia, de más de dos

puntos y estadísticamente significativa, entre los que practican deporte en la etapa preadolescente, e incluso en dos de las variables que conforman este factor la diferencia está en torno a los tres puntos.

- En los varones adolescentes la diferencia significativa, además de en la dimensión física, también aparece en la social a favor de los que practican deporte.
- Las mujeres preadolescentes muestran que el hecho de practicar deporte hace que puntúen más alto en la dimensión física.
- En las mujeres adolescentes, además de en la dimensión física, también es significativa la diferencia en la dimensión académica a favor de las que practican deporte.

A modo de resumen se puede decir que la dimensión física es un factor diferenciado estadísticamente significativo entre los que practican deporte y los que no lo hacen, siendo una constante en todos los grupos altamente diferenciado a favor de los practicantes y que la dimensión emocional es valorada más alto por las mujeres que por los varones, y éstos la valoran más los adolescentes que los preadolescentes.

Tabla III. 40

Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función del género. Totalidad de la muestra

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: Dimensión física	V.05	Me cuido físicamente	.220	.639	2.466	625	.014	.507
	V.10	Me buscan para realizar actividades deportivas	18.021	.000	5.142	572.872	.000	1.038
	V.20	Me gusta como soy físicamente	10.179	.001	6.374	590.111	.000	1.374
	V.25	Soy bueno/a haciendo deporte	14.919	.000	5.506	579.275	.000	1.172
	V.30	Soy una persona atractiva	1.382	.240	4.531	625	.000	.913
		TOTAL DEL FACTOR	2.076	.150	6.639	625	.000	1.000
F2: Dimensión social	V.02	Hago fácilmente amigos/as	.163	.687	1.551	625	.122	.293
	V.07	Soy una persona amigable	1.109	.293	1.044	625	.297	.160
	V.17	Soy una persona alegre	.065	.799	.322	625	.748	.051
	V.27	Tengo muchos amigos/as	1.849	.174	2.082	625	.038	.379
		TOTAL DEL FACTOR	.005	.942	1.598	625	.110	.221
F3: Dimensión emocional	V.03	Tengo miedo de algunas cosas	.109	.742	-5.424	625	.000	-1.138
	V.08	Muchas cosas me ponen nervioso/a	1.860	.173	-4.808	625	.000	-1.138
	V.13	Me asusto con facilidad	.014	.907	-3.501	625	.000	-804
	V.18	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso/a	6.308	.012	-3.197	599.269	.001	-.722
	V.23	Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor	.072	.788	-3.686	625	.000	-.867
	V.28	A menudo soy una persona nerviosa	.063	.802	-3.437	625	.001	-.815
		TOTAL DEL FACTOR	1.123	.290	-5.912	625	.000	-.914
F4: Dimensión académica	V.01	Hago bien los trabajos académicos	5.381	.021	-3.092	623.819	.002	-.478
	V.06	Mis profesores/as me consideran un/a buen/a trabajador/a	6.656	.010	-2.979	623.897	.003	-.554
	V.11	Trabajo mucho en clase	2.399	.122	-3.205	625	.001	-.584
	V.16	Mis profesores me aprecian	2.651	.104	-2.349	625	.019	-.425
	V.21	Soy buen estudiante	.000	.983	-1.216	625	.224	-.242
	V.26	Mis profesores me consideran inteligente y trabajador/a	6.660	.010	-2.186	622.826	.029	-.398
		TOTAL DEL FACTOR	5.760	.017	-2.997	623.234	.003	-.447

Leyenda: DT = diferencia de medias de varones y mujeres (si es positiva es mayor la puntuación de los varones y si es negativa la de las mujeres). En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

Tabla III. 41

Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función de la etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes). Solo varones

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: Dimensión física	V.05	Me cuido físicamente	.066	.797	1.167	329	.244	.337
	V.10	Me buscan para realizar actividades deportivas	.327	.568	.941	329	.347	.234
	V.20	Me gusta como soy físicamente	.254	.615	1.538	329	.125	.422
	V.25	Soy bueno/a haciendo deporte	1.308	.254	1.595	329	.112	.422
	V.30	Soy una persona atractiva	3.722	.055	-.593	329	.553	-.159
		TOTAL DEL FACTOR	.187	.666	1.277	329	.203	.251
F2: Dimensión social	V.02	Hago fácilmente amigos/as	2.532	.112	1.026	329	.306	.264
	V.07	Soy una persona amigable	3.358	.068	-.632	329	.528	-.126
	V.17	Soy una persona alegre	2.200	.139	.815	329	.416	.174
	V.27	Tengo muchos amigos/as	2.416	.121	1.793	329	.074	.443
		TOTAL DEL FACTOR	1.519	.219	.980	329	.328	.188
F3: Dimensión emocional	V.03	Tengo miedo de algunas cosas	5.317	.022	-3.333	317.917	.001	-.945
	V.08	Muchas cosas me ponen nervioso/a	.483	.488	-1.369	329	.172	-.433
	V.13	Me asusto con facilidad	.004	.947	-1.051	329	.294	-.330
	V.18	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso/a	.668	.415	-.560	329	.576	-.165
	V.23	Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor	.630	.630	.630	.630	.630	.630
V.28	A menudo soy una persona nerviosa	.428	.428	.428	.428	.428	.428	
		TOTAL DEL FACTOR	.044	.835	-2.117	329	.035	-.440
F4: Dimensión académica	V.01	Hago bien los trabajos académicos	.012	.911	4.239	329	.000	.948
	V.06	Mis profesores/as me consideran un/a buen/a trabajador/a	.170	.681	3.407	329	.001	.925
	V.11	Trabajo mucho en clase	3.683	.056	4.792	329	.000	1.225
	V.16	Mis profesores me aprecian	4.590	.033	1.708	318.831	.087	.451
	V.21	Soy buen estudiante	.021	.884	4.798	329	.000	1.277
V.26	Mis profesores me consideran inteligente y trabajador/a	.232	.631	2.622	329	.009	.706	
		TOTAL DEL FACTOR	1.599	.207	4.258	329	.000	.922

Leyenda: DT = diferencia de medias de los varones entre las dos etapas evolutivas (si es positiva es mayor la puntuación de los varones preadolescentes y si es negativa la de los varones adolescentes. En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

Tabla III. 42

Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función de la etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes). Solo mujeres

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: Dimensión física	V.05	Me cuido físicamente	,182	,670	1,579	294	,115	,499
	V.10	Me buscan para realizar actividades deportivas	7,940	,005	2,670	201,740	,013	,853
	V.20	Me gusta como soy físicamente	1,845	,175	3,815	294	,000	1,346
	V.25	Soy bueno/a haciendo deporte	2,367	,125	2,154	294	,032	,775
	V.30	Soy una persona atractiva	,756	,385	,708	294	,479	,234
		TOTAL DEL FACTOR	,340	,560	2,997	294	,003	,741
F2: Dimensión social	V.02	Hago fácilmente amigos/as	,515	,473	3,381	294	,001	1,001
	V.07	Soy una persona amigable	5,088	,025	4,043	227,101	,000	,898
	V.17	Soy una persona alegre	1,368	,243	2,560	294	,011	,651
	V.27	Tengo muchos amigos/as	5,378	,021	5,259	207,623	,000	1,359
		TOTAL DEL FACTOR	2,948	,087	4,710	294	,000	,977
F3: Dimensión emocional	V.03	Tengo miedo de algunas cosas	,001	,974	-1,045	294	,297	-,348
	V.08	Muchas cosas me ponen nervioso/a	,946	,331	-1,827	294	,069	-,699
	V.13	Me asusto con facilidad	,332	,565	-1,919	294	,056	-,698
	V.18	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso/a	,607	,437	-,013	294	,989	-,005
	V.23	Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor	,250	,617	-,414	294	,679	-,156
	V.28	A menudo soy una persona nerviosa	4,133	,043	-2,473	155,809	,011	-,964
		TOTAL DEL FACTOR	,042	,837	-1,933	294	,054	-,478
F4: Dimensión académica	V.01	Hago bien los trabajos académicos	,000	,993	4,238	294	,000	,929
	V.06	Mis profesores/as me consideran un/a buen/a trabajador/a	,590	,443	2,772	294	,006	,744
	V.11	Trabajo mucho en clase	,578	,448	4,237	294	,000	1,112
	V.16	Mis profesores me aprecian	1,179	,278	1,982	294	,048	,523
	V.21	Soy buen estudiante	,155	,694	3,170	294	,002	,971
	V.26	Mis profesores me consideran inteligente y trabajador/a	,189	,664	3,522	294	,000	,909
		TOTAL DEL FACTOR	,490	,484	4,104	294	,000	,864

Legenda: DT = diferencia de medias de los varones entre las dos etapas evolutivas (si es positiva es mayor la puntuación de las mujeres preadolescentes y si es negativa la de las mujeres adolescentes. En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

Tabla III. 43

Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo varones preadolescentes

Factores	Variables		Levene			T de student		
			F	p	t	gl	p	DM
F1: Dimensión física	V.05	Me cuido físicamente	.339	.561	4.969	158	.000	3.131
	V.10	Me buscan para realizar actividades deportivas	17.885	.000	3.536	18.384	.002	2.840
	V.20	Me gusta como soy físicamente	.056	.814	1.589	158	.114	1.026
	V.25	Soy bueno/a haciendo deporte	6.362	.013	4.175	19.183	.001	2.937
	V.30	Soy una persona atractiva	1.133	.289	1.445	158	.150	.928
TOTAL DEL FACTOR			.888	.347	5.238	158	.000	2.172
F2: Dimensión social	V.02	Hago fácilmente amigos/as	1.597	.208	2.037	158	.043	1.276
	V.07	Soy una persona amigable	.220	.640	.278	158	.782	.141
	V.17	Soy una persona alegre	8.054	.005	1.721	18.837	.102	1.201
	V.27	Tengo muchos amigos/as	13.952	.000	1.121	18.836	.277	.934
TOTAL DEL FACTOR			4.899	.028	1.477	19.388	.156	.888
F3: Dimensión emocional	V.03	Tengo miedo de algunas cosas	.171	.680	.008	158	.994	.005
	V.08	Muchas cosas me ponen nervioso/a	.220	.640	-.149	158	.881	-.110
	V.13	Me asusto con facilidad	.000	.991	.158	158	.875	.113
	V.18	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso/a	.020	.888	-.631	158	.529	-.430
	V.23	Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor	.061	.805	.112	158	.911	.082
V.28	A menudo soy una persona nerviosa	.247	.620	-.985	158	.326	-.719	
TOTAL DEL FACTOR			1.967	.163	-.373	158	.709	-.176
F4: Dimensión académica	V.01	Hago bien los trabajos académicos	.039	.843	.769	158	.443	.399
	V.06	Mis profesores/as me consideran un/a buen/a trabajador/a	.025	.874	.369	158	.713	.232
	V.11	Trabajo mucho en clase	.300	.585	.494	158	.622	.310
	V.16	Mis profesores me aprecian	.182	.670	.751	158	.454	.476
	V.21	Soy buen estudiante	.772	.381	.961	158	.338	.586
V.26	Mis profesores me consideran inteligente y trabajador/a	1.209	.273	.003	158	.998	.002	
TOTAL DEL FACTOR			.021	.886	.647	158	.519	.334

Leyenda: DT = diferencia de medias de los varones preadolescentes en función de la práctica deportiva (si es positiva es mayor la puntuación de varones preadolescentes que practican deporte y si es negativa la de los que no practican deporte. En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

Tabla III. 44

Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo varones adolescentes

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: Dimensión física	V.05	Me cuido físicamente	.381	.538	4.373	169	.000	2.036
	V.10	Me buscan para realizar actividades deportivas	17.773	.000	5.435	39.661	.000	2.699
	V.20	Me gusta como soy físicamente	.014	.906	1.926	169	.056	.879
	V.25	Soy bueno/a haciendo deporte	4.999	.027	3.802	169	.000	1.735
	V.30	Soy una persona atractiva	.508	.477	1.818	169	.071	.794
		TOTAL DEL FACTOR	.356	.552	5.093	169	.000	1.628
F2: Dimensión social	V.02	Hago fácilmente amigos/as	12.619	.000	2.563	41.713	.014	1.259
	V.07	Soy una persona amigable	2.296	.132	1.382	169	.169	.424
	V.17	Soy una persona alegre	.324	.570	1.214	169	.227	.432
	V.27	Tengo muchos amigos/as	8.429	.004	2.498	41.882	.016	1.191
		TOTAL DEL FACTOR	2.382	.125	2.762	169	.006	.827
F3: Dimensión emocional	V.03	Tengo miedo de algunas cosas	.032	.858	.280	169	.780	.130
	V.08	Muchas cosas me ponen nervioso/a	.055	.815	.336	169	.737	.183
	V.13	Me asusto con facilidad	1.678	.197	1.382	169	.169	.757
	V.18	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso/a	.177	.674	.119	169	.906	.060
	V.23	Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor	2.236	.137	1.057	169	.292	.581
	V.28	A menudo soy una persona nerviosa	.574	.450	1.204	169	.230	.678
		TOTAL DEL FACTOR	1.508	.221	1.096	169	.275	.398
F4: Dimensión académica	V.01	Hago bien los trabajos académicos	2.727	.101	2.149	169	.033	.813
	V.06	Mis profesores/as me consideran un/a buen/a trabajador/a	5.755	.018	1.132	43.499	.264	.611
	V.11	Trabajo mucho en clase	2.241	.136	.596	169	.552	.246
	V.16	Mis profesores me aprecian	.598	.440	2.182	169	.031	.934
	V.21	Soy buen estudiante	2.264	.134	1.360	169	.176	.625
	V.26	Mis profesores me consideran inteligente y trabajador/a	.960	.329	2.430	169	.016	1.131
		TOTAL DEL FACTOR	5.394	.021	1.735	43.073	.090	.727

Legenda: DT = diferencia de medias de los varones preadolescentes en función de la práctica deportiva (si es positiva es mayor la puntuación de varones adolescentes que practican deporte y si es negativa la de los que no practican deporte. En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

Tabla III. 45

Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo mujeres preadolescentes

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: Dimensión física	V.05	Me cuido físicamente	3.251	.075	1.942	88	.055	1.182
	V.10	Me buscan para realizar actividades deportivas	15.654	.000	3.486	21.163	.002	2.620
	V.20	Me gusta como soy físicamente	1.956	.165	.258	88	.797	.179
	V.25	Soy bueno/a haciendo deporte	12.335	.001	2.961	21.789	.007	2.459
	V.30	Soy una persona atractiva	.784	.378	-.594	88	.554	-.411
		TOTAL DEL FACTOR	5.983	.016	2.101	22.883	.047	1.206
F2: Dimensión social	V.02	Hago fácilmente amigos/as	.279	.599	.136	88	.892	.081
	V.07	Soy una persona amigable	.313	.577	.075	88	.941	.030
	V.17	Soy una persona alegre	3.551	.063	-1.744	88	.085	-.837
	V.27	Tengo muchos amigos/as	.844	.361	-.339	88	.736	-.167
		TOTAL DEL FACTOR	.190	.664	-.615	88	.540	-.223
F3: Dimensión emocional	V.03	Tengo miedo de algunas cosas	.882	.350	-1.352	88	.180	-.949
	V.08	Muchas cosas me ponen nervioso/a	1.087	.300	-.449	88	.655	-.367
	V.13	Me asusto con facilidad	.711	.401	2.001	88	.048	1.447
	V.18	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso/a	1.110	.295	-.083	88	.934	-.065
	V.23	Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor	.011	.916	-.567	88	.572	-.455
V.28	A menudo soy una persona nerviosa	1.919	.169	.652	88	.516	.536	
		TOTAL DEL FACTOR	.084	.772	.048	88	.962	.024
F4: Dimensión académica	V.01	Hago bien los trabajos académicos	11.225	.001	1.159	22.291	.259	.642
	V.06	Mis profesores/as me consideran un/a buen/a trabajador/a	1.237	.269	-.161	88	.872	-.090
	V.11	Trabajo mucho en clase	6.179	.015	1.100	23.969	.282	.634
	V.16	Mis profesores me aprecian	.471	.494	.979	88	.330	.557
	V.21	Soy buen estudiante	2.332	.130	1.678	88	.097	1.027
V.26	Mis profesores me consideran inteligente y trabajador/a	.029	.866	2.212	88	.030	1.153	
		TOTAL DEL FACTOR	.672	.414	1.492	88	.139	.654

Leyenda: DT = diferencia de medias de los varones preadolescentes en función de la práctica deportiva (si es positiva es mayor la puntuación de las mujeres preadolescentes que practican deporte y si es negativa la de las que no practican deporte. En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26

Tabla III. 46

Dimensiones del Autoconcepto: Escala AF5. Diferencias de las medias en función de la práctica deportiva. Solo mujeres adolescentes

Factores	Variables	Levene			T de student			
		F	p	t	gl	p	DM	
F1: Dimensión física	V.05	Me cuido físicamente	1.045	.308	4.444	204	.000	1.563
	V.10	Me buscan para realizar actividades deportivas	15.482	.000	8.376	123.585	.000	3.153
	V.20	Me gusta como soy físicamente	.047	.828	-.079	204	.937	-.032
	V.25	Soy bueno/a haciendo deporte	9.905	.002	6.733	132.697	.000	2.701
	V.30	Soy una persona atractiva	1.078	.300	.479	204	.632	.180
		TOTAL DEL FACTOR	.939	.334	5.626	204	.000	1.513
F2: Dimensión social	V.02	Hago fácilmente amigos/as	.304	.582	1.761	204	.080	.599
	V.07	Soy una persona amigable	6.365	.012	1.248	130.016	.214	.408
	V.17	Soy una persona alegre	3.916	.049	-.266	181.445	.790	-.076
	V.27	Tengo muchos amigos/as	.416	.520	1.150	204	.251	.390
		TOTAL DEL FACTOR	.017	.897	1.319	204	.189	.330
F3: Dimensión emocional	V.03	Tengo miedo de algunas cosas	.731	.393	-.744	204	.458	-.280
	V.08	Muchas cosas me ponen nervioso/a	.002	.961	.345	204	.730	.149
	V.13	Me asusto con facilidad	.795	.374	-.810	204	.419	-.338
	V.18	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso/a	1.579	.210	.714	204	.476	.302
	V.23	Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor	.087	.768	-.266	204	.791	-.113
	V.28	A menudo soy una persona nerviosa	.074	.785	-1.085	204	.279	-.451
		TOTAL DEL FACTOR	.805	.371	-.433	204	.666	-.122
F4: Dimensión académica	V.01	Hago bien los trabajos académicos	2.217	.138	2.240	204	.026	.561
	V.06	Mis profesores/as me consideran un/a buen/a trabajador/a	3.939	.049	1.440	204	.151	.438
	V.11	Trabajo mucho en clase	1.044	.308	2.006	204	.046	.615
	V.16	Mis profesores me aprecian	.049	.825	.547	204	.585	.161
	V.21	Soy buen estudiante	.146	.703	2.563	204	.011	.891
	V.26	Mis profesores me consideran inteligente y trabajador/a	6.058	.015	2.427	127.425	.017	.751
		TOTAL DEL FACTOR	1.624	.204	2.419	204	.016	.569

Legenda: DT = diferencia de medias de los varones preadolescentes en función de la práctica deportiva (si es positiva es mayor la puntuación de las mujeres adolescentes que practican deporte y si es negativa la de las que no practican deporte. En negrita los resultados estadísticamente significativos. El resto ver Tabla III. 26.

III.2.3. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LA VARIANZA

III.2.3.1. Análisis Multivariado para la Imagen Corporal

Con la finalidad de considerar simultáneamente el efecto de las variables independientes en más de una variable dependiente, se realizó un análisis multivariado de la varianza (MANOVA).

En primer lugar se realizó un MANOVA (2x2x3) para conocer si las variables género (varón/mujer), etapa evolutiva (preadolescentes/adolescentes) y cantidad de deporte (poco/moderado/mucho) afectan a los factores de IC de forma conjunta. Los resultados revelaron diferencias significativas en función del género ($\lambda = .911$, $F_{(2,474)} = 23.161$, $p < .001$, $\eta^2 = .089$, $1-\beta = 1.00$)¹², de la etapa evolutiva ($\lambda = .931$, $F_{(2, 474)} = 17.556$, $p < .01$, $\eta^2 = .069$, $1-\beta = 1.00$), de la cantidad de deporte semanal ($\lambda = .971$, $F_{(4,948)} = 3.498$, $p < .05$, $\eta^2 = .015$, $1-\beta = .864$). También ha resultado significativa la interacción entre el género y la etapa evolutiva ($\lambda = .979$, $F_{(2,474)} = 4.989$, $p < .05$, $\eta^2 = .021$, $1-\beta = .812$) el resto de interacciones (género x cantidad de deporte y género x etapa evolutiva x cantidad de deporte) no han resultado significativas (ver Tabla III. 47).

¹² λ = Lambda de Wilks; F = Estadístico de contraste; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; $1-\beta$ = Potencia observada. De aquí en adelante.

Tabla III. 47

Análisis multivariado 2x2x3 (Género x Etapa evolutiva x Cantidad de deporte) y los Factores de la Imagen Corporal.

	λ	F	Gl Hpt.	Gl Error	p	η^2	1- β
GENR. (A)	.911	23.161	2	474	.000	.089	1.000
ETAP.EVL. (B)	.931	17.556	2	474	.000	.069	1.000
CAN.DPT. (C)	.971	3.498	4	948	.008	.015	.864
AxB	.979	4.989	2	474	.007	.021	.812
AxC	.991	1.114	4	948	.349	.005	.353
BxC	.995	.586	4	948	.673	.002	.195
AxBxC	.988	1.386	4	948	.237	.006	.435

Leyenda: $\lambda = \Lambda$; F = Estadístico de contraste; Gl = Grados de libertad; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada.

Los subsiguientes análisis univariados mostraron que en la IC.PER. los varones obtuvieron valores superiores [$F_{(1,475)} = 45.091$, $p < .001$, $\eta^2 = .087$, $1-\beta = 1.000$, $DM^{13} = .634$] y en la IC.EXT. [$F_{(1,475)} = 39.144$, $p < .001$, $\eta^2 = .076$, $1-\beta = 1.000$, $DM = .538$], los preadolescentes en la IC.PER [$F_{(1,475)} = 34.524$, $p < .001$, $\eta^2 = .068$, $1-\beta = 1.000$, $DM = .555$] y en la IC.EXT [$F_{(1,475)} = 28.820$, $p < .001$, $\eta^2 = .057$, $1-\beta = 1.000$, $DM = .462$]:

- Los varones puntúan más alto que las mujeres en la IC.PER y en la IC.EXT ($DM = .634$ y $.538$ respectivamente).
- En la etapa evolutiva, las diferencias de las medias de carácter significativo es a favor de los preadolescentes en ambos factores, siendo para la IC.PER la $DM = .555$ y para la IC.EXT la $DM = .462$.

Se ha realizado la prueba *post hoc* de Bonferroni para comparaciones múltiples para la cantidad de deporte que practican (poco, moderado, mucho). Los resultados indican que es estadísticamente significativa en la IC.PER. [$F_{(1,475)} =$

¹³ DM = Diferencia de medias a partir de ahora.

3.995, $p < .05$, $\eta^2 = .017$, $1-\beta = .714$] y en la IC.EXT [$F_{(1,475)} = 3.546$, $p < .05$, $\eta^2 = .015$, $1-\beta = .659$]:

- La diferencia entre los que hacen poco deporte y moderado es mayor entre los que hacen deporte moderado (DM = .386) en la IC.PER.
- Al examinar las puntuaciones de la media entre los que hacen poco deporte y moderado en la IC.EXT, la valoración es más alta a favor de los que hacen deporte moderado (DM = .386) sobre los que hacen poco deporte y los que hacen mucho deporte sobre los que hacen poco (DM = 281).

Pueden verse los resultados en la Tabla III.48.

Tabla III.48

Análisis univariado para comparación de medias de Imagen Corporal en relación al género, etapa evolutiva y cantidad de deporte.

		Gl	F	p	η^2	1-β		DM
GENR.	IC.PER	1	45.091	.000	.087	1.000	Varón ¹ / Mujer ²	.634 ¹
	IC.EXT	1	39.144	.000	.076	1.000	Varón ¹ / Mujer ²	.538 ¹
ETP.EVL.	IC.PER	1	34.524	.000	.068	1.000	Preadolecente ¹ / Adolescente ²	.555 ¹
	IC.EXT	1	28.820	.000	.057	1.000	Preadolecente ¹ / Adolescente ²	.462 ¹
CAN.DPT.	IC.PER	2	3.995	.019	.017	.714	Poco ¹ / Moderado ²	.386 ²
	IC.EXT	2	3.546	.030	.015	.659	Poco ¹ / Moderado ² Poco ¹ / Mucho ³	.388 ² .281 ³

Leyenda: Gl = Grados de libertad; F = Estadístico de contraste; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; $1-\beta$ Potencia observada; DM = Diferencia de medias (el número en subíndice indica cual es la variable más alta puntuada correspondiente con el de la columna anterior).

Se ha realizado un MANOVA 3x3x3 para comprobar si las variables cantidad de deporte (poco, moderado, mucho) y el nivel de estudios de padre y el de la madre (primarios, medios, superiores) pueden influir en la IC de los participantes. Los resultados indican que no presentan significación en ninguno de los casos. Los análisis univariados también indican ausencia de significación.

Por último, para conocer si la combinación de cantidad de deporte practicado (poco, moderado, mucho) y el número de ingestas diarias (2 o menos, 3 o 4, 5, 6 o más) puede ejercer influencia en la percepción de la IC se ha aplicado la prueba MANOVA 3x4 para análisis multivariado. Los resultados indican diferencias significativas en función de la cantidad de deporte ($\lambda = .947$, $F_{(4,948)} = 3.498$, $p < .001$, $\eta^2 = .027$, $1-\beta = .992$), y para el número de ingestas diarias ($\lambda = .861$, $F_{(6,948)} = 12.299$, $p < .001$, $\eta^2 = .072$, $1-\beta = 1.000$)¹⁴. Los resultados de la interacción cantidad de deporte por el número de ingestas diarias no han resultado estadísticamente significativos (Ver tabla III. 49).

Tabla III. 49

Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x Número de ingestas diarias) y los Factores de la Imagen Corporal.

	λ Wilks	F	Gl Hpt.	Gl Error	p	η^2	1- β
CAN.DPT. (A)	.947	6.583	4	946	.000	.027	.992
Nº Ingestas (B)	.861	12.299	6	946	.000	.072	1.000
AxB	.975	.987	12	948	.459	.012	.588

Leyenda: $\lambda = \Lambda$; F = Estadístico de contraste; Gl = Grados de libertad; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; $1-\beta$ = Potencia observada.

Para el análisis univariado se ha realizado la prueba *post hoc* de Bonferroni para comparaciones múltiples.

Los resultados obtenidos para la IC.PER, presenta resultados estadísticamente significativo [$F_{(2,475)} = 7.647$, $p < .05$, $\eta^2 = .031$, $1-\beta = .947$] en alguna de las comparaciones:

- El hecho de practicar deporte de forma moderada presenta puntuaciones más altas si se compara con la realización de poco deporte (DM = .356).

Al observar los resultados de la comparación de medias en la IC. EXT, el hecho de comparar entre quienes realizan poco deporte y deporte de manera moderada, presentan resultados significativos [$F_{(2,475)} = 9.916, p < .05, \eta^2 = .049, 1-\beta = .984$]:

- La puntuación más alta es a favor del deporte moderado ($DM = .388$) si se compara con los que realizan poco deporte.
- Los que realizan poco, la media la es más alta en los que realizan mucho deporte ($DM = .281$).
- La comparación de medias entre los que realizan deporte moderado y mucho deporte no ha resultado significativa.

Siguiendo con la IC.PER, en cuanto al número de ingestas diarias que realizan, los resultados manifiestan que también presentan algunas diferencias significativas [$F_{(3,475)} = 19.340, p < .05, \eta^2 = .109, 1-\beta = 1.000$]:

- La diferencia presentada entre los que realizan 3 o menos ingestas, con los que realizan 4, con los que realizan 5 y con los que hacen más de 5, es siempre desfavorable en todos los casos para quien realiza 3 o menos ingestas diarias ($DM = .763, .995$ y $.969$, respectivamente).

Los resultados de la comparación de medias de la IC. EXTER con el número de ingestas diarias, los resultados manifiestan grados de significación, $p < .05$, en varias comparaciones:

- El hecho de realizar solamente 3 o menos ingestas diarias la puntuación es más baja que cuando se compara con la realización de más ingestas diarias, concretamente al compararlas con quien realizan

4 ingestas, $DM = .663$, con quienes realizan 5 ingestas la $DM = .795$ y con quien realizan 6 o más ingestas las $DM = .604$). (Ver tabla III. 50).

Tabla III. 50

Análisis univariado para comparación de medias de Imagen Corporal en relación a la cantidad de deporte y el número de ingestas diarias.

	Factores	Gl	F	p	η^2	1- β	DM	
CAN.DPT. (C)	IC.PER	2	7.647	.001	.031	.947	Poco ¹ / Moderado ²	.386 ²
	IC.EXT	2	9.916	.000	.040	.984	Poco ¹ / Moderado ²	.388 ¹
							Poco ¹ / Mucho ³	.281 ³
Nª INGESTAS	IC.PER	3	19.340	.000	.109	1.000	1-3 ¹ / 4 ² - INGESTAS	.763 ²
							1-3 ¹ / 5 ³ - INGESTAS	.995 ³
							1-3 ¹ / 6 ⁴ - INGESTAS	.969 ⁴
	IC.EXT	3	14.827	.000	.086	1.000	1/3 ¹ / 4 ² - INGESTAS	.663 ²
							1-3 ¹ / 5 ³ - INGESTAS	.795 ³
						1-3 ¹ / 6 ⁴ - INGESTAS	.604 ⁴	

Leyenda: Gl = Grados de libertad; F = Estadístico de contraste; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada; DM = Diferencia de medias (el número en subíndice indica cual es la variable más alta puntuada correspondiente con el de la columna anterior).

III.2.3.2. Análisis Multivariado para los Hábitos Alimentarios

No se puede decir que el efecto multivariado entre los factores de los HA con las variables género x etapa evolutiva x cantidad de deporte, haya presentado unos resultados muy potentes.

Analizando los resultados de la prueba MANOVA (2x2x3), los resultados indican que aparecen estadísticos significativos en función del género ($\lambda = .980$, $F_{(2,474)} = 4.721$, $p < .001$, $\eta^2 = .020$, $1-\beta = .789$) y en la interacción entre género, etapa evolutiva y cantidad de deporte ($\lambda = .969$, $F_{(4,948)} = 4.305$, $p < .05$, $\eta^2 = .018$, $1-\beta = .931$)¹⁵ (Ver tabla III. 51).

Tabla III. 51

Análisis multivariado 2x2x3 (Género x Etapa evolutiva x Cantidad de deporte) y los Factores de los Hábitos Alimentarios.

	λ	F	Gl Hpt.	Gl Error	p	η^2	1- β
GENR. (A)	.980	4.721	2	474	.009	.020	.789
ETAP.EVL. (B)	.990	2.396	2	474	.092	.010	.483
CAN.DPT. (C)	.987	1.545	4	948	.187	.006	.481
AxB	.997	.656	2	474	.519	.003	.160
AxC	.994	.745	4	948	.561	.003	.242
BxC	.994	.745	4	948	.561	.003	.242
AxBxC	.965	4.305	4	948	.002	.018	.931

Leyenda: $\lambda = \Lambda$; F = Estadístico de contraste; Gl = Grados de libertad; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada.

Los análisis univariados explican que aparece significación en el factor CON.ADE. de los HA [$F_{(1,475)} = 9.252, p < .05, \eta^2 = .019, 1-\beta = .859$]:

- En relación al género, la puntuación más alta la ofrecen las mujeres con una DM = .182.
- Con respecto a la Etapa evolutiva, son los adolescentes los que puntúan más alto (DM = .131).

En el análisis univariado relativo a los MIT.ERR de los HA, no presentaron ninguna significación estadística.

Para el análisis univariado de la cantidad de deporte practicado se ha aplicado la prueba *post hoc* de Bonferroni para comparaciones múltiples, dando como resultados:

- Las personas que practican poco deporte tienen puntuación más alta en MIT.ERR y no aparece significación en cuanto a los CON.ADE.

Resumiendo, las mujeres puntúan más alto que los varones en cuanto a tener mejor conocimientos sobre alimentación, así como los adolescentes puntúan más alto que los preadolescentes. El hecho de practicar deporte de manera moderada o

dedicarle muchas horas no implica tener conocimientos adecuados o erróneos sobre alimentación, por el contrario los que practican poco deporte puntúan más alto en el factor MIT.ERR, por tanto son los que tienen más errores y mitos en los HA (ver Tabla III. 52).

Tabla III. 52

Análisis univariado para comparación de medias de los Hábitos Alimentarios en relación al género, etapa evolutiva y cantidad de deporte.

		GI	F	p	η^2	1- β	DM	
GENR.	CON.ADE	1	9.252	.002	.019	.859	Varón ¹ / Mujer ²	.182 ²
	MIT.ERR	1	.238	.626	.001	.078		
ETP.EVL.	CON.ERR	1	4.802	.029	.010	.590	Preadolecente ¹ / Adolescente ²	.131 ²
	MIT.ERR	1	.000	.990	.000	.050		
CAN.DPT.	CON.ERR	2	.874	.418	.004	.200		.
	MIT.ERR	2	2.207	.111	.009	.450	Poco ¹ / Mucho ³	.273 ¹

Leyenda: GI = Grados de libertad; F = Estadístico de contraste; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada; DM = Diferencia de medias (el número en subíndice indica cual es la variable más alta puntuada correspondiente con el de la columna anterior).

Se ha realizado un MANOVA 3x3 para conocer si existe influencia de la cantidad de deporte (poco/moderado/mucho) y el nivel de estudios del padre (primarios/secundarios/universitarios) sobre los HA de los participantes en el estudio. Los resultados indican que solamente son significativos los datos relativos al nivel de estudios ($\lambda = .952$, $F_{(4,954)} = 5.946$, $p < .05$, $\eta^2 = .024$, $1-\beta = .985$). La interacción cantidad de deporte por nivel de estudios no ha resultado significativa (ver Tabla III. 53).

Tabla III. 53

Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x Nivel de estudios del Padre) y los Factores de los Hábitos Alimentarios.

	λ	F	Gl Hpt.	Gl Error	p	η^2	1- β
CANT.DPT. (A)	.983	2.074	4	954	.612	.009	.620
EST.PADRE (B)	.952	5.946	4	954	.000	.024	.985
AxB	.989	.677b	8	954	.712	.006	.319

Leyenda: $\lambda = \Lambda$; F = Estadístico de contraste; Gl = Grados de libertad; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada.

Los análisis univariados declaran que el resultado del factor CON.ADE de los HA tanto en la cantidad de deporte como en nivel de estudios del padre, los resultados no son estadísticamente significativos. Por el contrario, al observar los resultados correspondientes al factor MIT.ERR ha resultado significativo en la cantidad de deporte (poco/moderado/mucho) [$F_{(2,478)} = 3.690, p < .05, \eta^2 = .015, 1-\beta = .677$] y en el nivel de estudios del padre [$F_{(2,478)} = 9.097, p < .001, \eta^2 = .037, 1-\beta = .975$].

Realizada la prueba *post hoc* de Bonferroni para comparaciones múltiples los resultados obtenidos han sido:

- Los que realizan poco deporte son los que puntúan más alto en MIT.ERR (DM = .273) al compararlos con los que realizan mucho.
- Los que tienen padres con estudios superiores puntúan más alto en MIT.ERR que los que tienen estudios medios (DM = 385).

Resumiendo, no hay diferencias significativas en los conocimientos adecuados sobre alimentación en relación a la cantidad de deporte que practican, pero los que practican poco deporte presentan más conocimientos erróneos y mitos que los que practican mucho. Los hijos de padre con estudios superiores son los que

tienen más errores y mitos alimentarios. En la Tabla III. 54 se exponen los resultados.

Tabla III. 54

Análisis univariado para comparación de medias de los Hábitos Alimentarios en relación a la cantidad de deporte y el nivel de estudios del padre.

		GI	F	p	η^2	1- β	DM
CAN.DPT.	CON.ADE.	2	.492	.612	.002	.131	
	MIT.ERR.	2	3.690	.026	.015	.677 Poco ¹ / Mucho ³	.273 ¹
EST.PADRE	CON.ADE.	2	2.823	.060	.012	.554	
	MIT.ERR.	2	9.097	.000	.037	.975 Medios ² / Superiores ³	.362 ³

Leyenda: GI = Grados de libertad; F = Estadístico de contraste; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada; DM = Diferencia de medias (el número en subíndice indica cual es la variable más alta puntuada correspondiente con el de la columna anterior).

Seguidamente se analizarán los resultados del MANIVA 3x3 para conocer la incidencia de la cantidad de deporte (poco/moderado/mucho) y el nivel de estudios de la madre (primarios/secundarios/superiores) sobre los HA. Los resultados muestran solamente que existe significación solamente en la variable los estudios de la madre ($\lambda = .937$, $F_{(4,930)} = 7.732$, $p < .05$, $\eta^2 = .032$, 1- $\beta = .996$) (ver Tabla III. 55).

Tabla III. 55

Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x Nivel de estudios de la Madre) y los Factores de los Hábitos Alimentarios.

	λ	F	GI Hpt.	GI Error	p	η^2	1- β
CANT.DPT. (A)	.984	1.911	4	930	.106	.000	.580
EST.MADRE (B)	.937	7.732	4	930	.000	.032	.996
AxB	.984	.375	.8	930	.934	.003	.181

Leyenda: $\lambda = \Lambda$; F = Estadístico de contraste; GI = Grados de libertad; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada.

Se realizaron análisis univariados que han dado como resultado en el factor CON.ADE significación estadística en el nivel de estudios [$F_{(2,466)} = 3.976$ $p < .05$, $\eta^2 = .016$, 1- $\beta = .690$], y en el factor MIT.ERR en la cantidad de deporte [$F_{(2,466)} = 3.561$

$p < .05$, $\eta^2 = .015$, $1-\beta = .661$] y en el nivel de estudios [$F_{(2,466)} = 11.632$ $p < .05$, $\eta^2 = .048$, $1-\beta = .994$].

Se ha realizado la prueba *post hoc* de Bonferroni para comparaciones múltiples obteniendo los resultados siguientes:

- En cantidad de deporte que practican no presentan diferencias de medias estadísticamente significativas en ninguna de las tres comparaciones realizadas en el factor CON.ADE pero sí en MIT.ERR, siendo los que practican poco deporte los que puntúan más alto en mitos y errores alimentarios ($DM = .272$) al compararlos con los que realizan mucho deporte.
- Los que tienen madres con estudios superiores son los que puntúan más alto en el factor MIT.ERR, tanto si se compara resultados con los que sus madres tienen estudios primarios ($DM = .311$), como con las que tienen estudios medios ($DM = .393$).

Resumiendo, el hecho de hacer deporte o el nivel de estudios de las madres no indica diferencias en los conocimientos adecuados sobre HA, sin embargo si en los conocimientos erróneos y mitos, siendo los que practican poco deporte los que puntúan más alto en este factor y los que sus madres tienen estudios superiores. Ver Tabla III. 56).

Tabla III. 56

Análisis univariado para comparación de medias de los Hábitos Alimentarios en relación a la cantidad de deporte y el nivel de estudios de la madre.

		GI	F	p	η^2	1- β		DM
CAN.DPT.	CON.ADE.	2	.315	.730	.001	.100		
	MIT.ERR.	2	3.561	.029	.015	.661		
EST.MADRE	CON.ADE.	2	3.796	.023	.016	.690	Primarios ¹ / Superiores ³	.311 ³
	MIT.ERR.	2	11.632	.000	.048	.994	Medios ² / Superiores ³	.393 ³

Leyenda: GI = Grados de libertad; F = Estadístico de contraste; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada; DM = Diferencia de medias (el número en subíndice indica cual es la variable más alta puntuada correspondiente con el de la columna anterior).

Para concluir se ha realizado el MANOVA3x4 para comprobar si la cantidad de deporte que practican (poco/moderado/mucho) interrelacionado con el número de ingestas diarias (menos de 4/4/5/más de 5) puede mediatizar los HA. Los resultados hallados indican una diferencia estadísticamente significativa en la cantidad de deporte ($\lambda = .976$, $F_{(4,948)} = 2.883$, $p < .05$, $\eta^2 = .012$, $1-\beta = .782$), y en el número de ingestas ($\lambda = .969$, $F_{(6,948)} = 2.522$, $p < .05$, $\eta^2 = .016$, $1-\beta = .844$). La interacción no ha resultado significativa (Ver Tabla III.57).

Tabla III. 57

Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x N° de Ingestas) y los Factores de los Hábitos Alimentarios.

	λ	F	GI Hpt.	GI Error	p	η^2	1- β
CANT.DPT. (A)	.976	2.883	4	048	.022	.012	.782
INGESTAS (B)	.969	2.552	6	948	.020	.016	.844
AxB	.977	.941	.12	.948	..505	.012	.562

Leyenda: $\lambda = \Lambda$; F = Estadístico de contraste; GI = Grados de libertad; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada.

Los análisis univariados realizados han dado como resultado que la cantidad de deporte realizada es estadísticamente significativa en el factor MIT.ERR [$F_{(2,475)} = 4.503$ $p < .05$, $\eta^2 = .019$, $1-\beta = .768$] y la cantidad de ingestas realizadas en los CON.ADE [$F_{(3,475)} = 4.082$ $p < .05$, $\eta^2 = .025$, $1-\beta = .845$].

Al aplicar la prueba *post hoc* de Bonferroni para comparaciones múltiples, los resultados obtenidos han sido:

- Se muestra una diferencia de medias entre significativa entre los que practican poco deporte y los que practican mucho deporte en el factor MIT.ERR (DF = .273) puntuando más alto en este factor los que realizan poco deporte.
- Con respecto al número de ingestas diarias, en el factor CON.ADE puntúan más alto los que realizan 5 ingestas que los que realizan menos de 4 y más de 5 (DM = .236 y .216 respectivamente)

Resumiendo, tienen más mitos y errores en los HA los que practican poco deporte que los que practican mucho deporte y los sujetos que realizan 5 ingestas diarias son los que tienen conocimientos más adecuados sobre alimentación (Ver Tabla III. 58).

Tabla III. 58
Análisis univariado para comparación de medias de los Hábitos Alimentarios en relación a la cantidad de deporte y el nº de ingestas.

		GI	F	p	η^2	1- β	DM
CAN.DPT.	CON.ADE.	2	1.299	.274	.005	.281	
	MIT.ERR.	2	4.503	.012	.019	.786.	Poco ¹ / Mucho ³ .273 ¹
Nº INGESTAS	CON.ADE.	3	4.082	.007	.025	.845	1-3 ¹ / 5 ³ - INGESTAS .236 ³
	MIT.ERR.	3	.995	.395	.006	.271	5 ³ / 6 ⁴ - INGESTAS .216 ⁵

Leyenda: GI = Grados de libertad; F = Estadístico de contraste; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada; DM = Diferencia de medias (el número en subíndice indica cual es la variable más alta puntuada correspondiente con el de la columna anterior).

III.2.3.3. Análisis Multivariado para la las Dimensiones del Autoconcepto

Se procede a continuación al análisis multivariado de las cuatro dimensiones del autoconcepto. Se ha aplicado una MANOVA 2x2x3 para conocer si existe interacción entre el género (Varón/Mujer), la etapa evolutiva (Preadolescentes/Adolescentes) y la cantidad de deporte (Poco/Moderado/Mucho).

Los resultados obtenidos han mostrado resultados significativos para el género ($\lambda = .903$, $F_{(4,472)} = 12.714$, $p < .05$, $\eta^2 = .097$, $1-\beta = 1.000$), para la etapa evolutiva ($\lambda = .936$, $F_{(4,472)} = 8.034$, $p < .05$, $\eta^2 = .064$, $1-\beta = .997$) y para la cantidad de deporte de deporte ($\lambda = .846$, $F_{(8,944)} = 10.310$, $p < .05$, $\eta^2 = .080$, $1-\beta = 1.000$ 2) (Ver Tabla III. 59).

Tabla III. 59

Análisis multivariado 2x2x3 (Género x Etapa evolutiva x Cantidad de deporte) y las dimensiones del Autoconcepto.

	λ	F	Gl Hpt.	Gl Error	p	η^2	1- β
GENR. (A)	.903	12.714	4	472	.000	.097	1.000
ETAP.EVL. (B)	.936	8.034	4	472	.000	.064	.998
CAN.DPT. (C)	.846	10.310 ^a	8	944	.000	.080	1.000
AxB	.989	1.306 ^a	4	472	.267	.011	.409
AxC	.975	1.504 ^a	8	944	.152	.013	.682
BxC	.984	.930 ^a	8	944	.490	.008	.440
AxBxC	.986	.832 ^a	8	944	.575	.007	.393

Leyenda: $\lambda = \Lambda$; F = Estadístico de contraste; Gl = Grados de libertad; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada.

Los análisis univariados ofrecen los resultados que se explican a continuación. Aparece significación en los el factor AF5.FIS en relación al género [$F_{(1,475)} = 7.565$, $p < .05$, $\eta^2 = .016$, $1-\beta = .784$], la etapa evolutiva [$F_{(1,475)} = 3.852$, p

= .05, $\eta^2 = .008$, $1-\beta = .500$] y la cantidad de deporte [$F_{(2,475)} = 32.816$, $p < .05$, $\eta^2 = .121$, $1-\beta = 1.000$].

En la comparación por pares, y aplicando la prueba *post hoc* de Bonferroni para comparaciones múltiples, los resultados obtenidos en el factor AF5.FIS han sido:

- En relación al género, la puntuación más alta la ofrecen los varones con una DM = .438.
- Los preadolescentes puntúan más alto que los adolescentes DM = .313.
- Al observar la cantidad de práctica deportiva, los que practican mucho deporte puntúan más alto que los que lo hacen de manera moderada (DM = 1.639) y los que lo hacen de manera moderada más alto que los que practican poco deporte (DM = 1.1359).

Aplicando las mismas pruebas, en el factor AF5.SOC presentan resultados estadísticamente significativos la etapa evolutiva [$F_{(1,475)} = 9.652$, $p < .05$, $\eta^2 = .020$, $1-\beta = .873$] y en la cantidad de deporte [$F_{(2,475)} = 6.061$, $p < .05$, $\eta^2 = .025$, $1-\beta = .884$]:

- Los preadolescentes tienen más alto el autoconcepto social que los adolescentes (DM = 504).
- Los que practican deporte de manera moderada puntúan más alto en el AF5.SOC que los que practican poco (DM = 641) y los que practican mucho deporte más alto que los que practican poco (DM = 554).

Al analizar el resultado de la comparación de medias del AF5.EMO aparece significación estadística en cuanto al género [$F_{(1,475)} = 19.561, p < .05, \eta^2 = .040, 1-\beta = .933$]:

- Las mujeres puntúan más alto en A5.EMO que los hombres (DM = .835).
- En las diferencias en las medias de las variables etapa evolutiva y cantidad de deporte, los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas.

Se observa que el AF5.ACA es estadísticamente significativo en el género [$F_{(1,475)} = 15.826, p < .05, \eta^2 = .032, 1-\beta = .978$] y en la etapa evolutiva [$F_{(1,475)} = 25.547, p < .05, \eta^2 = .051, 1-\beta = .999$]:

- Las mujeres tienen puntúan más alto el AF5.ACA que los varones, con un DM = .718.
- En la etapa evolutiva en el factor AF5.ACA presentan diferencia a favor de los preadolescentes (DM = .912).

Resumiendo, los varones tienen más alto en autoconcepto físico que las mujeres, y las mujeres puntúan más alto en el emocional y el académico. Los preadolescentes presentan valoración más alta que los adolescentes en los factores físico, social y académico. El hecho de practicar deporte hace que valoren más alto el autoconcepto físico que los adolescentes y el hecho de practicar deporte influye significativamente siendo más altas las puntuaciones en el autoconcepto físico y social, y cuando practican deporte de manera moderada o hacen mucho deporte, puntúan más alto que cuando realizan poco deporte (ver Tabla III. 60).

Tabla III. 60

Análisis univariado para comparación de medias de las dimensiones del autoconcepto en relación al género, etapa evolutiva y cantidad de deporte.

		Gl	F	p	η^2	1- β		DM
GENR.	AF5.FIS	1	7.565	.006	.016	.784	Varón ¹ / Mujer ²	.438 ¹
	AF5.SOC	1	.037	.848	.000	.054		
	AF5.EMO	1	19.561	.000	.040	.993	Varón ¹ / Mujer ²	.835 ²
	AF5.ACA	1	15.826	.000	.032	.978	Varón ¹ / Mujer ²	.718 ²
ETP.EVL.	AF5.FIS	1	3.852	.050	.008	.500	Preadolecente ¹ / Adolescente ²	.313 ¹
	AF5.SOC	1	9.652	.002	.020	.873	Preadolecente ¹ / Adolescente ²	.504 ¹
	AF5.EMO	1	2.892	.090	.006	.397		
	AF5.ACA	1	25.547	.000	.051	.999	Preadolecente ¹ / Adolescente ²	.912 ¹
CAN.DPT.	AF5.FIS	2	32.816	.000	.121	1.000	Poco ¹ / Moderado ² Poco ¹ / Mucho ³	1.359 ² 1.639 ³
	AF5.SOC	2	6.061	.003	.025	.884	Poco ¹ / Moderado ² Poco ¹ / Mucho ³	.641 ² .554 ³
	AF5.EMO	2	2.288	.103	.010	.465		
	AF5.ACA	2	.090	.914	.000	.064		

Leyenda: Gl = Grados de libertad; F = Estadístico de contraste; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada; DM = Diferencia de medias (el número en subíndice indica cual es la variable más alta puntuada correspondiente con el de la columna anterior).

En el MANOVA 3x2 para comprobar el efecto de la cantidad de deporte (Poco/Moderado/Mucho) y los estudios del padre (Primarios/Medios/Superiores) sobre las diferentes dimensiones del autoconcepto, ha dado como resultado que no existe interacción de las dos variables pero sí con la variable cantidad de deporte ($\lambda = .822$, $F_{(8,950)} = 12.234$, $p < .05$, $\eta^2 = .093$, $1-\beta = 1.000$) y con el nivel de estudios del padre ($\lambda = .903$, $F_{(4,472)} = 6.032$, $p < .05$, $\eta^2 = .048$, $1-\beta = 1.000$). (Ver Tabla III.).

Tabla III. 61

Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x nivel de estudios del padre) y las dimensiones del Autoconcepto.

	λ	F	Gl Hpt.	Gl Error	p	η^2	1- β
CANT.DPT. (A)	.822	12.234	8	950	.000	.093	1.000
EST.PADRE (B)	.906	6.032	8	950	.000	.048	1.000
AxB	.977	.696	16	1451.787	.801	.006	.371

Leyenda: $\lambda = \Lambda$; F = Estadístico de contraste; Gl = Grados de libertad; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada.

Los análisis univariados en el factor AF5.FIS ha obtenido resultados estadísticamente significativos en cantidad de deporte [$F_{(2,478)} = 39.370, p < .05, \eta^2 = .141, 1-\beta = 1.000$] y en el nivel de estudios del padre [$F_{(1,478)} = 6.869, p < .05, \eta^2 = .029, 1-\beta = .922$].

En la comparación por pares, y aplicando la prueba *post hoc* de Bonferroni para comparaciones múltiples, los resultados obtenidos en la dimensión física del autoconcepto han sido:

- Los que practican deporte moderado puntúan más alto que los que realizan poco deporte (DM = .359) y los que realizan mucho deporte más alto también que los que realizan poco deporte (DM = 1.639), ambos con una importante diferencia en las medias.
- En los estudios del padre también muestran diferencias en cuanto a si tienen estudios primarios o superiores, siendo más alta la valoración que otorgan a este factor los hijos de padres con estudios superiores (DM = .726).

Los resultados univariados para el factor AF5.SOC han sido [$F_{(1,478)} = 6.533, p < .05, \eta^2 = .027, 1-\beta = .908$] para la variable cantidad de deporte, no ha resultado significativa para el factor social.

En la prueba *post hoc* de Bonferroni para comparaciones múltiples en la dimensión social del autoconcepto ha obtenido como resultado que:

- Los que realizan poco deporte puntúan más bajo que los que lo realizan moderadamente (DM = .641) y que los que realizan mucho deporte (DM = .554).

- No presenta diferencia estadísticamente significativa al comparar el nivel de estudios del padre.

El factor AF5.EMO ha sido significativo en ambas variables, [$F_{(1,478)} = 3.613$, $p < .05$, $\eta^2 = .015$, $1-\beta = .667$] para la variable cantidad de deporte y [$F_{(1,478)} = 3.575$, $p < .05$, $\eta^2 = .015$, $1-\beta = .662$], sin embargo, en la prueba post hoc de Bonferroni para comparaciones múltiples no han aparecido diferencias estadísticamente significativas.

Al observar los resultados del factor AF5.ACA se ha podido comprobar que solo presenta significación estadística el nivel de estudios del padre [$F_{(1,478)} = 16.785$, $p < .05$, $\eta^2 = .066$, $1-\beta = 1.000$].

Se ha realizado la prueba *post hoc* de Bonferroni para comparaciones múltiples por pares para la dimensión académica, obteniendo los siguientes resultados:

- Las personas con padres con estudios superiores puntúan más alto que las que sus padres tienen estudios primarios (DM = 1.200) o estudios medios (DM = .833).

En resumen, la cantidad de práctica deportiva influye de manera significativa en la dimensión física y la dimensión social, al valorarlas más alto cuanto más deporte haga. En el nivel de estudios valoran más alto la dimensión física y la académica los que son hijos de padres con estudios superiores.

Pueden verse los resultados en la Tabla III. 62.

Tabla III. 62

Análisis univariado para comparación de medias de las dimensiones del autoconcepto en relación a la cantidad de deporte y el nivel de estudios del padre.

		Gl	F	p	η^2	1- β		DM
CAN.DPT.	AF5.FIS	2	39.370	.000	.141	1.000	Poco ¹ / Moderado ² Poco ¹ / Mucho ³	1.359 ² 1.639 ³
	AF5.SOC	2	6.533	.002	.027	.908	Poco ¹ / Moderado ² Poco ¹ / Mucho ³	.641 ² .554 ³
	AF5.EMO	2	3.613	.028	.015	.667		
	AF5.ACA	2	.855	.426	.004	.197		
EST.PADRE	AF5.FIS	2	6.869	.001	.028	.922	Primarios ¹ / Superiores ³	.726 ³
	AF5.SOC	2	1.922	.147	.008	.399		
	AF5.EMO	2	3.575	.029	.015	.662		
	AF5.ACA	2	16.785	.000	.066	1.000	Primarios ¹ / Superiores ³ Medios ² / Superiores ³	1.200 ³ .833 ³

Leyenda: Gl = Grados de libertad; F = Estadístico de contraste; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada; DM = Diferencia de medias (el número en subíndice indica cual es la variable más alta puntuada correspondiente con el de la columna anterior).

Se ha aplicado la prueba MANOVA 3x2 para comprobar el efecto de la variable cantidad de deporte (Poco/Moderado/Mucho) y la variable nivel los estudios de la madre (Primarios/Medios/Superiores) sobre las cuatro dimensiones del autoconcepto, dando un resultado significativo la cantidad de deporte ($\lambda = .831$, $F_{(8,926)} = 11.197$, $p < .05$, $\eta^2 = .088$, $1-\beta = 1.000$) y en el nivel de estudios de la madre ($\lambda = .922$, $F_{(8,926)} = 4.778$, $p < .05$, $\eta^2 = .040$, $1-\beta = .998$) (ver resultados en la Tabla III. 63).

Tabla III. 63

Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x nivel de estudios de la madre) y las dimensiones del Autoconcepto.

	λ	F	Gl Hpt.	Gl Error	p	η^2	1- β
CANT.DPT. (A)	.831	11.197	8	926	.000	.088	1.000
EST.MADRE (B)	.922	4.778	8	926	.000	.040	.998
AxB	.965	1.024	16	1415.126	.427	.009	.555

Leyenda: $\lambda = \Lambda$; F = Estadístico de contraste; Gl = Grados de libertad; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada.

Los análisis univariados revelaron que el factor dimensión física del autoconcepto es significativo la influencia de la cantidad de deporte practicado [$F_{(2,466)} = 37.996, p < .05, \eta^2 = .140, 1-\beta = 1.000$] y el nivel de estudios [$F_{(2,466)} = 5.244, p < .05, \eta^2 = .022, 1-\beta = .832$].

En la comparación por pares, y aplicando la prueba *post hoc* de Bonferroni para comparaciones múltiples, los resultados obtenidos en la dimensión física del autoconcepto han sido:

- Puntúan más alto aquellas personas que dedican un tiempo moderado o mucho tiempo a practicar deporte que las que dedican poco tiempo (DM = 1.355 y .1.666) con una diferencia de medias importante, superando más de un punto.
- También puntúan más alto las personas de madres con estudios superiores, siendo la DM = .161 al comparar con las que tienen estudios primarios y DM = .418 al comparar con las madres con estudios medios.

La práctica deportiva influye en la dimensión social del autoconcepto señalando unas diferencias de medias con resultados significativos que se exponen a continuación:

- Los que dedican más tiempo a la práctica deportiva son los que valoran más este factor. Concretamente, entre practicar poco deporte y deporte de manera moderada, la balanza se inclina favorablemente hacia el deporte moderado (DM = .621) y entre practicar poco o mucho es favorable a mucho deporte (DM = .418).

En cuanto a la dimensión emocional no se presentan resultados significativos, no siendo así la académica, donde si presentan diferencias significativas en relación al nivel de estudios y no en la cantidad de deporte:

- En los participantes hijos de madres con estudios superiores, la valoración que hacen de este factor es superior a las hechas en los otros dos factores, siendo mayor cuando se comparan con los estudios primarios que los estudios medios (DM = 1.182 y .940 respectivamente).

Resumiendo, la cantidad de deporte es una variable que influye en el autoconcepto físico y social, siendo los que más tiempo dedican a practicar deporte los que valoran más estos factores. El factor académico está puntuado más alto por las personas cuyas madres tienen estudios superiores.

Estos resultados se muestran en la Tabla III. 64

Tabla III. 64

Análisis univariado para comparación de medias de las dimensiones del autoconcepto en relación a la cantidad de deporte y el nivel de estudios de la madre.

		GI	F	p	η^2	1- β		DM
CAN.DPT.	AF5.FIS	2	37.996	.000	.140	1.000	Poco ¹ / Moderado ² Poco ¹ / Mucho ³	1.355 ² 1.666 ³
	AF5.SOC	2	4.923	.008	.021	.806	Poco ¹ / Moderado ² Poco ¹ / Mucho ³	.621 ² .599 ³
	AF5.EMO	2	2.632	.073	.011	.523		
	AF5.ACA	2	.258	.773	.001	.091		
EST.MADRE	AF5.FIS	2	5.244	.006	.022	.832	Primarios ¹ / Superiores ³ Medios ² / Superiores ³	.161 ³ .418 ³
	AF5.SOC	2	3.793	.023	.016	.690		
	AF5.EMO	2	.111	.895	.000	.067		
	AF5.ACA	2	17.604	.000	.070	1.000	Primarios ¹ / Superiores ³ Medios ² / Superiores ³	1.182 ³ .940 ³

Leyenda: GI = Grados de libertad; F = Estadístico de contraste; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada; DM = Diferencia de medias (el número en subíndice indica cual es la variable más alta puntuada correspondiente con el de la columna anterior).

Para finalizar se presentan los resultados del MANOVA 3x4 (cantidad de deporte x N^a de Ingestas) con las cuatro dimensiones del autoconcepto que se estudian en esta tesis. Los resultados indican significación en relación a la cantidad de deporte ($\lambda = .818$, $F_{(8,944)} = 12.441$, $p < .05$, $\eta^2 = .095$, $1-\beta = 1.000$) y en relación al número de ingestas que realizan diariamente ($\lambda = .886$, $F_{(12,1248)} = 4.892$, $p < .05$, $\eta^2 = .040$, $1-\beta = 1.000$), no presentando significación estadística la interacción entre ambas (ver Tabla III. 65).

Tabla III. 65

Análisis multivariado 3x3 (Cantidad de deporte x N^o de Ingestas) y las dimensiones del Autoconcepto.

	λ	F	Gl Hpt.	Gl Error	p	η^2	1- β
CANT.DPT. (A)	.818	12.441	8	944	.000	.095	1.000
INGESTAS (B)	.886	4.892	12	1249.086	.000	.040	1.000
AxB	.947	1.081	24.000	1647.821	.357	.014	.797

Leyenda: $\lambda = \Lambda$; F = Estadístico de contraste; Gl = Grados de libertad; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada.

Los análisis univariados del factor AF5.FIS han producido significación estadística en la relación con la cantidad de deporte [$F_{(2,475)} = 43.684$, $p < .05$, $\eta^2 = .155$, $1-\beta = 1.000$] y en el número de ingestas [$F_{(3,475)} = 11.036$, $p < .05$, $\eta^2 = .065$, $1-\beta = .999$], no produciéndose significación en la interacción entre ambas variables.

Al aplicar la prueba *post hoc* de Bonferroni para comparaciones múltiples, los resultados, diferenciándolos por factores y comenzando por el factor correspondiente a la dimensión física del autoconcepto, han sido:

- Cuanto más tiempo dedican a la práctica deportiva más valoran este factor, siendo la diferencia entre poco y mucho deporte $DM = 1.359$ y entre moderado y mucho $DM = 1.639$.

- El número de ingestas también resulta significativo en este factor siendo los que realizan solamente 3 o menos ingestas diarias los que puntúan más bajo (DM = 1.127 al comparar las medias con los que hacen cuatro, DM = 1.173 al compararlas con los que realizan cinco y DM = 1.026 al compararlas con los que hacen seis o más).

Al observar el factor de la dimensión social, aparecen diferencias las siguientes diferencias de medias estadísticamente significativas:

- Entre los que hacen deporte moderado y poco deporte (DM = .641 a favor de quienes realizan deporte de manera moderada) y entre quien hace poco y mucho deporte (DM = .554 a favor de quién hace mucho deporte).
- Al comparar las medias entre quien hace 3 o menos y quien hace 5 ingestas diarias, la diferencia se inclina a favor de quién hace 5 ingestas (DM = .675).

Con respecto a la dimensión emocional, tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados de las medias en la prueba de Bonferroni. En cuanto a la dimensión académica los resultados no son significativos en cuanto a la cantidad de deporte pero sí en el número de ingestas:

- Al comparar quien realiza solamente 3 o menos comidas diarias con quienes realizan 5 el resultado es de una diferencia alta (DM = 1.284) a favor de los que realizan 4 ingestas.
- Si se compara entre quien realiza 4 y quien realiza 5 ingestas el resultado es a favor de quienes realizan 5 ingestas (DM = .642).

- Si se cotejan los resultados entre quienes realizan 5 con los que realizan 6 comidas diarias, el resultado se inclina a favor de quienes realizan 6 (DM = 1.145).

En resumen, la cantidad de deporte influye a favor de quienes practican deporte de manera moderada y los que hacen mucho deporte cuando se comparan con los que dedican poco tiempo a esta práctica, tanto en el factor físico como en el social. Aquellas personas que realizan solamente 3 o menos ingestas diarias son siempre quienes puntúan más bajo en las dimensiones del autoconcepto físico, social y académico.

Los resultados se muestran en la Tabla III. 66.

Tabla III. 66
Análisis univariado para comparación de medias de las dimensiones del autoconcepto en relación a la cantidad de deporte y el número de ingestas.

		gl	F	p	η^2	1- β		DM
CAN.DPT.	AF5.FIS	2	43.684	.000	.155	1.000	Poco ¹ / Moderado ² Poco ¹ / Mucho ³	1.359 ² 1.639 ³
	AF5.SOC	2	9.479	.000	.038	.980	Poco ¹ / Moderado ² Poco ¹ / Mucho ³	.641 ² .554 ³
	AF5.EMO	2	3.288	.038	.014	.623		
	AF5.ACA	2	.537	.585	.002	.139		
INGESTAS	AF5.FIS	3	11.036	.000	.065	.999	1-3 ¹ / 4 ² - INGESTAS 1-3 ¹ / 5 ³ - INGESTAS 1-3 ¹ / 6 ⁴ - INGESTAS	1.127 ² 1.173 ³ 1.026 ⁴
	AF5.SOC	3	3.518	.015	.022	.782	1-3 ¹ / 5 ³ - INGESTAS	.675 ³
	AF5.EMO	3	.636	.592	.004	.184		
	AF5.ACA	3	12.181	.000	.071	1.000	1-3 ¹ / 5 ³ - INGESTAS 4 ² / 5 ³ - INGESTAS 5 ³ / 6 ⁴ - INGESTAS	1.284 ³ .642 ³ 1.145 ⁴

Leyenda: Gl = Grados de libertad; F = Estadístico de contraste; p = Nivel de significación; η^2 = Tamaño del efecto; 1- β Potencia observada; DM = Diferencia de medias (el número en subíndice indica cual es la variable más alta puntuada correspondiente con el de la columna anterior).

CAPÍTULO IV.

CONCLUSIONES, DISCUSIÓN, LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

IV.1. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones se estructuran en base a las hipótesis planteadas y se pueden sintetizar en los siguientes aspectos:

Hipótesis 1:

Las horas de práctica deportiva actúan positivamente en la percepción de la IC: a mayor consumo de actividad física mejor percepción

Conclusión 1:

El análisis univariado de la cantidad de práctica deportiva (poco/moderado/mucho) reveló que existían diferencias significativas entre los estudiantes que realizaban deporte; encontrándose que existe una mejor percepción de la IC en los participantes que lo realizan de manera moderada. Debido a lo cual se puede afirmar que la práctica de actividad físico deportiva actúa de manera positiva en la percepción de la IC, pero no existe una asociación directa entre ambas variables al no cumplirse la afirmación a mayor consumo de actividad física mejor percepción; por lo que esta hipótesis se cumple parcialmente.

Hipótesis 2:

Existe diferencias en la percepción de la IC en relación al género de los adolescentes: los varones tienen mejor percepción de la IC que las mujeres.

Conclusión 2:

Se encontraron diferencias en función del género en los dos factores de la IC (IC.PER e IC.EXT). En ambos casos los varones presentaron puntuaciones más altas en percepción de la IC que las mujeres.

Hipótesis 3:

Las horas de práctica deportiva influyen en los conocimientos y hábitos sobre alimentación: la ausencia de actividad física favorece el aumento de mitos y errores sobre alimentación.

Conclusión 3:

Esta hipótesis se cumple parcialmente; el número de horas de práctica deportiva se correlaciona en sentido negativo con los mitos sobre alimentación, o sea, según aumentan horas semanales de práctica deportiva disminuyen los mitos sobre alimentación y viceversa, cuanto menos deporte consuman semanalmente más mitos. Sin embargo no presentan más conocimientos adecuados el hecho de practicar o no deporte y el número de horas empleado.

Hipótesis 4:

El género afecta a los conocimientos sobre alimentación: las mujeres presenten conocimientos más adecuados y menos mitos que los varones.

Conclusión 4:

Esta hipótesis se cumple parcialmente; los resultados muestran que las mujeres tienen más conocimientos sobre HA que los varones. Pero también presentan más conocimientos erróneos y mitos que el sexo masculino, aunque esta última diferencia no es significativa.

Hipótesis 5:

La edad es una variable que predispone los conocimientos alimentarios: en las edades adolescentes, a más edad conocimientos más adecuados y menos mitos sobre alimentación

Conclusión 5:

Los adolescentes son los que puntúan más alto en CON.ADE, lo que indica que tienen más conocimientos y HA adecuados. Mientras que este mismo análisis relativo al factor MIT.ERR, no mostró significación estadística. Se considera que esta hipótesis se cumple parcialmente al encontrarse que aumentan los conocimientos pero se mantienen los mitos.

Hipótesis 6:

El número de ingestas diarias afecta a los conocimientos y HA: los sujetos adolescentes que realizan cinco ingestas diarias (las consideradas recomendables nutricionalmente) presentan mejores HA, tienen menos mitos y mayores conocimientos sobre alimentación

Conclusión 6:

Se vuelve a considerar que esta hipótesis se cumple parcialmente. Así pues, los sujetos que realizan 5 ingestas diarias son los que tienen conocimientos más adecuados sobre alimentación, mientras que el factor mitos y errores no mostró relación con el número de ingestas.

Hipótesis 7:

Las horas de práctica deportiva es una variable determinante de autoconcepto: a mayor número de horas de práctica deportiva mejor autoconcepto físico, social, académico y emocional.

Conclusión 7:

La cantidad de horas de práctica deportiva influye en los factores físico y social del autoconcepto, al encontrarse puntuaciones más altas en los que consumen mucho deporte. En cambio esta variable no influye sobre los factores académico y emocional.

Hipótesis 8:

La variable género señala diferencias en el autoconcepto en las edades adolescentes: los varones tienen más alto el autoconcepto físico, social y emocional y las mujeres el autoconcepto académico

Conclusión 8:

Esta hipótesis se cumple parcialmente, puesto que los resultados muestran que los varones valoran mucho más alto el autoconcepto físico que las mujeres; sin embargo las mujeres presentan un autoconcepto emocional y el académico más alto que los hombres. Mientras que en lo que respecta al autoconcepto social no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos.

Hipótesis 9:

La dimensión social, física y emocional del autoconcepto en las edades adolescentes están vinculadas con la IC.

Conclusión 9:

La IC, correlaciona positivamente, y de forma significativa, con la dimensión física del autoconcepto, pero no con el resto de dimensiones del autoconcepto.

A modo de resumen y dando respuesta a la hipótesis general no se ha encontrado una relación directa entre todas las variables estudiadas, género, edad, horas semanales de práctica deportiva y número de ingestas, con la IC, los conocimientos y hábitos sobre alimentación y el autoconcepto en las edades adolescentes, si no que las relaciones encontradas en cada uno de los casos son las que se han mostrado en las conclusiones.

I.V.2. DISCUSIÓN

La presente investigación ha procurado como propósito principal conocer la relación entre la IC, los HA, el autoconcepto y la cantidad de práctica deportiva en jóvenes de 12 a 18 años con las variables género, edad (preadolescentes y adolescentes), nivel sociocultural y número de ingestas diarias.

Se puede concluir que como se ha venido indicando es necesario llevar unos hábitos saludables para reducir la prevalencia de enfermedades y aumentar la CDV. La práctica deportiva frecuente es una de las actividades fundamentales para el mantenimiento de este estilo de vida saludable (Bagby y Adams, 2007, Fogel, Raymond, Miltenberggen y Koehler, 2010; Ruiz-Ariza, Ruiz, de la Torre-Cruz, Latorre-Román y Martínez-López, 2015), por ello es muy importante que en la etapa adolescente se establezcan unos hábitos de práctica deportiva, que probablemente puedan ser seguidos en etapas posteriores; visto que, la adolescencia es la etapa clave en la que se fijan muchas de las prácticas que se seguirán en la vida adulta.

Los resultados la presente investigación mostraron que en general la práctica de actividad física, fuera del horario escolar, de los adolescentes encuestados es elevada, un 77% afirma realizar actividad física extraescolar, un dato que afortunadamente se ha incrementado en los últimos años, como demuestran los resultados obtenidos por Aldaz, (2009), Coballes (2015), García, Rodríguez, Sánchez y López (2012) o Muñoz (2015), en las cuales se encontraron niveles de practicantes superiores al 75%. En cambio, este resultado es contradictorio a los obtenidos por Beltrán-Carrillo, Devís-Devís y Peiró-Velert (2012), y Tornero (2013) en cuyas

investigaciones se pone de manifiesto y se reflexiona sobre la elevada inactividad en la etapa adolescente. Estas contradicciones tienden a reflexionar y a creer que en la actualidad se está llevando a cabo una mayor práctica de actividad física, aunque esto es sólo una suposición que se podrá confirmar en un futuro próximo.

En el presente trabajo el alto porcentaje de practicantes hallado podría argumentarse desde la perspectiva en la que se engloba dentro del grupo de los que realizan actividad físico-deportiva no sólo a quienes practican deportes de corte federativo, sino también a los que realizan otro tipo de actividades físicas como ir al gimnasio, salir a correr, andar en bicicleta, etc, siempre y cuando esta actividad se realice de forma rutinaria y no de manera esporádica.

De este elevado porcentaje de practicantes se ha buscado la relación con otros factores, como son, género, etapa evolutiva, nivel sociocultural y número de ingestas diarias.

Se ha encontrado que el género y la etapa evolutiva presentan relación significativa con la práctica de actividad física. En relación a la variable género los resultados confirman los obtenidos en otras investigaciones anteriores en las que se demuestra una mayor práctica deportiva en varones respecto a mujeres (Abarca-Sos, Zaragoza, Generelo y Julián, 2010; Chacón, Arufe, Cachón, Zagaláz y Catro, 2016; Muñoz, 2015; Oviedo, Sánchez, Castro, Calvo, Sevilla, Iglesias, Guerra, 2013). Los adolescentes, en lo que respecta a la etapa evolutiva, son los que realizan más práctica deportiva, aunque este resultado no coincide con las afirmaciones de otras investigaciones en las que se admite que la práctica de actividad física desciende con la edad (Hernández y Velázquez, 2007; Moral, 2012; Moral, Redecillas y Martínez

López, 2012; Moreno, Muñoz-Tinoco, Pérez, Sánchez-Queija, Granado, Ramos y Rivera, 2008; Noriega, Jaén, Santamaría, Amigo, Antolín, Casuso, et al., 2015).

También se ha hallado relación con el nivel sociocultural de los padres, valorado a través nivel de estudios. Los resultados mostraron un mayor número practicantes con padres con estudios universitarios, respecto a aquellos practicantes con padres con estudios medios o sin estudios.

En cuanto a los resultados del número de ingestas diarias, se ha descubierto un destacable número de casos, en concreto 21 participantes, que no realizan ni siquiera las tres comidas fundamentales del día (desayuno, comida y cena). Un resultado que también se ha observado en la investigación de Pérez De Eulate, Ramos, Liberal y Latorre (2005) sobre una muestra de adolescentes vascos, en la que encontraron que casi la cuarta parte de adolescentes del estudio no realizaban estas tres comidas. El modelo de ingestas diarias que ha caracterizado a la población española es un modelo ternario (desayuno, comida y cena), como señala Gracia (2010) en un estudio sobre la descripción del modelo de comidas; afirmación corroborada en sus resultados en los que encontró que el mayor porcentaje de informantes afirmaron realizar tres o cuatro ingestas diarias. Los resultados de la presente investigación muestran que el modelo ternario no es el más seguido, puesto que los mayores porcentajes se obtienen entre los participantes que realizan más de tres comidas al día, confirmando investigaciones como las de Ruiz, Del Pozo, Valero, Ávila y Varela-Moreiras (2014), en las que encontraron que 92,7% de la muestra realiza entre 3 y 5 comidas al día. El resultado más destacable es el elevado número de participantes que afirman realizar cinco ingestas al día, las nutricionalmente recomendables para seguir un modelo saludable.

Una vez abordadas las conclusiones de las variables independientes, se procede a plantear la relación de las variables independientes con los factores de escala siguiendo el mismo esquema llevado a lo largo de todo el trabajo, presentando en primer lugar las discusiones en relación a los resultados de la IC, a continuación los de HA y finalmente los obtenidos en la valoración del Autoconcepto.

En la revisión realizada del concepto de IC se percibe la elevada preocupación de la sociedad por la apariencia física; hecho que se ve reflejado por la fuerte correlación que muestra los dos factores de este constructo entre sí, que indican que en varones y mujeres, tanto adolescentes como preadolescentes, la autoimagen es para ellos tan importante como la percepción que creen que perciben otras personas. Datos que ratifican otras argumentaciones previas sobre el papel cada vez más determinante que adquiere la autopercepción de la IC en los adolescentes (Gómez-Mármol, Sánchez-Alcaraz y Mahedero-Navarrete, 2013). La variable género en estos resultados adquiere un valor trascendental, puesto que muestran que el sexo del individuo influye sobre su percepción de la propia IC, encontrándose que los varones presentan mayores puntuaciones en la percepción de su IC que las mujeres, al igual que demostraron López, Findling y Abramzón (2006), Estévez (2012); Lizalde (2012); Muñoz (2015), Ortega (2010); Tornero (2013) en cuyas investigaciones teniendo en cuenta la variable sexo, los hombres obtuvieron una mejor autopercepción de sí mismos que las mujeres.

Una conclusión que contradice los resultados hasta ahora descritos fue la obtenida por Gómez-Mármol, Sánchez-Alcaraz y Mahedero-Navarrete (2013) en su investigación sobre adolescentes de 12 a 17 años, cuyos datos mostraron una mayor

distorsión de la IC en hombres que en mujeres. A pesar de que los resultados obtenidos en la presente investigación no corroboren estos últimos se comentan con la intención de destacar como en los últimos años ha aumentado significativamente el número de adolescentes masculinos que muestran puntuaciones bajas en la percepción de su IC, tendiendo cada vez más a igualarse con los resultados obtenidos de las participantes femeninas.

Estos mismos autores (Gómez-Mármol et al., 2013) indican que a medida que aumenta la edad se observa un aumento de los niveles de satisfacción y una mejor percepción de la IC. Como también justifica Ortega (2010), que describe cómo durante la primera etapa de la adolescencia, los adolescentes se preocupan mucho más por su IC y por cómo los ven los demás, debido al cambio físico que sufren en el que dejan de ser niños para convertirse en adultos. Estas afirmaciones que no concuerdan con los resultados obtenidos en la presente investigación, al obtenerse que las diferencias de las medias de carácter significativo es a favor de los preadolescentes en ambos factores, es decir los preadolescentes presentaron puntuaciones más altas en la percepción de la IC que los adolescentes para ambos sexos, tanto al estudiar la relación entre las variables dependientes y los factores de escala, como en los resultados del MANOVA.

En cuanto a la relación entre las horas de práctica deportiva y la percepción de la IC se ha encontrado que no existe una asociación directa, pero se ha visto que estas sí actúan positivamente en esta percepción, al encontrarse una mejor percepción de la IC en los participantes que practican deporte de manera moderada; como también señalan Coballes (2013) y Tornero 2013. Tampoco existe relación

significativa entre el número de ingestas diarias y la percepción de la IC, hallándose diferencias entre los que realizan 3 o menos ingestas, con los que realizan 4, con los que realizan 5 y con los que hacen más de 5, siempre desfavorable en todos los casos para quien realiza 3 o menos ingestas diarias.

Respecto a los HA cabe destacar las altas puntuaciones obtenidas en conocimientos erróneos y mitos sobre alimentación, lo que indica que a pesar de existir mucha información al respecto los adolescentes y la población en general desconocen muchos mitos alimentarios y llevan a cabo unos HA poco saludables. Prueba de ello se encuentra en las publicaciones que cada día aparecen para desmontar algunos de estos mitos (Castillo, 2015; Galarza, 2008; Palau, 2012); incluso recientemente el famoso cocinero Alberto Chicote presenta un programa en el que intenta demostrar científicamente algunos de los mitos alimentarios más extendidos con el fin de confirmarlos o desmentirlos. Por el contrario también hay que destacar las altas puntuaciones obtenidas en conocimientos adecuados, puntuaciones más altas que en el factor MIT.ERR, indicativo de que a pesar de que existen muchos errores también existe mucho conocimiento sobre alimentación y HA saludables; al igual evidenciaron Moreno, 2011 y Pérez Vadillo, 2013 en sus investigaciones en las que destacaron que los adolescentes muestran un conocimiento nutricional medio-alto.

Se ha encontrado que el género, la edad y el número de ingestas diarias se relacionan con los conocimientos sobre alimentación, aunque no de manera significativa. En lo que respecta al género las mujeres tienen más conocimientos sobre HA que los varones, pero también presentan más conocimientos erróneos y

mitos que el sexo masculino. Aunque otras investigaciones muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas del nivel de conocimientos sobre alimentación sana según el sexo (Olgosoy Gallego, 2006).

La edad como ya se comentó, también influye en los conocimientos sobre alimentación, los adolescentes mostraron puntuaciones más altas que los preadolescentes, algo que concuerda con los contenidos teóricos impuestos por el currículum académico, ya que los contenidos relacionados con la alimentación y nutrición no son abordados hasta tercero de ESO y este hecho es el que marca las diferencias de conocimiento en ambas etapas. Un resultado significativo es que los adolescentes a pesar de obtener puntuaciones más altas en el factor CON.ADE no mostraron puntuaciones más bajas en el factor MIT.ERR, lo que lleva a plantearse lo arraigados que está algunos hábitos no saludables y mitos alimentarios en la sociedad.

El último factor que se relaciona con los HA es el número de ingestas diarias, puesto que los sujetos que realizan 5 ingestas diarias son los que tienen conocimientos más adecuados sobre alimentación; un dato que en principio hace pensar que aquellas personas que realizan el número de ingestas recomendadas nutricionalmente son las que más interés tienen en cuestiones alimentarias y por ello presentan puntuaciones más altas en el factor descrito.

En cuanto al último constructo estudiado, el autoconcepto, se estudiaron las relaciones de las variables independientes con las cuatro dimensiones obtenidas (AF5.FIS, AF5.SOC, AF5.EMO, AF5.ACA).

Se observó que la práctica deportiva extraescolar correlaciona positivamente y en sentido directo con la dimensión física, al valorarla más alto cuanto más deporte se practicaba. Esta afirmación apoya los resultados de investigaciones previas realizados por otros autores en esta materia que alegan que la práctica deportiva influye en el Autoconcepto Físico. (Ayora, García-Ferriol y Rubio-Swift, 1997; Candel, Olmedilla, y Blas, 2008; Candel, Olmedilla y Blas, 2008; Carriedo, Cuevo y López, 2014; Coballes, 2015; Contreras, Fernández, García, Palou y Ponseti, 2010; Esnaola y Revuelta, 2009; Infante, Axpe, Revuelta y Ros (2012); Méndez-Giménez, Fernández-Río y Cecchini, 2013; Reigal et al, 2012; Reigal y Videra, 2011; Reigal, Videra, Márquez y Parra, 2013).

Además de en la dimensión física también se ha encontrado relación de la práctica de actividad física con la dimensión social. Los que practican mucho deporte o lo hacen de manera moderada putúan más alto en el AF5.SOC que los que practican poco. Con estos resultados se demuestra la necesidad de la práctica deportiva, la cual está directamente relacionada con varias dimensiones del autoconcepto (Candel et al., 2008; Carriedo et al., 2014; Coballes, 2015). Algunos autores muestran que además de con el autoconcepto físico y social la práctica deportiva también influye en la dimensión académica; Martínez-Gómez, Ruiz, Gómez-Martínez, Chillón, Rey-López, Díaz, et al., 2011; Kwak, Kremers, Bergman, Ruiz, Rizzo y Sjostrom, 2009; Ruiz-Ariza et al, 2015, hallaron una asociación positiva respecto al rendimiento académico en chicas adolescentes que practicaban actividad física. En cambio los resultados de este estudio no muestran relación entre la práctica deportiva y las dimensiones emocional y académica.

Al valorar el género y la edad se encontró que en el factor AF5.FIS, en relación al género, la puntuación más alta la ofrecen los varones (Estévez 2012, Ortega 2010; Ruiz, Rodríguez y Goñi, 2005), y respecto a la edad, los preadolescentes puntúan más alto que los adolescentes. En el AF5.SOC no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos, en contra de lo indicado en algunas investigaciones que afirman que los hombres alcanzan una mejor puntuación (Coballes, 2003), otros sin embargo, encuentran que las chicas tienen una mayor puntuación (Padilla, García y Suárez, 2010). En consideración a la edad se halló que los preadolescentes tienen más alto el autoconcepto social que los adolescentes.

Los resultados de la dimensión emocional solo mostraron relación en cuanto al sexo, las mujeres puntúan más alto en A5.EMO que los hombres; resultados contradictorios a los de Coballes (2003) y Padilla et al. (2010) que afirman que las puntuaciones de los chicos adolescentes son superiores a las chicas en el Autoconcepto Emocional.

En la dimensión académica las mujeres tienen mejor autoconcepto que los varones. Mientras que en la etapa evolutiva este factor presenta diferencia a favor de los preadolescentes. En lo que respecta al género no hay unanimidad en su relación con el autoconcepto académico puesto que estudios como el de Amezcua y Pichardo (2000) y Gabelko (1997) no encuentran diferencias significativas entre chicos y chicas. Mientras que las investigaciones en las que si se observa relación, se encuentra que en algunas apunta a favor de las chicas (Padilla et al, 2010) mientras que otras los hacen a favor de los chicos (Hilke y Conway, 1994; Pastor et al., 2003 y Rodríguez Espinar, 1982).

Resumiendo, los varones tienen más alto en autoconcepto físico que las mujeres, y las mujeres puntúan más alto en el emocional y el académico. Los preadolescentes presentan valoración más alta que los adolescentes en los factores físico, social y académico.

Por último en la búsqueda de relaciones entre los constructos estudiados (IC, HA y autoconcepto) solo se encontró que la IC, correlaciona positivamente, y de forma significativa, con la dimensión física del autoconcepto, pero no con el resto de dimensiones del autoconcepto ni con los HA.

IV.3. LIMITACIONES

Como en toda investigación se han encontrado una serie de limitaciones que se tendrán en cuenta en futuros estudios:

- La falta de colaboración de algún centro o de padres que no han permitido a sus hijos realizar el estudio.
- El solapamiento de horarios, puesto que las encuestas se realizaban en las horas de tutoría, que se suelen concentrar en las últimas horas del día, lo que hizo necesario alargar el periodo de recogida de datos.
- La dificultad de comprensión de algunas preguntas por parte de los participantes.
- La posible influencia de los compañeros a la hora de responder, puesto que pese a que los cuestionarios eran para realizar de forma individual al ser aplicados en grupo los comentarios de algunos compañeros pudieron influir en algunas respuestas, un hecho que en la medida de lo posible se intentó evitar.

IV.4. PERSPECTIVAS DE FUTURO

Este estudio supone un punto y seguido en el interés por la investigación en este ámbito. Por ello y teniendo en cuenta las limitaciones detectadas se observa la necesidad de realizar una réplica muestral de los cuestionarios validados (BSQ y TEPICA) para conocer si los resultados y la dimensionalidad de los factores se mantiene con la nueva muestra.

Otra línea de investigación muy interesante en la que ya se ha empezado a trabajar es la ampliación del rango de edades de la muestra con un tercer grupo que abarca adolescentes entre los 19 y 25 años, considerando esta etapa como la adolescencia tardía, cuyo fin es comparar los resultados con las etapas preadolescente y adolescente. Además sería interesante poder ampliar también la muestra en cuanto a la localización geográfica para comparar los resultados y poder comprobar si existen diferencias en la percepción de la IC, los HA y el autoconcepto en función de la región en la que se vive.

Por último y destacando el programa de doctorado en el que se enmarca esta tesis doctoral, Innovación Didáctica y Formación del Profesorado, se pretende seguir trabajando en un plan de intervención a nivel educativo que destaque la importancia de los hábitos saludables, con la intención de recoger nuevos datos y compararlos con los actuales; con el fin de mejorar los planes de intervención para que no sólo permitan concienciar sino también modificar los hábitos de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca-Sos, A., Zaragoza, J., Generelo, E., y Julián, J. A. (2010). Comportamientos sedentarios y patrones de actividad física en adolescentes. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 40(39), 410-427.
- Acosta, M.V., y Gómez, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes entre España y Méjico. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 9-21.
- Akesson, A., Larsson, S. C., Discacciati, A., y Wolk, A. (2014). Low-risk diet and lifestyle habits in the primary prevention of myocardial infarction in men. *Journal of the American College of Cardiology*, 64, 1299-1306.
- Alarcón, A. (2012). *Estilos parentales de socialización y ajuste psicosocial de los adolescentes: un análisis de las influencias contextuales en el proceso de socialización* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia.
- Albor, L. (01 de septiembre de 2014). Tras los pasos de Ana y Mía: las webs que fomentan la anorexia son legales en España. *Eldiario.es*. Recuperado de http://www.eldiario.es/hojaderouter/internet/paginas-ana-mia-anorexia-bulimia-leyes-espana_0_298170489.html
- Aldaz, J. (2009). *La práctica de la actividad física y deportiva (PAFYD) de la población adulta de Gipuzkoa como hábito líquido*. (Tesis doctoral). Leioa. Universidad del País Vasco, España.
- Ali, M.M., Amialchuk, A., y Heiland F.W. (2011). Weight-related behavior among adolescents: the role of peer effects. *PLoS One*, 6(6). Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0021179>.
- Amador, J.A. (1995). *Autoestima: Cómo mejorar la propia imagen*. Barcelona, España: Ed. Colimbo.

- Amaral, D., Hernández, N., Basabe, N., Rocandio, A. M., y Arroyo, M. (2012). Satisfacción corporal y calidad de la dieta en estudiantes universitarias del País Vasco. *Endocrinología y Nutrición*, 59(4), 239-245.
- Amezcuca, J.A., y Pichardo, M.C. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de Psicología*, 16(2), 207-214.
- Anatrella, T. (2005). *El mundo de los jóvenes: ¿quiénes son? ¿Qué buscan?* Publicación realizada en un encuentro de preparación de las Jornada Mundial de la Juventud, Roma. Recuperado de: <http://www.laici.va/content/dam/laici/documenti/giovani/pastoralegiovanile/espa%C3%B1ol/anatrella-2003-spa.pdf>
- Argüello, L., y Romero, I. (2012). Trastorno de la imagen corporal. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Grado*, 4(1), 478-518.
- Arias, N., Marqués, M.P., Calvo, M.D., Sánchez, A. B, Quiroga, E., y García, R. M. (2015). La red social del adolescente: la influencia de la amistad en el desarrollo de hábitos obesogénicos. *Enfermería Global*, 14(2), 263-275
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2002. *Guías Alimentarias*. Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria Equipo de redactores de “Preguntas más frecuentes (de la A la Z)” (02/12/2015). Recuperado de <http://www.aepap.org/pdf/guiaalimentaria.pdf>
- Associació contra l'Ànorèxia i la Bulímia (ACAB). (21/12/2015). Recuperado de <http://www.acab.org/es/documentacion/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>.
- Ato, M., López, J.L., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29 (3), 1038-1059

- Ayechu, A., y Dura, T. (2010) Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de educación secundaria obligatoria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 35-42.
- Ayora, D., García-Ferriol, A., y Rubio-Swift, S. (1997). Factores de Autoconcepto relacionados con el rendimiento de los adolescentes en Educación Física. *Revista de Psicología del Deporte*, 6, 59-73.
- Bachman, J.G. (1970). *Youth in transition. Vol. 2: The impact of family background and intelligence on tenth-grade boys*. An Arbor, Michigan: Survey Research Center, Institute for Social Research.
- Bagby, K., y Adams, S. (2007). Evidence based practice guideline: Increasing physical activity in schools-kindergarten through 8th grade. *The Journal of School Nursing*, 23(3), 137-143.
- Baile J.I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos del Marqués de San Adrián. Revista de humanidades*, 2, 53-70.
- Baile, J. I. (2005). *Vigorexia. Cómo reconocerla y evitarla*. Madrid, España: Síntesis.
- Baile, J., y Garrido E. (2005). Características psicométricas del Eating Attitud Test-26 en una muestra de chicas universitarias. *Interpsiquis. 6 Congreso Virtual de Psiquiatría*. (10/09/2015). Recuperado de <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/1074>.
- Baile, J.I. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista médica de Chile*, 142(1), 128-129.

- Baile, J.I., Guillén, F., y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 439-450.
- Baile, J.I., Raich, R. M., y Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 19(2), 187-192.
- Baldwin, M.W., y Holmes, J.G. (1987). Salient private audiences and awareness of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1087-1098.
- Bancalari, R., Díaz, C., Martínez-Aguayo, A., Aglony, M., Zamorano, J., Cerda, V.,..., García, H. (2011). Prevalencia de hipertensión arterial y su asociación con la obesidad en edad pediátrica. *Revista médica de Chile*, 139(7), 872-879.
- Barba, Á.V., Muñoz, O.M., y López, A.M. (2014). La práctica corporal y la Imagen Corporal: reconstruyendo significados. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 17(1), 163–176.
- Behar, R. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. *Revista médica de Chile*, 136(12), 1589-1598.
- Beltrán-Carrillo, V.J.; Devís-Devís, J. y Peiró-Velert, C. (2012). Actividad física y sedentarismo en adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 12(45), 122-137.
- Bemis, K.V., y Hollon, S.D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.

- Benarroch, A., Pérez, S., y Perales, J. (2011). Factores que influyen en las conductas alimentarias de los adolescentes: Aplicación y validación de un instrumento de diagnóstico. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(3), 1219-1232.
- Benarroch, A., y Pérez, S. (2011). Hábitos e ingestas alimentarias de los adolescentes melillenses (españa). *Revistas Editorial Universidad de Granada*, 41, 65-83.
- Bracken, B.A. (1992). *Examiner's Manual: Multidimensional Self Concept Scale*. Austin, Texas: Pro-Ed.
- Brañas, P. (1997). Atención del pediatra al adolescente. *Pediatría General*, 2, 207-216.
- Brewer, E., y Kuhn, J. (2010). Casual-comparative design. *Encyclopedia of research design*, 124-131. Thousand Oaks, CA: In N. Salkind (Ed.).
- Bringué, X., y Sádaba, C. (2008). *La Generación interactiva en Iberoamérica. Niños y adolescentes ante las pantallas*. Barcelona, España: Ariel.
- Brown, L., y Alexander, J. (1991). *Self-esteem index examiner's manual*. Austin, Texas: Pro-Ed.
- Brown, S.W., Welsh, M.C., Labbé, E.E., Vitulli, W.F., y Kulkarni, P. (1992). Aerobic exercise in the psychological treatment of adolescents. *Perceptual and motor skills*, 74(2), 555-560.
- Bruchon, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris, Francia: P.U.F.
- Burnett, P.C. (1994). Self-concept and self-esteem in elementary school children. *Psychology in the Schools*, 31, 164-171.
- Burns, R. (1990). *El autoconcepto. Teoría, medición, desarrollo y comportamiento*. Bilbao, España: Ediciones Egea.

- Burns, R.B. (1982). *Self-Concept Development and Education*. London: Holt, Rinehart and Winston.
- Cabrera, Y., y Fanjúl, C.F. (2012). Influencia de los modelos publicitarios en la adolescencia: anorexia y vigorexia. *RASE: Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 5(2), 122-137.
- Cachón, J., Cuervo, C., Zagalaz, M. L., y González, C. (2015). Relación entre la práctica deportiva y las dimensiones del autoconcepto en función del género y la especialidad que cursan los estudiantes del grado de magisterio. *Journal of Sport and Health Research*, 7(3), 257-266.
- Cafri, G., y Thompson, J.K. (2004). Measuring Male Body Image: A Review of the Current Methodology. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(1), 18–29.
- Calvo, S.C., Gómez, C., Royo, M.A., y López, C. (2011). *Nutrición, salud y alimentos funcionales*. España: Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED.
- Candel, N., Olmedilla, A., y Blas, A. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 8(1), 61–77.
- Carriedo, A., Cuervo, C., y López, I. (2014). El Autoconcepto Social en los adolescentes: diferencias según género y práctica deportiva. *II Congreso Internacional de Educación a través del Deporte*, Grupo de Innovación Didáctica en Actividad Física de la UJA, Jaen, Spain.
- Cash, T.F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.
- Cash, T.F., y Pruzinsky, T. (2004). *Body image. A handbook of theory, research & clinical practice*. New York: Paperback edition.

- Castillo, A. (29 de octubre de 2015). Diez mitos alimentarios para desterrar y tres para valorar. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/vida-sana/2015/10/29/562a55daca4741922d8b4608.html>
- Castillo, M.D., León, M.T., y Naranjo, J.A. (2001). Creencias erróneas sobre alimentación. *Medicina general*, 33, 346-350.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7(2), 175-189.
- Castro-Feijóo, L., y Pombo, M. (2006). Pubertad precoz. *An Pediatr Contin*, 4(2), 79-87.
- Castro-López, R. (2013). *Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación en deportistas de musculación: patrones psicológicos asociados a la vigorexia* (Tesis Doctoral). Universidad de Jaén. Jaén, España.
- Cazalla-Luna, N., y Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el Autoconcepto y su importancia en la Adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 10, 43-64.
- Cervera, F., Serrano, R., Vico, C., Milla, M., y García, M.J. (2013) Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 438-446.
- Chacón, R., Arufe, V., Cachón, J., Zagaláz, M. L., y Catro, D. (2016). Estudio relacional de la práctica deportiva en escolares según el género. *Sportk*, 5(1), 85-92.
- Christakis, N., y Fowler, J. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med*, 357, 370-379.

- Coballes, S. (2003). *La Actividad Físico-Deportiva extraescolar: la influencia en el Autoconcepto de los adolescentes y la motivación en la participación en clases regladas de Educación Física: un estudio del Colegio San Fernando de Avilés (Asturias)*. Universidad de Oviedo. Departamento de Ciencias de la Educación. Universia. Biblioteca de recursos. Recuperado de <http://biblioteca.universia.net/autor/Universidad%20de%20Ovied%20Departament%20de%20Ciencias%20de%20la%20Educaci%C3%B3n.html>
- Coballes, S. (2015). *Relaciones entre actividad física, imagen corporal, autoconcepto e inteligencias múltiples de los adolescentes* (Tesis doctoral). Universidad de Oviedo. Oviedo, España.
- Combs, A.V. (1965). *The professional education of teacher*. Boston: Allyn and Bacon.
- Contreras, O.R., Fernández, J.G., García, L.M., Palou, P., y Ponseti, J. (2010). El Autoconcepto Físico y su relación con la práctica deportiva en estudiantes adolescentes. *Revista de Psicología del Deporte*, 19(1), 23–39.
- Contreras, O., Gil, P., García, L.M., Andujar, A., Hidalgo, A., Padilla, F.J., y Rodríguez, Y. (2006). La intervención escolar preventiva de los trastornos de la alimentación. Educación física y distorsión de la imagen corporal. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 21, 89-108
- Cooley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scribner's Sons.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Coopermish, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.

- Crisp, A.H., y Kalucy, R.S. (1974). Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 47, 349-361.
- Cruz R.M., Ávila L.M., Cortés M.C., Vázquez A.R., y Mancilla, J.M. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud*, 18(1), 189-198.
- Cruz, S, y Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 455-473.
- Cuervo, C., González, C., Cachón, J. y Zagalaz, M.L. (2016). Relación de los conocimientos e intereses sobre alimentación y la práctica de actividad física en una muestra de adolescentes. Artículo aceptado a la espera de publicación en la *Revista Psicología del Deporte*.
- Cummins, R.A., y Gullone, E. (2000). *Why we should not use 5-point Likert scales: The case for subjective quality of life measurement. Proceedings Second International Conference on Quality of Life in Cities*, 74-93. Singapore: National University of Singapore.
- Cusatis, D.C., y Shannon, B.M. (1996) Influences on adolescent eating behavior. *Journal of Adolescent Health*, 18, 27-34.
- De Gracia, M, Marcó, M, Fernández, M.J, y Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20(1), 15-26.
- De la Haye, K., Robins, G., Mohr, P., y Wilson, C. (2010). Obesity-related behaviors in adolescent friendship networks. *Soc Networks*, 32, 161-67.

- De Onis, M., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nashidaa, C., y Siekmanna, J. (2007). Elaboración de un patrón OMS de crecimiento de escolares y adolescentes. *Bull World Health Organization*, 85, 660-7.
- Delgado, M., Gutiérrez, A., y Castillo, M.J. (1999). *Entrenamiento físico deportivo y alimentación. De la infancia a la edad adulta. (2.ª ed)*. Barcelona: Paidotribo.
- Dietz, W.H. (1997). Periods of risk in childhood for the development of adult obesity—what do we need to learn? *Journal of Nutrition*, 127, 1884–1886.
- Domènech, E. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España: Servei de Publicacions.
- Donaire, A.M. (2011). *La Imagen Corporal*. México: Departamento de Psicología de la Salud.
- Duran, S., Valdés, P., Godoy, A., y Herrera, T. (2014). Hábitos alimentarios y condición física en estudiantes de pedagogía en educación física. *Revista Chilena de Nutrición*, 41(3), 251-259.
- Eisenberg, M.E., Neumark-Sztainer, D., Haines, J., y Wall, M. (2006). Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: Longitudinal findings from project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 38, 675–683.
- Elosua, P., y Zumbo, B. D. (2008). Reliability coefficients for ordinal response scales. *Psicothema*, 20(4), 896-901.
- Erickson, F. (1985). *Qualitative Methods in Research on Teaching*. Occasional Paper No. 81.

- Esnaola, I. (2005.a). Autoconcepto físico y satisfacción corporal en mujeres adolescentes según el tipo de deporte practicado. *Apunts: Educación física y deportes*, 80, 5-12.
- Esnaola, I. (2005.b). Desarrollo del autoconcepto durante la adolescencia y principio de la juventud. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 58(2), 265-277.
- Esnaola, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de Psicología*, 24(1), 1-8.
- Esnaola, I., y Revuelta, L. (2009). Relaciones entre la Actividad Física, Autoconcepto Físico, expectativas, valor percibido y dificultad percibida. *Acción Psicológica*, 6(2), 31-43.
- “España es el tercer país europeo con más obesidad infantil”, dice una experta en Nutrición” (29 de mayo de 2014). *Europa Press*. Recuperado de: <http://www.europapress.es/navarra/noticia-espana-tercer-pais-europeo-mas-obesidad-infantil-dice-experta-nutricion-20140529152246.html>
- Estévez, M. (2012). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de Segundo ciclo de educación secundaria de la ciudad de Alicante* (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Granada, España.
- Etxaniz, I.E. (2005). Autoconcepto Físico y satisfacción corporal en mujeres adolescentes según el tipo de Deporte practicado. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 80, 5-12.
- Fanjul, C. (2008). *Vigorexia: una mirada desde la publicidad*. Madrid: Fragua.

- Fernández, J.G. (2008). *Autoconcepto Físico, Imagen Corporal y Práctica físico-deportiva en alumnos y alumnas de Educación Secundaria* (Tesis doctoral). Universidad de Castilla la Mancha. Toledo, España.
- Fernández-Bustos, J. G., González-Martí, I., Contreras, O., y Cuevas, R. (2015). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(1), 25-33.
- Fernando, P.J., y Lorenzo-Seva, U. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: algunas consideraciones adicionales. *Anales de Psicología*, 30(3), 1170-1175
- Fisher, E. (1986). *Development & structure of the body image*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Fitts, W.H. (1965). *Tennessee self concept scale*. Nashville, Tennessee: Counselor Recordings and Tests.
- Fitts, W.H., y Roid, G. H. (1964). *Tennessee self concept scale*. Nashville, Tennessee: Counselor Recordings and Tests.
- Flaquer, L. (1997). La emancipación familiar de los jóvenes. *Revista de estudios de juventud*, 39, 37-46.
- Fleming, J.S., y Courtney, B.E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404-421.
- Florenzano, R. (1994). *Familia y salud de los jóvenes*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Fogel, V. A., Raymond, G., Miltenberger, R. G., y Koehler, S. (2010). The effects of exergaming on physical activity among inactive children in a physical education classroom. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 43, 591-600.

- Fox, K.R., y Corbin, C.B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 11*, 408-430.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent Coping*. London: Routledge.
- Fuentes, M.C., García, J.F., Gracia, E., y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicoSocial en la adolescencia. *Psicothema, 23*(1), 7-12.
- Gabelko, N. H. (1997). Age and gender differences in global, academic, social and athletic self-conceptsin academically talented students. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association. Chicago.
- Galarza V. (2008). *Falsos Mitos sobre la alimentación*. Guía. CECU Confederación (de ámbito estatal) de Consumidores y Usuarios. Recuperada de http://cecu.es/publicaciones/falsos_mitos.pdf
- Galeano, D., y Krauch, C. (2010). Actitudes Alimentarias y Satisfacción con la Imagen Corporal en Mujeres Universitarias. *Eureka, Asunción (Paraguay)* 7(1), 11-38.
- Garaigordobil, M., y Durá, A. (2006). Relaciones de autoconcepto y la autoestima con sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y modificación de conducta, 32*(141), 37-64.
- Garaigordobil, M., Cruz, S., y Pérez, J. I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología, 24*(1), 113-134.

- Garaulet, M., Canteras, M., Morales, E., López-Guimera, G., Sánchez-Carracedo, D., y Corbalán-Tutau, M.D. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity: the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutr. Hosp.*, 27(2), 645-651.
- García Arias, M.T., y García Fernández, M.C. (2003). *Nutrición y Dietética*. Ed Universidad de León.
- García, F., y Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- García, F., y Musitu, G. (2014). *Manual AF-5 Autoconcepto. Forma 5*. TEA Ediciones,
- García-Cueto, E., Gallo-Álvaro, P., y Miranda-García, R. (1998). Bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio. *Psicothema*, 10(3), 717-724.
- García, E; Rodríguez, P.L; Sánchez, C. y López, P.A. (2012). Tiempo de ocio y práctica físico-deportiva en escolares (10-12 años) de la región de Murcia (España): diferencias en función del género. *Revista de estudios y experiencias en educación*, 11(22), 155-168.
- García-Sánchez, A., Ortega, F. B., López-Blanco, D., y Burgueño-Menjibar, R. (2013). Condición física, adiposidad y autoconcepto en adolescentes. Estudio piloto en *Revista de Psicología del Deporte*, 22, 453-461.
- García-Torres, B. (1983). *Análisis y delimitación del constructo autoestima*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Gardner, R.M., Jappe, L.M., y Gardner, L. (2009). Development and Validation of a New Figural Drawing Scale for Body-Image Assessment: *The Bias-BD Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 113-122.

- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Stancer, C., y Moldofsky, H. (1976). Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity. *Psychosomatics Medicine*, 38, 327-336.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P., y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garrote, D., y Palomares, A. (2011). Educación y salud en la adolescencia: los trastornos de la conducta alimentaria. *ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 26, 55-70.
- Gasco M., Briñol, P., y Horcajo, J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema*, 22(1), 71-76.
- Gecas, V. (1982). The Self-Concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1-33. Recuperado de https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Social%20Psych%20Prelim%20Readings/III.%20Self%20and%20Identity/1982%20Gecas%20-%20The%20Self-Concept.pdf
- Gómez Ayala, A. E. (2004). Nuevos desórdenes en el comportamiento alimentario: el trastorno por atracón. *Farmacia Profesional*, 18(11), 44-46.
- Gómez-Mármol, A., Sánchez-Alcazar, B., y Mahedero-Navarrete, M.P. (2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Ágora para la educación física y el deporte*, 15(1), 54-63.
- Gómez Mudarra, P. (2013). *Insatisfacción con la imagen corporal y malestar emocional: un estudio de mediación múltiple*. (Trabajo fin de máster). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Educación. Madrid, España.

- González, C., Cuervo, C., Cachón, J., y Zagalaz, M. L. (2016). Relación entre variables demográficas, la práctica de ejercicio físico y la percepción de la imagen corporal en estudiantes del grado de magisterio. *Retos*, 29, 90-94.
- González, E., Merino, B., López, C., García, A., Migallón, P., Pérez, A.M., Ruiz, C., y Vázquez, C. (2000). *Guía de Nutrición Saludable y Prevención de los Trastornos Alimentarios*. Madrid: MISC-MEC. Recuperado de http://www.fhspereclaver.org/userfiles/file/guia_nutricion_saludable.pdf (22/12/2015)
- González-Carrascosa, R., García-Segovia, P., y Martínez-Monzó, J. (2013). Valoración de la imagen corporal y de los comportamientos alimentarios en universitarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(1), 45-59.
- Gonzalez-Pienda, J. A., Nuñez, J. C., Porto, A., Santorum, R., y Valle, A. (1990). Autoconcepto: Conceptualización, desarrollo y modelos explicativos. *Magíster*, 8, 229-250.
- Goñi, E., e Infante, G. (2010). Actividad físico-deportiva, autoconcepto físico y satisfacción con la vida. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 199-208.
- Gracia, M. (2010). De modernidades y alimentación: comer hoy en España. *Horizontes Antropológicos*, 16(33), 177-196.
- Gracia, M., Marcó, M., Fernández, M.J., y Juan, J. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20, 15-26.
- Grande Covián F. (1996). *Nutrición y salud. Mitos, peligros y errores de las dietas de adelgazamiento*. Biblioteca de la salud. Grupo Correo de Comunicación.
- Grande Covián, F. (1992). *Alimentación y Nutrición*. Barcelona: Salvat.

- Grant, J.R., y Cash, T.F. (1995). Cognitive-behavioral Body Image Therapy: Comparative Efficacy of Group and Modest-Contact Treatments. *Behavior Therapy*, 26, 69-84.
- Grove, G.A. (1980). Parental behavior and self-esteem in children. *Psychological Reports*, 47, 499-502.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.*
- Guillén, F., y Sánchez, R. (2003). Autoconcepto en jóvenes sedentarios y practicantes deportivos. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 2, 259-272.
- Guirado, M.C., y Ballester, R. (2005) Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. *Anales de Psicología*, 21(1), 58-65.
- Guirola, M.C, Calavia, M.R., Fernández, J.M., y Fernández M.L. (2013). Elaboración de un proyecto: fomento del ejercicio físico en el adolescente con hábitos no saludables. *ENE, Revista de Enfermería.*, 7(2).
- Halmi, K., Goldberg, S., y Cunningham, S. (1977). Perceptual distortion of body image in adolescent girls. *Psychological Medicine*, 7, 253-257.
- Harris, C.V., Bradlyn, A.S, Coffman, J, Gunel, E., y Cottrell, L. (2007). BMI-based body size guides for women and men: development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts. *International Journal of Obesity*, 32(2), 336-342.

- Harter, S. (2006). *The development of self-representations in childhood and adolescence*. In W. Damon & R. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed.). New York: Wiley Publishing Inc
- Hattie, J. (2000). Getting back on the correct pathway for self-concept research in the new millennium: Revisiting misinterpretations of and revitalising the contributions of James' agenda for research on the self. In R.G. Craven, & H.W. Marsh (Eds.), *Self-concept theory, research and practice: Advances for the new millennium*, 42-66. Sydney, Australia: SELF Research Centre, University of Western Sydney.
- Havighurst, R.J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: Davis. McKay.
- Heaven, P.C.L. (1996). *Adolescent health: The role of individual differences*. London: Routledge.
- Hernández, A. M., y Perinat, A. (2007). *La adolescencia*. Barcelona, España: Universidad Abierta de Cataluña.
- Hernández, J. L., y Velázquez R. (2007). *La educación física, los estilos de vida y los adolescentes: cómo son, cómo se ven, qué saben y qué opinan: estudio de la población escolar y propuestas de actuación*. Barcelona, España: Graó.
- Hernando, Á., Oliva, A., y Pertegal, M. Á. (2013). Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 15-23.
- Herrera, J., Quevedo, C., y Quinn, E. (2013). Comparación entre tres modelos anatómicos para buscar la mejor representación en percepción de imagen corporal en estudiantes de la carrera de Nutrición de la Universidad del Salvador. *Diaeta*, 31(143), 07-12.

- Hersen, M. (2004). *Psychological Assessment in clinical practice. A Pragmatic Guide*. Abingdon, England: Brunnes-Routledge Editions by Taylor & Francis Group.
- Hilke, E. V., y Conway, G. C. (1994). *Gender equity in education*. Indiana: Reports-Descriptive
- Horrocks, J. (1984). *Psicología de la adolescencia*. México: Editorial Trillas.
- Ibáñez, J.J., y Baile, J.I. (2014). Diseño y construcción de la Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal en Varones: estudio piloto con adolescentes. *Psicología y Salud*, 24(1), 131-138.
- Infante, G., Axpe, I., Revuelta, L., y Ros, I. (2012). Autopercepción física y modalidades de actividades físicas en la edad adulta. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 110(4), 19-25.
- Instituto Nacional de Estadística. Consultada el 08/01/2016
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- James, W. (1892). *Psychology: The briefer course*. New York: Henry Holt.
- Jersild, A. T. (1951). *Self understanding in chidhood and adolescence*. *American Psychologist*, 6, 122-126
- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E., y Sánchez, A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Jiménez-Pavón, D., Sesé, M.A., Huybrechts, I., Cuenca-García, M., Palacios, G., Ruiz, J.R., ..., Moreno, L.A. (2013). Dietary and lifestyle quality indices with/without physical activity and markers of insulin resistance in European adolescents: the HELENA study. *British Journal of Nutrition*, 110, 1919-1925.

- Johnson, B. (2001). Toward a new classification of nonexperimental quantitative research. *Educational Researcher*, 30(2), 3-13.
- Kalish, R. (1983). *La vejez: Perspectivas sobre el Desarrollo Humano*. Madrid: Pirámide.
- Kwak, L., Kremers, S. P., Bergman, P., Ruiz, J. R., Rizzo, N. S., y Sjostrom, M. (2009). Associations between physical activity, fitness, and academic achievement. *The Journal of Pediatrics*, 155(6), 914-918.
- Kearney-Cooke, A. (2002). Familial influences on body image development. En T.F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image. A handbook of theory, reseach and clinical practice*, 99- 107. New York: Guilford.
- Klonoff, E.A., y Landrine, H. (1993). Cognitive representations of bodily parts and products: Implications for health behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 497-508.
- Knapen, J., Van-Coppenolle, H., Peuskens, J., Pieters, G., y Knapen, K. (2006). Comparison of Changes in Physical Fitness, Physical Self-Concept, Global Self-Esteem, Depression and Anxiety Following Two Different Psicomotor Therapy Programs in Non-Psychotic Psychiatric Inpatients. En A. Prescott (Ed.), *The concept of self in education, family and sports*, 91-114. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Koff, E., Rierdan, J., y Stubbs, M.L. (1990). Gender, body image, and self-concept in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 10, 56-68.
- La Rosa, J, y Díaz Loving, R. (1991) Evaluación del autoconcepto: una escala multidimensional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 23(1), 15-33.

- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., y Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 23-33.
- Larson, N.I., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P.J., y Story, M. (2007). Trends in Adolescent Fruit and Vegetable Consumption, 1999–2004. Project EAT. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(2), 147-150.
- Lazo, C.M., y Barroso, J.A.G. (2008). La recepción de mensajes televisivos y otras pantallas en las distintas etapas del desarrollo evolutivo del niño y el adolescente. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 42(2), 145-159.
- Le Boulch, J. (1986). *La educación psicomotriz en la escuela primaria: la psicokinética en la edad escolar*. Buenos Aires: Paidós.
- Leit, R.A., Pope, H.G., y Gray, J.J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: the evolution of Playgirl centrefolds. *International Journal Eating Disorder*, 29, 90-93.
- Lerner, R.M., Iwawaki, S., Chiara, T., y Sorell, G.T. (1980). Self-concept, self esteem, and body attitudes among Japanese male and female adolescents. *Child Development*, 51, 847-855.
- Lizalde, M (2012). *Análisis del índice de práctica de actividad físico-deportiva adecuada de los jóvenes de 12 a 16 años en Aragón y de sus determinantes*. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza, España.
- Lopes-Rosado, E., Zubieta, M.I., y Sarasa, Y. (2003). Nutrición en el Ciclo Vital. *Alimentos y Nutrición en la Práctica Hospitalaria*, 195-197. Madrid, España: Díaz dos Santos.

- López, E., Findling, L., y Abramzón, M. (2006). Health Inequalities: Are morbidity perceptions between men and women different? *Salud Colectiva*, 2(1), 61-74.
- López Manrique, I. (2014). *Relación entre la competencia de representación espacial, el autoconcepto, la motivación, la actividad artística y la actividad física de los estudiantes de los títulos de magisterio, en el ámbito de la expresión plástica* (Tesis Doctoral). Universidad de Oviedo. Oviedo, España.
- López Rodríguez, Y. (2012). Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. *Revista Cubana de Enfermería*, 28(1), 23-36.
- Luna, N.C., y Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el Autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 0(10), 43-64.
- Mabe, A.G., Forney, K.J., y Keel, P.K. (2014). Do You “Like” My Photo? Facebook Use Maintains Eating Disorder Risk. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 516–523.
- Macias. A.V., Gordillo, L.G., y Camacho, E.J (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 39(3), 40-43.
- Manleón, A. (20 de octubre de 2013). Adolescentes sin fecha de caducidad. *La Opinión A Coruña*. Recuperado de <http://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2013/10/20/adolescentes-fecha-caducidad/774251.html>
- Markey, C.N., y Markey, P.M. (2006). Romantic relationships and body satisfaction among young women. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 256–264.

- Markus, H., y Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social Psychological perspective. *Annual review of Psychology*, 38, 299-337.
- Marsh, H. W., y Ayotte, V. (2003). Do multiple dimensions of self-concept become more differentiated with age? The differential distinctiveness hypothesis. *Journal of Educational Psychology*, 95, 687-706.
- Marsh, H.W. (1997). The measurement of Physical Self-Concept: A constructvalidation approach. En K.R. Fox (Ed.), *The physical self: From motivation to wellbeing*, 27-58. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Marsh, M.W. (1989). Confirmatory factor analysis of multitrait multimethod data: Many problems and a few solutions. *Applied Psychological Measurement*, 13, 335-361.
- Marsh, M.W. (1990). Th estructure of academic self-concept: The Marsh/Shavelson Model. *Journal of Educational Psychology*, 82, 623-636.
- Marshall, W.A., y Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child*. 44, 291-303.
- Martí, A., y Martínez, J. A. (2014). La alimentación del adolescente: necesidad urgente de actuar de forma inmediata. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(1), 5-8.
- Martínez, D., y Veiga, O.L. (2007) Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa corporal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deport*, 7 (27), 253-265.

- Martínez-Gómez, D., Ruiz, J. R., Gómez-Martínez, S., Chillón, P., Rey-López, J., Díaz, L. E.,..., AVENA Study Group. (2011). Active commuting to school and cognitive performance in adolescents: The AVENA Study. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(4), 300-305.
- Martínez Pérez, M.I. (2005). *El autoconcepto en niños y adolescentes ciegos/deficientes visuales y videntes, y su relación con el rendimiento académico*. Tomo 1. El logro académico de los alumnos de Primaria y 1º de ESO. Junta de Extremadura. Consejería de Educación. España.
- McCabe, M. P., y Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour research and therapy*, 43(5), 653-668.
- Menéndez García, R. A., y Franco Díez, F. J. (2009). Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. *Nutrición Hospitalaria*, 24(3), 318-325.
- Méndez-Giménez, A., Fernández-Río, J., y Cecchini, J.A. (2013). Papel importante del alumnado, necesidades psicológicas básicas, regulaciones motivacionales y Autoconcepto Físico en Educación Física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 13, 71-82.
- Mente, A., de Koning, L., Shannon, H. S., y Anand, S. S. (2009). A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Archives of internal medicine*, 169(7), 659-669.
- Menzel, J.E., Krawczyk, R., y Thompson, J.K. (2011). Attitudinal Assessment of Body Image for Adolescents and Adults. En T.F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 48-55). New York: Guilford Press.

- Merino, H., Pombo, M.G., y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), 539-545.
- Mesana, M.I. (2013). *Alimentación en adolescentes: Valoración del consumo de alimentos y nutrientes en España: Estudio Avena* (Tesis Doctoral). Universidad de Zaragoza. España.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012 Recuperado de www.msssi.gob.es (08/01/2015).
- Montero, A., Úbeda, N., y García, A. (2006). Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(4), 466-473.
- Montero, I., y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Montero, P., Morales, E. M., y Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116.
- Moral, J. E. (2012). Actividad física y composición corporal en escolares andaluces de entre 13-16 años. Análisis de la calidad de vida y motivos que inducen a la práctica de actividades físico-deportivas. *Apunts. Educación física y deportes*, 3(109), 98.
- Moral, J.E., Redecillas, M.T., y Martínez López, E.J. (2012) .Sedentary lifestyle or adolescent andalusian. *Journal of Sport and Health Research*, 4(1):67-82.
- Morales, E.M., y Melo, L.K. (2014). *Estado del arte sobre percepción de Imagen Corporal y el concepto de cuerpo*. Programa de Fisioterapia, Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.

- Morales, M., Ruso, C., Micó, A., y Llopis, A. (2014). Valoración del patrón alimentario en adolescentes españoles en zona mediterránea y atlántica: un estudio piloto. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 20(3), 85-90.
- Moreno, J.A., Cervelló, E., y Moreno, R. (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 171-183.
- Moreno, L. A., Gottrand, F., Huybrechts, I., Ruiz, J. R., González-Gross, M., y DeHenauw, S. (2014). Nutrition and lifestyle in European adolescents: the HELENA (healthy lifestyle in Europe by nutrition in adolescence) study. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 5(5), 615S-623S.
- Moreno, C., Muñoz-Tinoco, V., Pérez, P., Sánchez-Queija, I., Granado M.C, Ramos, P., y Rivera, F. (2008). Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años. *Summary of the Study Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2006)*.
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A., y García, I. (2012) *Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles*. Resumen del estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-2010). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/HBSC2010_Resumen.pdf
- Moreschi, G. (2008). *Adolescentes eternos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Muñoz, D. (2015). *Insatisfacción corporal y práctica de actividad física y deportiva en adolescentes de Gipuzkoa* (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco, España.
- Muñoz, A. y Martí, A. (2008). *Dieta durante la infancia y la adolescencia*. Barcelona, España: Masson, 83-98.

- Musitu, G., y Allatt, P. (1994). *Psicosociología de la familia*. Valencia, España: Albatros.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., y Cava. M. J. (2001). *Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial*. Madrid, España: Síntesis.
- Musitu, G., García, F., y Gutiérrez, M. (1991). *AFA. Autoconcepto Forma-A*. Madrid: TEA.
- Mussap, A.J. (2009). Acculturation, body image, and eating behaviours in Muslim Australian women. *Health & Place, 15*, 532-539.
- National Institutes of Health. (2005). The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *US Pediatrics, 114*, 555-76.
- Navarro-Solera, M., González-Carrascosa, R., y Soriano, J. M. (2014). Estudio del estado nutricional de estudiantes de educación primaria y secundaria de la provincia de Valencia y su relación con la adherencia a la Dieta Mediterránea. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 18(2)*, 81-88.
- Noriega, M.J., Jaén, P., Santamaría, A., Amigo, M. T., Antolín, O., Casuso, I., ..., De-Rufino, P.M. (2015). Hábitos sedentarios en adolescentes escolarizados de Cantabria. *Retos, 27*, 3-7.
- Nogueira Serpa dos Santos, J.C. (2012). *Relación entre composición corporal, Imagen Corporal, Actividad Física e Inteligencia Emocional en alumnado universitario - estudio de una población portuguesa*. Tesis doctoral. Universidad de Huelva. Huelva, España.
- Offer, D., Ostrov, J.D., Howardx, K.I., y Dolan, M.A. (1992). *Offer Self Image Questionnaire, Revised*. Los Ángeles:Western Psychological Services

- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Olgoso, N., y Gallego, S. (2006). Nivel de Conocimientos sobre Alimentación/Nutrición Sana de los Adolescentes Malagueños de 1º de ESO. Una Enfermera en los Colegios. *Enfermería Docente*, 85, 6-11
- Organización Mundial de la Salud (1975). *El Embarazo y el Aborto en la Adolescencia*. Informe de la reunión de la OMS celebrada en Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Seen but Not Heard: Very young adolescents aged 10–14 years*, ONUSIDA, Ginebra, 2004, 5–7.
- Ortega, M.A. (2010). *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la ciudad de Jaén* (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Granada, España.
- Osorio, J., Weisstaub, G., y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(3), 280-285.
- Oviedo, G., Sánchez, J., Castro, R., Calvo, M., Sevilla, J.C., Iglesias, A., Guerra, M. (2013). Niveles de actividad física en población adolescente: estudio de caso. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 23, 43-47.
- Padilla, M.T., García, S., y Suárez, M. (2010). Diferencias de género en el Autoconcepto general y académico de estudiantes de 4ª de ESO. *Revista de Educación*, 352, 495–515.

- Palacios, J. (2003). Desarrollo del Yo. En López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M., Ortiz, M. (Eds). *Desarrollo Afectivo y Social* (pp. 231-261). Madrid: Pirámide.
- Palau, A. (6 de agosto de 2012). Leyendas de cocina: seis mitos de la alimentación. *Eriski Consumer*. Recuperado de http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/alimentos_a_debate/2012/07/31/211577.php
- Palenzuela, S.M., Pérez, A., Pérula, L.A., Fernández, J.A., y Maldonado, J. (2014). La alimentación en el adolescente. *Anales Sist Sanit Navarra*, 37(1) 47-58.
- Pastor, Y., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2003). El autoconcepto y la autoestima en la adolescencia media: análisis diferencial por curso y género. *Revista de Psicología Social*, 18, 141-159.
- Peralta, F.J., y Sánchez, M.D. 2003. Relaciones entre el autoconcepto y el rendimiento académico, en alumnos de Educación Primaria. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*, 1(1), 95-120.
- Pérez De Eulate, L., Ramos, P., Liberal, S., y Latorre, M. (2005). Educación nutricional: una encuesta sobre hábitos alimenticios en adolescentes vascos. *Enseñanza de las Ciencias*, (Extra), 1-5.
- Pérez Vadillo, S. (2013). *Educación para una Correcta Alimentación en Alumnos Adolescentes: Diagnóstico de Conductas Alimentarias y Propuesta de Actividades de Enseñanza-Aprendizaje*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Granada, España.
- Piaget, J. (1977). *Seis estudios de psicología*. Barcelona, España: Editorial Seix Barral. (Trabajo original publicado en 1964).

- Picq, L., y Vayer, P. (1977). *Educación psicométriz y retraso mental:(aplicación a los diversos tipos de inadaptación)*. Barcelona, España: Edit. Científico-Médica.
- Piers, E. V., y Harris, D. B. (1969). *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Powell, L. M., Szczypka, G., y Chaloupka, F. (2010). Trends in Exposure to Television Food Advertisements Among Children and Adolescents in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164 (9), 794-802.
- Premsky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants, On The Horizon. *NCB University Press*, 9(5).
- Princesa Lorelei (2008-2016). *Princesa Lorelei Pro Ana*. Blogspot.com. Recuperado de <http://prinzessinloireleiwannabeana.blogspot.com.es/>
- Pruzinsky, T., y Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. *Development, Deviance and Change*. New York: The Guilford Press.
- Purkey, W. W. (1970). *Self Concept and School Achievement*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich, R. M.; Torras, J., y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 85, 603-626.

- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid, España: Ed. Pirámide.
- Raich, R.M., Mora, M., Sánchez Carracedo, D., y Torras, J. (2000). Adaptación y calidad psicométrica de la entrevista EDE (Eating Disorders Examination) para la evaluación de los trastornos alimentarios en población universitaria. *Revista AETCA*, 1(6), 3-5.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 1 (7), 51-66.
- Ramírez, M., y Herrera, F. (2002). El Autoconcepto. *Revista Eúphoros*, 5, 187-204.
- Ramos, P., Rivera, F., y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22, 77-83.
- Raznahan, A., Shaw, P., Lalonde, F., Stockman, M., Wallace, G. L., Greenstein, D., y Giedd, J.N. (2011). How Does Your Cortex Grow? *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 31(19), 7174–7177.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua Española*. 23.ª Edición, Edición del Tricentenario, [en línea]. Madrid, España: Espasa.
- Reigal, R., y Videra, A. (2011). Frecuencia de práctica física y Autoconcepto Físico multidimensional en la adolescencia. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 105(3), 28-34.
- Reigal, R., Videra, A., Márquez, M.V., y Parra, J.L. (2013). Autoconcepto Físico multidimensional y barreras para la práctica física en la adolescencia. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 111(1), 23–28.

- Reigal, R., Videra, A., Parra, J.L., y Juárez R. (2012). Actividad físico deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. *Retos*, 22, 19-23.
- Riba, R. E. (2015). El vino y el alcohol en la salud. *Mediterráneo económico*, 27, 161-177.
- Ríos, P. B. (2009). La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 10, 1069-1086.
- Rivas, M. (2003). *Eficacia de los microgrupos en el aprendizaje curricular y en el fomento de integración sociocultural*. Viceconsejería de Educación. Consejería de Educación. Comunidad de Madrid.
- Rodríguez Espinar, S. (1982). Factores de rendimiento escolar. Barcelona, España: Oikos-Tau
- Rodríguez Marín, I. (2004). *Prevalencia de la población de riesgo para anorexia nerviosa en el alumnado de Educación Secundaria Obligatoria de la provincia de Jaén. Especial atención al uso excesivo del ejercicio físico* (Tesis Doctoral). Universidad de Jaén. Jaén, España.
- Rodríguez-Tomé, H., y Bariaud, F. (1994). *Changes in self-conceptions in adolescence*. Communication à la IV Biennial Conference of EARA, Stockholm.
- Rogers, C. R. (1951) *Client-Centered Counselling*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Román, V., y Quintana, M. (2010). Nivel de influencia de los medios de comunicación sobre la alimentación saludable en adolescentes de colegios públicos de un distrito de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71(3), 185-9.

- Rosen, J. A., Glennie, E. J., Dalton B. W., Lennon, J. M., y Bozick, R. N. (2010). *Noncognitive Skills in the Classroom: New Perspectives on Educational Research*. RTI Press publication No. BK-0004-1009. Research Triangle Park, NC: RTI International.
- Rosen, J. C., y Reiter, J. T. (1995). *Development of Body Dysmorphic Disorder Examination (DBDE)*. Documento no publicado. University of Vermont.
- Rosen, J. C.; Salzberg, E.; Srebnik, D., y Went, S. (1990). *Development of Body Image Avoidance Questionnaire*. Documento no publicado.
- Rosenberg, M. (1963). Parental Interest and children's self-conceptions. *Sociometry*, 1963, 26, pp. 35-47.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Nueva York: Basic Books.
- Rosenberg, M. (1985). *Self-concept and psychological well-being in adolescence*. En R.L. Leahy (ed.) (pp. 205-246). *The development of the self*. Nueva York: Academic Press.
- Rosenblum, G.D., y Lewis, M. (1999). The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child Development*, 70(1), 50-64
- Rubio Gil, A. (2009). *Adolescentes y Jóvenes en Red*, Madrid.
- Ruíz, L.M. (1987). *Desarrollo Motor y Actividades Físicas*. Madrid, España: Gymnos.
- Ruiz, E., del Pozo, S., Valero, T., Ávila, J.M., y Varela-Moreiras, G. (2014). *Hábitos alimentarios y estilos de vida de los universitarios españoles. Patrón de consumo de bebidas fermentadas*. Fundación Española de la Nutrición. Recuperado de <http://www.munideporte.com/imagenes/documentacion/ficheros/00DA422F.pdf>

- Ruiz, S., Rodríguez, A., y Goñi, A. (2005). Variables socioculturales en la construcción del autoconcepto físico. *Cultura y Educación*, 17(3), 225-238.
- Ruiz-Ariza, A., Ruiz, J. R., de la Torre-Cruz, M., Latorre-Román, P., y Martínez-López, E. J. (2015). Influencia del nivel de atracción hacia la actividad física en el rendimiento académico de los adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, 42-50
- Sáez, M.S., y Mateo, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 55(3), 455-474.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87, 67-80.
- Sánchez, A., Hurtado, F., Colomer, J, Saravia, S., Monleón, J., y Soriano, A. (2000). Actitud alimentaria anómala y su relación con la imagen corporal en una muestra urbana de adolescentes valencianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(3), 191-206.
- Sánchez, R. M., y Moreno, A. M. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la conducta alimentaria*, 5, 457-482.
- Sánchez, R., y Matalinares, M.L. (2014). Valores interpersonales y autoconcepto en estudiantes universitarios de la carrera de Ingeniería Ambiental y Administración de Empresas de una Universidad estatal. *Revista de Investigación en Psicología*, 17(1), 55-80.
- Sánchez-Cruz, J. J., Jiménez-Moleón, J. J., Fernández-Quesada, F., y Sánchez, M. J. (2013). Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Revista española de cardiología*, 66(5), 371-376.

- Sanchez-Villegas, A., Martinez, J. A., De Irala, J., Martinez-Gonzalez, M. A., y SUN research group. (2002). Determinants of the adherence to an “a priori” defined Mediterranean dietary pattern. *European journal of nutrition*, 41(6), 249-257
- Saura, P. (1995). *La educación del autoconcepto: cuestiones y propuestas: estrategias, técnicas y actividades para el autoconocimiento, entrenamiento en habilidades sociales, desarrollo de expectativas, estilo atribucional, autocontrol*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. N. York: International Universities Press.
- Schmider, E., Ziegler, M., Danay, E., Beyer, L., y Bühner, M. (2010). Is it really robust? Reinvestigating the robustness of ANOVA against violations of the normal distribution assumption. *Methodology*, 6, 147–151.
- Schröder H, Ribas L, Koebnick C, Funtikova A, Gomez SF, Fíto M.,..., Serra-Majem, L. (2014). Prevalence of abdominal obesity in spanish children and adolescents. Do we need waist circumference measurements in pediatric practice? *PLoS One*; 27: 9(1): e87549.
- Serapio, A. (2006). Realidad psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. *Revista de Estudios de Juventud*, 73, 11-23.
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C., y Aranceta, J. (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public health nutrition*, 7(07), 931-935.
- Serrano, J.M., y González-Herrero, M.A. (1996). *Cooperar para aprender. ¿Cómo implementar el aprendizaje cooperativo en el aula?* Murcia: DM.

- Shavelson, R. L.; Hubner, J. L., y Stanton, G. C. (1976). Self concept validation of construct integrations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Shavelson, R.J., y Bolus, R. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74, 3-17.
- Sinha, P.D. (1993). *Developing positive health lifestyle in schoolchildren*. Project Lifestyle. Jamaica: Caribbean Food & Nutrition Institute - Regional Office of the World Health Organization.
- Slade, P. D. (1994). Body image in anorexia nervosa. *British journal of psychiatry*, 153, 20-22.
- Smith, A. L., y Biddle, S. (2008). *Youth physical activity and sedentary behavior: challenges and solutions*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Soares, A.T., y Soares, L.M. (1985). *The Self Perception Inventory*. Revised edition. Bridgeport, CT: Author.
- Soares, L.M., y Soares, A.T. (1977). *The self-concept: Mini, maxi, multi*. Paper presented at the anual meeting of the American Educational Research Association, New York.
- Sociedad Española de Dietética y Ciencia de la Alimentación (SEDCA). http://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/rueda_alimentos.htm. Visitada el 16/12/2015
- Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/>. Visitada el 13/12/2015
- Song, I., y Hattie, J. (1984). Home environment self-concept and academic achievement: A causal modeling approach. *Journal of Educational Psychology*, 76, 1269-1281.

- Staines, J.W. (1958). The self pictures as a factor in the classroom. *British Journal of Education Psychology*, 28(2), 97-111.
- Story, M., Neumark-Sztainer, D., y French, S (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 102, 40-51.
- Suárez, J., y Navarro, F. (2002). Nivel de conocimientos, actitudes y hábitos sobre alimentación y nutrición en escolares de las Palmas de Gran Canaria. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 8(1-2), 7-18.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: Norton.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Timmerman, M. E., y Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209-220.
- Tornero, I. (2013). *Imagen Corporal y actitudes hacia la obesidad en el alumnado y profesorado de Educación Física de Secundaria Obligatoria de la provincia de Huelva* (Tesis doctoral). Universidad de Huelva. Huelva, España.
- Toro, J. (1988). Factores socioculturales de la anorexia, *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 15(2), 102-109.
- Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona, España: Ariel.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P., y Cuesta, L. (1989). Eating Attitudes, Sociodemographic Factors, and Body Shape Evaluation in Adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.

- Torrensani, M., y Somoza, M. (2003). *Lineamientos para el Cuidado Nutricional*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Touyz, S.W., Beaumont, P.J., Collins, J.K., McCabe, M.P., y Supp, J. (1984). Body shape perception and its disturbance in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, *144*, 167-171.
- Tur, J. A., Romaguera, D., y Pons, A. (2004). Food consumption patterns in a mediterranean region: does the mediterranean diet still exist? *Annals of nutrition and metabolism*, *48*(3), 193-201.
- Van den Berg, P.A., Mond, J., Eisenberg, M., Ackard, D., y Neumark-Sztainer, D. (2010). The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *Journal of Adolescent Health*, *47*, 290-296.
- Vayer, P. (1977). *El niño frente al mundo*. Barcelona, España: Científico Médica.
- Véliz, A.L. (2010). *Dimensiones del autoconcepto en estudiantes chilenos: un estudio psicométrico* (Tesis Doctoral). Universidad del País Vasco. País Vasco, España.
- Vera, M., y Zebadúa, I. (2002). *Contrato pedagógico y autoestima*. Ciudad de México D.F.: Colaboradores Libres.
- Videra-Garcia, A., y Reigal-Garrido, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, *29*(1), 141-147.
- Villa, A., y Auzmendi, E. (1999). *Desarrollo y evaluación del autoconcepto en la edad infantil*. Bilbao, España: Ediciones Mensajero.

- Villares, J. M., y Segovia, M. G. (2006). La comida en familia: algo más que comer juntos. *Acta Pediátrica Española*, 64(11), 554-558.
- Villarreal, M.E., Sánchez, J.C., y Musitu, G. (2010). *Como mejorar tus Habilidades Sociales. Programa para adolescentes en manejo del estrés, resolución de problemas, autoestima, asertividad, proyecto de vida y administración del tiempo libre*. Universidad Autónoma de Nuevo León y Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, Monterrey.
- Wallis, L. (25 de septiembre de 2013). ¿Y si la adolescencia se prolonga hasta los 25 años? *BBC*. Recuperado de: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/09/130925_salud_25_frontera_madurez_adolescentes_ap
- Wärnberg, J., Ruiz, J. R., Ortega, F.B., Romeo, J., González-Gross, M., Moreno, L.A.,..., y Marcos, A. (2006). Estudio AVENA (alimentación y valoración del estado nutricional en adolescentes). Resultados obtenidos 2003-2006. *Pediatría Integral, suppl., 1*, 50-55. Recuperado de: http://www.kirolzerbitzua.net/adminkirolak/notdin/Estudio_AVENA.pdf
- Willett, W. C., Sacks, F., Trichopoulou, A., Drescher, G., Ferro-Luzzi, A., Helsing, E., y Trichopoulos, D. (1995). Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 61(6), 1402S-1406S.
- Williamson, D. A., Womble, L. G., Zucker, N. L., Reas, D. L., White, M. A., Blouin, D. C., y Greenway, F. (2000). Body image assessment for obesity (BIA-O): development of a new procedure. *International journal of obesity*, 24(10), 1326-1332.
- World Health Organization. (2003). *Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases*. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Ginebra

- Wylie, R. C. (1979). *The self-concept*. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.
- Zagaláz, M.L., González, C., Cachón, J., y Cuervo, C., 2015. Relación entre la práctica deportiva y la imagen corporal de los estudiantes del grado de magisterio y la percepción de los factores que determinan las conductas alimentarias. *Revista Inclusiones*, 2(1), 190-203.
- Zagalaz, M.L., Romero, S., y Contreras, O.R. (2008). La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén. *Revista Iberoamericana de Educación*. Recuperado de <http://www.campus-oei.org/revista/deloslectores/343Zagalaz.pdf>.
- Zamora, S., Pérez-Llamas, F., Garaulet, M., Pérez de Heredia, F., y Grupo AVENA. (2003). Ingesta y hábitos alimentarios en adolescentes españoles. Comparación con la dieta mediterránea. Resúmenes de las comunicaciones presentadas en el IX Congreso de la Sociedad Española de Nutrición. *Nutrición Hospitalaria*, 18 (5), 269-320.

ANEXOS



La finalidad de esta encuesta es recabar información sobre la percepción del alumnado con respecto Nutrición, Autoconcepto e Imagen Corporal de los estudiantes de la ESO y Bachillerato. Es muy importante para nosotros contar con información veraz. No se trata de ningún examen, por lo que no existen respuestas buenas ni malas, siempre que respondas con sinceridad. Son tus opiniones, totalmente personales, y puedes expresarlas libremente. Normalmente cada estudiante es diferente a los demás y, por tanto, puede sentir cosas distintas y hacerlas de diferentes maneras.

Te aseguramos que tus respuestas serán consideradas con el más absoluto anonimato, respetando tu intimidad.

En las siguientes 9 preguntas debes marcar con una dentro de la cuadrícula correspondiente

A1. Género: Varón Mujer

A2. Edad:	12 años <input type="checkbox"/>	13 años <input type="checkbox"/>	14 años <input type="checkbox"/>	15 años <input type="checkbox"/>	16 años <input type="checkbox"/>	17 años <input type="checkbox"/>	18 años <input type="checkbox"/>	19 años <input type="checkbox"/>	20 años o mas <input type="checkbox"/>
-----------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---

A3. ¿Practicas deporte al margen de la clase de Educación Física? Sí No

A4. En caso afirmativo, ¿Cuántas horas semanales le dedicas?:

1 h. o menos <input type="checkbox"/>	2 h. <input type="checkbox"/>	3 h. <input type="checkbox"/>	4 h. <input type="checkbox"/>	5 h. <input type="checkbox"/>	6 h. <input type="checkbox"/>	7 h. <input type="checkbox"/>	8 h. <input type="checkbox"/>	9 h. <input type="checkbox"/>	10 h. <input type="checkbox"/>	11 h. <input type="checkbox"/>	12 h. <input type="checkbox"/>	13 h. <input type="checkbox"/>	14 h. <input type="checkbox"/>	15 h. o más <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---

A5. Miembros de tu familia que trabajan fuera de casa:

5.1. Solo padre <input type="checkbox"/>	5.2. Solo madre <input type="checkbox"/>	5.3. Padre y madre <input type="checkbox"/>	5.4. Otros (quiénes) <input type="checkbox"/>
--	--	---	---

A6. Nivel de estudios de tu padre:

- 6.1. Sin estudios
- 6.2. Graduado Escolar
- 6.3. Estudios medios
- 6.4. Bachillerato
- 6.5. Estudios universitarios

A7. Nivel de estudios de tu madre::

- 7.1. Sin estudios
- 7.2. Graduado Escolar
- 7.3. Estudios medios
- 7.4. Bachillerato
- 7.5. Estudios universitarios

A8. Habitualmente ¿Qué comidas realizas a lo largo del día?:

- 8.1. Desayuno al levantarme
- 8.2. A media mañana (recreo)
- 8.3. Comida.
- 8.4. Merienda
- 8.5. Cena
- 8.6. Entre horas

A9. Habitualmente ¿Quién prepara las comidas en casa?:

- 9.1. Tu padre
- 9.2. Tu madre
- 9.3. Tú
- 9.4. Algún hermano
- 9.5. Servicio doméstico
- 9.6. Otros (quienes):

Ahora lee atentamente cada una de las frases de los siguientes cuestionarios e indica con sinceridad tu grado de valoración e identificación con ellas.

Marca con una en el recuadro que más se ajuste a tu opinión del siguiente modo:

1 = totalmente en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = indiferente; 4 = de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo

IG		1	2	3	4	5
B01.	Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B02.	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B03.	¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B04.	¿Has tenido miedo a engordar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B05.	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B06.	Sentirte lleno/a (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentirte gordo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B07.	¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B08.	¿Has evitado correr para que tu carne no botara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B09.	Estar con chicos/as delgados/as ¿te ha hecho que te fijes en tu figura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10.	¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B11.	El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gordo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12.	¿Has comparado tu figura con la de otros/as chicos/as y te ha hecho sentirte en desventaja por tu aspecto físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B13.	Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees, mantienes una conversación, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B14.	Estar desnudo/a (por ejemplo cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gordo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B15.	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B16.	¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B17.	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B18.	¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B19.	¿Te has sentido gordo/a o redondeado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B20.	¿Te has sentido acomplejado/a con tu cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B21.	Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B22.	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B23.	¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B24.	¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B25.	¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B26.	¿Has vomitado para sentirte más delgada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B27.	Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en el sofá o en el autobús)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B28.	¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B29.	Verte reflejado/a en un espejo o escaparate ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B30.	¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B31.	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en los vestuarios comunes de piscinas o duchas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B32.	¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B33.	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B34.	La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUT	1	2	3	4	5
C01. Creo que el agua engorda si la tomamos entre las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C02. El alcohol es un nutriente energético que debe ser consumido con moderación en una dieta equilibrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03. Las hamburguesas, pizzas y similares alimentan más que las comidas que se hacen en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C04. El consumo de pescado azul protege al corazón de las enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C05. El desayuno es una de las comidas fundamentales que se debe hacer todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C06. Las frutas tomadas después de las comidas producen fermentaciones que son perjudiciales para la salud y engordan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C07. Creo que el vino antes de las comidas abre el apetito y da fuerzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C08. Los niños sólo deben tomar pescado blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C09. Se debe comer pescado tres o cuatro veces a la semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C10. Una alimentación adecuada durante la adolescencia previene la aparición de algunas patologías en la edad adulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C11. Hay que comer frutas y verduras todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12. Es lo mismo tomar zumo de naranja natural, refrescos de naranja o caramelos enriquecidos con vitamina C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C13. Prefiero comer "chuches" en el recreo a un bocadillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C14. Es mejor comer lo que comen los demás y no destacar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C15. Cuando me suspenden en el "cole" o me regañan en casa me da por comer mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C16. La delgadez extrema está de moda pero no equivale a tener buena salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C17. Como pocas frutas porque eso no se lleva entre mis colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C18. En los anuncios de televisión siempre salen chicos/as muy delgados porque es así como debemos estar todos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C19. Me desagrada mi aspecto y mi imagen corporal, me siento molesto cuando los demás me miran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C20. Siento que los alimentos controlan mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C21. Cuando me siento triste me da por comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22. En casa carecemos de recursos económicos para comprar pescado, frutas y verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C23. En mi casa siempre comemos comida precocinada o un bocata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C24. En mi casa casi nunca comemos juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C25. He decidido alimentarme mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C26. Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C27. Suelo comer siempre los mismos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C28. Me siento incómodo/a después de comer dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C29. Tengo facilidades para comer todo en cantidades razonables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30. Tengo fácil acceso a fruta y verdura variada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C31. Prefiero comprar golosinas/bollería para desayunar en el recreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32. Creo que la ingesta diaria de alimentos ricos en grasas y azúcares perjudica la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33. Creo que tengo suficientes conocimientos acerca de los efectos beneficiosos de llevar una dieta equilibrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C34. Sé distinguir los alimentos ricos en grasas, colesterol, azúcares añadidos y sal de los que no lo son	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35. Suelo tener en cuenta la cantidad de energía ingerida con los alimentos y la consumida con la actividad física realizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C36. El vegetarianismo estricto es una manera sana de perder peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C37. Sé que si tuviera sobrepeso me daría vergüenza pedir ayuda y lo mantendría en secreto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C38. Raras veces veo a mis padres comer frutas o verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C39. Mi madre siempre está haciendo régimen o siguiendo alguna dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C40. A mi padre le encanta ver la tele comiendo pipas y bebiendo una coca cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C41. Para tener una dieta equilibrada se aconseja seguir las indicaciones de la pirámide de los alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C42. Como cuando veo comer a otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C43. Cuando veo en televisión o en alguna revista anuncios de comida me entran ganas de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A continuación te encontrarás 30 frases. Léelas cuidadosamente y contesta con un valor entre 0 y 10 según tu grado de acuerdo con cada una de ellas marcando con un en el recuadro que más se acerque a tu opinión.

AF5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D01. Hago bien los trabajos académicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D02. Hago fácilmente amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D03. Tengo miedo de algunas cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D04. Soy muy criticado/a en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D05. Me cuido físicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D06. Mis profesores/as me consideran un/a buen/a trabajador/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D07. Soy una persona amigable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D08. Muchas cosas me ponen nervioso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D09. Me siento feliz en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D10. Me gusta realizar actividades deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D11. Trabajo mucho en clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D12. Me es difícil hacer amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D13. Me asusto con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D14. Mi familia está decepcionada conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D15. Me considero elegante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D16. Mis profesores me aprecian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D17. Soy una persona alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D19. Mi familia me ayudaría con cualquier problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D20. Me gusta como soy físicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D21. Soy buen estudiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D22. Me cuesta hablar con desconocidos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D23. Me pongo nervioso/a cuando me pregunta el profesor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D24. Mis padres me dan confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D25. Soy bueno/a haciendo deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D26. Mis profesores me consideran inteligente y trabajador/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Tengo muchos amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D28. A menudo soy una persona nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Me siento querido/a por mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D30. Soy una persona atractiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

MUCHAS GRACIAS POR TU AMABLE COLABORACIÓN