

ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DEL CUERPO EN ADULTOS JÓVENES: INTERACCIÓN ENTRE LAS PERCEPCIONES CORPORALES, LA EDAD Y EL SEXO

María J. Ramírez, Débora Godoy-Izquierdo, Estefanía Navarrón,
Manuel G. Jiménez-Torres y Juan Fco. Godoy
Universidad de Granada (España)

Resumen

La percepción del cuerpo y la satisfacción con el mismo se asocian con conductas saludables y de riesgo de manejo del cuerpo con importantes consecuencias para la salud. En este estudio se exploran las conductas que usan hombres y mujeres en su adultez temprana para controlar el peso, tamaño, forma y composición corporales. La imagen corporal (IC) y la satisfacción corporal (SC) se evaluaron a través de siluetas, preguntas y discrepancias, y las prácticas conductuales de control del cuerpo a través de un cuestionario. Los participantes informaron de un uso moderadamente elevado de estrategias saludables y bajo de estrategias de riesgo. ANOVAs de 2 y 3 factores indicaron que una IC más negativa y una SC menor se asocian con un mayor uso de estrategias saludables y, particularmente, de riesgo de manejo del cuerpo, y que el sexo, y no tanto la edad, modera esta relación, mostrando las mujeres mayor uso de ambos tipos de estrategias. Nuestros resultados son interesantes para el diseño de intervenciones destinadas a mejorar las percepciones corporales basadas en conductas saludables.

PALABRAS CLAVE: imagen corporal, satisfacción corporal, conductas de manejo de la apariencia, sexo, edad.

Abstract

Body perceptions and body satisfaction are associated with healthy and risk body change behaviors with important consequences for health. In this study, the behaviors that men and women in their early young adulthood and late young adulthood used to control body weight, size, shape, and composition were explored. Body image (BI) and body satisfaction (BS) were assessed through silhouettes, questions and discrepancies, and body management behavioral practices with a questionnaire. Participants reported a moderately high use of healthy strategies and low use of maladaptive strategies. Two- and three-way

Esta investigación fue financiada en parte con la ayuda del grupo de investigación "Psicología de la Salud/Medicina Conductual" (CTS-0267) concedida por la Consejería de Economía y Conocimiento de la Junta de Andalucía (España). Agradecemos la colaboración a todas personas que han hecho posible este estudio.

Correspondencia: Débora Godoy Izquierdo, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Campus Universitario de Cartuja, 18071 Granada (España). E-mail: deborag@ugr.es

between-subjects ANOVAs indicated that a more negative BI and lower BS were associated with a greater use of both healthy and, particularly, risk body management strategies, and that gender, more than age, moderates this relationship, with women demonstrating a higher use of both type of body-management strategies. Our results are interesting for the design of interventions aimed at improving body perceptions with a focus on healthy behaviors.

KEY WORDS: *body image, body satisfaction, body management behaviors, sex, age.*

Introducción

El interés por la imagen corporal (IC) y la satisfacción corporal (SC) ha experimentado recientemente un notable incremento (Cash y Smolak, 2011; Thompson, 2004), en parte porque las personas están considerablemente más preocupadas por su apariencia y la forma de su cuerpo debido a razones tanto estéticas como relacionadas con la salud (p. ej., obesidad), y en parte por las implicaciones clínicas de las alteraciones de las percepciones corporales y la baja SC y los problemas asociados (p. ej., trastornos de la conducta alimentaria o física).

Según la teoría multidimensional de Thompson y colaboradores (Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn, 1999), la IC es un constructo multifacético que engloba las percepciones personales del cuerpo y la apariencia, incluyendo pensamientos, creencias, valores, actitudes, emociones y comportamientos agrupados en una dimensión perceptiva (precisión en la estimación del cuerpo o sus partes en cuanto a tamaño, forma o peso), una dimensión cognitivo-afectiva (experiencias subjetivas relacionadas con el cuerpo o cualquiera de sus partes, incluyendo la (in)satisfacción con dichas percepciones) y una dimensión conductual (comportamientos derivados de las percepciones del cuerpo o dirigidos a manejar la apariencia corporal). Por tanto, la IC incorpora la estimación del tamaño y la forma del cuerpo, la evaluación del atractivo del cuerpo, la satisfacción subjetiva con dichas percepciones y las emociones y acciones asociadas a las mismas (Cash y Smolak, 2011; Grogan, 2017).

De forma específica, la SC se refiere al contenido subjetivo positivo (negativo en el caso de la insatisfacción con el cuerpo) de las evaluaciones del peso, tamaño y forma del cuerpo como un todo o de cada una de sus partes (Grogan, 2017). La SC supone a menudo una discrepancia entre la percepción del tamaño y peso corporal y la figura y el cuerpo ideales que uno quisiera tener, por lo que suele tener más que ver con experiencias de insatisfacción que de satisfacción: a mayor discrepancia, mayor insatisfacción (Grogan, 2006; Vartanian, 2012). Las cifras de prevalencia de la insatisfacción corporal son alarmantes: en USA hasta un 72% de las mujeres y un 61% de los hombres están descontentos con su cuerpo (Fiske, Fallon, Blissmer y Redding, 2014). La insatisfacción corporal es más frecuente en los países más ricos y en los que se sigue un estilo de vida occidental, y en algunos países (p. ej., USA) su prevalencia es mayor que en otros (p. ej., europeos) (Holmqvist y Frisén, 2010; Swami *et al.*, 2010). En España, 5-6 de cada 10 jóvenes adultos puede tener una SC pobre (Berengüí, Castejón y Torregrosa, 2016; Salvador, García-Gálvez y de la Fuente, 2010), aunque entre las mujeres la prevalencia parece ser mayor, mostrando hasta el 72% de las adultas jóvenes

moderada o alta insatisfacción y deseando perder peso alrededor de 8 de cada 10 (Alves, Regidor, Barano, Pablo e Izaga, 2012).

De las diversas dimensiones de la IC, la insatisfacción corporal y la preocupación por el cuerpo son de las más estudiadas debido a su elevada prevalencia y su asociación con múltiples consecuencias para la salud física y emocional (Cash y Smolak, 2011). Así, se asocian con estados emocionales negativos, depresión y baja autoestima (Berengüi *et al.*, 2016; Bergeron y Tylka, 2007; Harring, Montgomery y Hardin, 2010; LePage, Crowther, Harrington y Engler, 2008; Salvador *et al.*, 2010), menor calidad de vida y menor felicidad (Bergeron y Tylka, 2007; El Ansari, Clausen, Mabhala y Stock, 2010; Mond *et al.*, 2013; Raevuori *et al.*, 2006; Stokes y Frederick-Recascino, 2003), por ejemplo. Son también causa de trastornos relacionados con las percepciones corporales, como el trastorno dismórfico corporal (Cafri, Olivardia y Thompson, 2008).

Además, se asocian con un mayor riesgo de practicar conductas no saludables de manejo del cuerpo y la apariencia (Cash y Smolak, 2011; Grogan, 2006, 2017). Así, son un buen predictor de trastornos alimentarios y conductas de alimentación alteradas, incluyendo prácticas inadecuadas como realizar dieta o recurrir a pastillas para adelgazar, laxantes, diuréticos, vómitos, ayuno, etc. (Berengüi *et al.*, 2016; Forrester-Knauss y Stutz, 2012; Grabe, Ward y Hyde, 2008; Harring *et al.*, 2010; Johnson, Kim, Lee y Kim, 2014; Jones y Morgan, 2010; Lanza, Savage y Birch, 2010; Lemon, Rosal, Zapka, Borg y Andersen, 2009; LePage *et al.*, 2008; Markey y Markey, 2005; Millstein *et al.*, 2008; Mostafavi-Darani, Seyede-Shahrbanoo y Azadbakht, 2013; Raevuori *et al.*, 2006; Stice, 2002; Striegel-Moore y Bulik, 2007; Wharton, Adams y Hampl, 2008), así como de otras estrategias de control del peso como practicar ejercicio de forma inapropiada o excesiva (Brudzynski y Ebben, 2010; Homan, 2010; Korn, Gonen, Shaked y Golan, 2013; LePage *et al.*, 2008), consumo de tabaco (Malinauskas, Raedeke, Aeby, Smith y Dallas, 2006), uso de suplementos para el desarrollo muscular y el control del peso (Tod, Hall y Edwards, 2012) o cirugía estética innecesaria (Johnson *et al.*, 2014).

Con relación a la alimentación y la conducta física específicamente, las estrategias de regulación del cuerpo, la IC y la SC son diversas, pudiendo incluir tanto comportamientos saludables como no saludables, desde prácticas adecuadas que incluyen modificaciones en la dieta beneficiosas y práctica regular de actividad física y ejercicio a opciones severamente dañinas como dietas restrictivas, purgas y vómitos, ayuno, uso de laxantes o ejercicio excesivo. De hecho, las personas frecuentemente mezclan ambos tipos de comportamientos (Berengüi *et al.*, 2016; Harring *et al.*, 2010; Lanza *et al.*, 2010; Lemon *et al.*, 2009; Markey y Markey, 2005; Wharton *et al.*, 2008). Además, aunque algunos estudios indican que las personas insatisfechas con su cuerpo utilizan con más probabilidad comportamientos saludables para el manejo del peso o la apariencia (hasta 9 de cada 10 mujeres y 8 de cada 10 de hombres) en comparación con personas satisfechas (Lanza *et al.*, 2010; Lemon *et al.*, 2009; Markey y Markey, 2005), la mayoría de los estudios han encontrado que es más probable que adopten estrategias ineficaces y no saludables que éstas. Así, tanto hombres como mujeres insatisfechos con su apariencia recurren con frecuencia a hacer dieta o a prácticas

alimentarias no saludables (hasta 2/3 de las mujeres y 1/3 de los hombres) (Berengüí *et al.*, 2016; Millstein *et al.*, 2008; Forrester-Knauss y Stutz, 2012) o a pastillas, laxantes, ayuno o vómitos (hasta el 25%) (Harring *et al.*, 2010; Mostafavi-Darani *et al.*, 2013; Wharton *et al.*, 2008). También es menos probable que aumenten sus niveles de actividad física hasta los parámetros aconsejados (Malinauskas *et al.*, 2006; Mama *et al.*, 2011; Millstein *et al.*, 2008; Raevuori *et al.*, 2006) o que realicen prácticas excesivas inadecuadas (Brudzynski y Ebben, 2010; Homan, 2010; LePage *et al.*, 2008). En conclusión, aunque en general las personas insatisfechas con su cuerpo adoptan conductas adecuadas para reducir su peso o cambiar la forma o apariencia del cuerpo, un número importante utiliza (también) estrategias que pueden comprometer seriamente su salud.

Por otra parte, algunos estudios han explorado posibles diferencias debidas al sexo en el uso de las estrategias de manejo del cuerpo. Los hallazgos indican, en general, que las mujeres jóvenes, en comparación con los hombres jóvenes, hacen un mayor uso tanto de estrategias saludables como, particularmente, de riesgo cuando existen percepciones corporales pobres o una baja SC, siendo posible además que sus motivaciones para el uso de estrategias no saludables sean diferentes, estando las chicas en general más preocupadas por su peso que los chicos (Harring *et al.*, 2010; Markey y Markey, 2005; Wharton *et al.*, 2008). En adultos de más edad, los hallazgos son paralelos en el caso de las estrategias no saludables (Forrester-Knauss y Stutz, 2012), pero son menos claros en el caso de las estrategias saludables, encontrándose el mismo patrón (Lemon *et al.*, 2009), no encontrándose diferencias (Anderson y Bulik, 2004) o señalando un mayor uso entre los varones (Millstein *et al.*, 2008).

Con base en los hallazgos previos que subrayan el papel central que tienen las percepciones corporales y la satisfacción con las mismas en la adopción de comportamientos dirigidos a controlar el peso, tamaño, forma y composición del cuerpo y mejorar la apariencia e incrementar así la satisfacción con la misma, quisimos explorar las conductas que usan adultos jóvenes con un amplio rango de edad con dicho fin, las cuales podrían referirse a estrategias conductuales tanto positivas o saludables como no saludables o de riesgo. Esperábamos encontrar una asociación positiva entre autopercepciones más favorables relacionadas con el cuerpo y mayor SC y un estilo de vida general saludable, así como entre percepciones menos favorables y baja SC y conductas de riesgo. Además, dado que las variables sociodemográficas parecen ejercer una influencia notable tanto en las percepciones corporales (Grogan, 2017) como en las estrategias para el manejo del cuerpo, quisimos comprobar si el sexo y la edad podían ser variables moderadoras en la relación entre las percepciones corporales y el valor subjetivo de las mismas y la adopción de conductas saludables o de riesgo para el manejo del cuerpo. Otros autores han explorado el efecto conjunto del sexo y la edad sobre las percepciones corporales (Algars *et al.*, 2009; Patrick y Stahl, 2009; Ramírez *et al.*, 2015), pero no conocemos ningún estudio que haya explorado la interacción de estas variables y las percepciones corporales con relación a las estrategias utilizadas para el control de la apariencia. Además, ninguno de los estudios revisados explora efectos relacionados con la edad en el uso de estas estrategias conductuales.

Método

Participantes

Participaron voluntariamente en este estudio 836 hombres (22,2%) y mujeres (77,8%) españoles de entre 18 y 40 años de edad ($M= 24,46$; $DT= 4,61$). Fueron reclutados de la población general a través de una encuesta *online*, formando por tanto una muestra no aleatoria de conveniencia de todo el territorio nacional. Los datos sociodemográficos de los participantes más relevantes se muestran en la tabla 1. La mayoría de los participantes eran personas sanas (ninguno padecía algún trastorno relacionado con la IC, la conducta alimentaria o la conducta física) con alto nivel educativo y nivel socioeconómico medio. Ninguna mujer estaba embarazada en el momento del estudio.

Con base en las respuestas de los participantes a preguntas sobre los hábitos de alimentación y de actividad física, el 68,5% informó seguir una dieta saludable, aunque no seguían todas las recomendaciones publicadas al respecto. Además, aunque el 59,2% afirmó ser practicante regular de ejercicio, cuando se consideró un criterio de práctica acorde con las recomendaciones al respecto (es decir, al menos 3-4 veces por semana, intensidad moderada o vigorosa, al menos 30 minutos/sesión), sólo el 30,7% fue considerado como tal. Ninguno de los participantes era deportista federado.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes

Variables	<i>n</i>	%
Nivel educativo		
Sin estudios, Educación primaria	10	1,2
Educación secundaria	53	6,3
Formación profesional	31	3,7
Educación universitaria	636	76
Postgrado (Máster, Doctorado)	106	13
Situación laboral		
Estudiando	569	68
Trabajando	180	22
Labores domésticas	2	0,2
Desempleo	84	10
Jubilación	1	0,1
Ingresos familiares		
< 1000 €	206	25
1000-2000 €	394	47
2000-3000 €	172	21
> 3000 €	64	7,7
Nivel socioeconómico ^a		
Bajo	24	2,9
Medio	628	75
Alto	184	22

Variables	<i>n</i>	%
Estado civil		
Sin pareja actual	321	38
Relación no estable (< 1 año)	80	9,6
Relación estable (> 1 año)	429	51
Separado, divorciado o viudo	6	0,7
Embarazos (sólo mujeres)		
Sí	21	2,5
Enfermedad		
No	693	83
Tratamiento		
No	711	85
IMC ^b		
Bajo peso (< 18,5)	43	6
Normal (18,6-24,9)	532	74
Exceso de peso (25-29,9)	106	15
Obesidad I (30-34,9)	27	3,8
Obesidad II (35-39,9)	7	1

Nota: ^aSe sintetizó el nivel educativo, la situación ocupacional y el ingreso familiar en un índice general y se obtuvo un índice socioeconómico compuesto para el nivel socioeconómico. ^bIMC= índice de masa corporal, clasificación de la Organización Mundial de la Salud (www.who.int), dato desconocido para el 14,5% de la muestra total.

Instrumentos

El protocolo de evaluación estaba compuesto por las siguientes medidas:

- Questionario sociodemográfico *ad hoc*. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, nacionalidad, nivel educativo, situación laboral, estado civil, hijos (sí/no; si es mujer: número de embarazos y edad a la que tuvo los hijos primero y último, embarazo actual), si padecía alguna enfermedad y si estaba tomando alguna medicación o siguiendo algún tratamiento o terapia en el momento del estudio.
- Siluetas para la evaluación de las percepciones corporales (adaptadas de Oliveira *et al.*, 2011). Se presentaron tres bloques de 15 modelos anatómicos correspondientes a determinados valores de índice de masa corporal (IMC) y muscularidad. La persona debía indicar cuál consideraba que era la silueta o figura que mejor se ajustaba a su apariencia física actual (IC percibida, ICP), cuál le gustaría tener (IC ideal, ICI) y cuál se ajustaba mejor al colectivo de personas de su mismo sexo, edad y condiciones vitales (p. ej., si ha tenido embarazos previamente, su estilo de vida, sus condiciones socioeconómicas, su tipo de trabajo) (IC social, ICS). En los tres casos, se incluía una doble valoración referida tanto al tamaño corporal (de 1= "Muy obeso" a 8= "Muy delgado") como a la constitución corporal (de 8= "Muy flácido" a 15= "Muy musculado") con el fin de evaluar simultáneamente ambos aspectos de la figura corporal, peso o tamaño del cuerpo y composición corporal o muscularidad. La imagen central correspondería a la silueta que es la fusión entre peso y tono muscular. Utilizamos siluetas masculinas para hombres y siluetas femeninas para mujeres (Oliveira *et al.*, 2011; Thompson, 2004). Las

siluetas han sido ampliamente utilizadas para evaluar las representaciones perceptivas del cuerpo, usualmente con formas diferentes en términos de tamaño corporal o peso y en ocasiones estructura o composición corporal, y tienen buenas propiedades psicométricas así como validez transcultural (Gardner y Brown, 2010).

- c) Ítem sobre la satisfacción corporal *ad hoc*. La satisfacción con las percepciones corporales se evaluó a través de un ítem con validez aparente (“Indica el grado de satisfacción que tienes con tu apariencia física”, 0= “Nada satisfecho” a 7= “Muy satisfecho”). Preguntas similares han sido utilizadas previamente (Patrick y Stahl, 2009; Ramírez *et al.*, 2015). Además, la SC corporal se evaluó mediante la discrepancia entre la ICP y la ICI (Lanza *et al.*, 2010; Markey y Markey, 2005). Ambas estrategias han demostrado tener apropiadas propiedades psicométricas.
- d) Autoinforme de prácticas conductuales de manejo del peso y las percepciones corporales (*ad hoc*). Este autoinforme recoge información sobre posibles estrategias utilizadas para mejorar la apariencia y la IC y la frecuencia con la que se realizan este tipo de prácticas, así como si serían usadas en el futuro (0= “Muchas veces lo hago” a 3= “No lo hago/he hecho nunca y no creo que lo haga en el futuro”). Medidas similares se han usado previamente y han demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas (Salvador *et al.*, 2010; Wharton *et al.*, 2008). Estas prácticas conductuales fueron divididas en saludables (modificaciones en la alimentación, por ejemplo, cambiar el tipo de alimentos, beber más líquidos, comer más fibra, reducir cantidades, evitar picar entre comidas; la actividad física cotidiana, por ejemplo, salir a andar, subir escaleras en vez de usar el ascensor, no utilizar el coche o el autobús para desplazarse; o el ejercicio, por ejemplo, realizar una práctica programada y regular, como ir al gimnasio, salir a correr, practicar deportes) y no saludables o de riesgo (p. ej., hacer dieta, cirugía estética, cremas y parches, pastillas o medicamentos, tratamientos corporales, laxantes o diuréticos, provocarse el vómito, ayuno (parcial o completo), fumar, tomar proteínas, anabolizantes u otras sustancias para favorecer el desarrollo muscular, cambiar horarios de sueño, etc.). Se obtuvieron dos puntuaciones totales, una para estrategias de regulación saludables y otra para estrategias de riesgo, sumando las respuestas de los participantes a cada bloque de preguntas.

Procedimiento

La encuesta estuvo disponible para la comunidad de forma *online* a través de la herramienta LimeSurvey® y fue informada de varias maneras (p. ej., publicidad en facultades, gimnasios y centros de *fitness*, listas de distribución de correo electrónico, foros sociales en internet). Junto con ella, se ofreció información detallada sobre el estudio y sus principales objetivos, la participación y los derechos y responsabilidades como participante, así como su carácter voluntario, anónimo y confidencial. A continuación, se explicó el procedimiento para responder a los cuestionarios. Una vez que la persona leyó esta información, dio su consentimiento para participar y entró a la encuesta propiamente. No se establecieron límites a

priori para la participación (excepto edad igual o superior a 18 años), para que cualquier persona que deseara colaborar pudiera hacerlo. Era posible almacenar temporalmente datos incompletos y recuperarlos más tarde con una contraseña. Una vez respondida y cerrada la encuesta, se almacenaban los datos automáticamente en una base de datos.

Los datos utilizados en este estudio corresponden al período de disponibilidad de la encuesta desde febrero de 2012 hasta abril de 2015. La base de datos creada hasta esa fecha fue descargada y revisada con extremo cuidado a fin de decidir los participantes definitivos en base a aspectos técnicos (datos duplicados, encuestas incompletas) y criterios de inclusión (edad entre 18 y 40 años, nacionalidad española, no embarazo actual, no padecer problemas con relación a la conducta alimentaria o física, obesidad mórbida, problemas mentales graves o discapacidad, no ser deportista federado).

Análisis de datos

Se realizaron análisis exploratorios preliminares de los datos con el fin de detectar y corregir errores en la base de datos, datos perdidos o ausentes y valores atípicos, y para comprobar los supuestos paramétricos con el objetivo de decidir las pruebas estadísticas a aplicar. En general, las variables se distribuyeron normalmente (Kolmogorov-Smirnov, $p > 0,05$) y se cumplió el criterio de homogeneidad de varianzas (Levene, $p > 0,05$). Por lo tanto, decidimos realizar, además de análisis descriptivos, pruebas paramétricas, con una corrección en el caso de desigualdad de varianzas cuando fue necesario. Específicamente, se realizaron pruebas *t* y ANOVAs unifactoriales y factoriales de dos y tres factores, con todas las variables de clasificación introducidas como efectos fijos. Con el fin de analizar los efectos de interacción, se realizaron comparaciones por pares siguiendo las indicaciones de Weinberg y Abramowitz (2002) para analizar los efectos principales simples. El nivel de significación para todos los análisis se estableció en $p < 0,05$. Los análisis estadísticos se realizaron con el software IBM SPSS versión 19.0 (IBM Corp., 2010).

Resultados

Los participantes mostraron una ICP positiva, cercana al valor medio (8) del rango de valores de las imágenes presentadas en el continuo de siluetas para tamaño y composición corporal, indicando cuerpos percibidos en un peso normal aunque poco tonificados (tabla 2). La ICI de los participantes indica que les gustaría tener cuerpos más delgados y tonificados. Además, los participantes tienen de sí mismos percepciones corporales de más peso o tamaño y menos muscularidad comparados con las percepciones que tienen de las demás personas de su mismo sexo, edad y condiciones vitales, así como una apariencia ideal del cuerpo que es más delgada y tonificada que la imagen que tienen de otras personas de sus mismas características. No obstante, las discrepancias entre sus autopercepciones y los cuerpos percibidos como ideales y normativos no son excesivas, particularmente para la comparación entre su propio cuerpo y el de las

personas con sus mismas condiciones vitales. En consonancia, los participantes mostraron una SC moderada, ligeramente por encima del valor teórico central (3,5) para la pregunta que evalúa satisfacción con el cuerpo.

Tabla 2
Resultados descriptivos

Variables	M	DT	Mín.	Máx.
ICP-Siluetas (1-15)	6,91	2,35	2	13
ICI-Siluetas (1-15)	9,35	2,06	3	14
ICS-Siluetas (1-15)	7,32	2,04	2	14
SC (0-7)	4,13	1,50	0	7
Discrepancia ICP-ICI (-14 - 14)	-2,44	2,20	-10	6
Discrepancia ICP-ICS (-14 - 14)	-0,40	2,78	-10	9
Discrepancia ICS-ICI (-14 - 14)	-2,04	2,43	-9	7
Conductas de manejo del cuerpo y la apariencia saludables (0-9)	6,48	1,79	0	9
Conductas de manejo del cuerpo y la apariencia no saludables (0-36)	5,52	4,17	0	33

Notas: rango posible de puntuación entre paréntesis. ICP= imagen corporal percibida; ICI= imagen corporal ideal; ICS= imagen corporal social o normativa; SC= Satisfacción corporal.

Respecto a las conductas utilizadas para manejar el cuerpo y, así, las percepciones corporales, los participantes informaron de un uso moderadamente elevado de estrategias saludables y un uso muy bajo de estrategias de riesgo (tabla 2). Sólo el 0,7% señaló que no usaba en la actualidad ni contemplaba usar en el futuro estrategias de tipo saludable para manejar su cuerpo, mientras que el 7,7% indicó esto en el caso de las no saludables. Las personas con una IC más pobre hacían un uso significativamente mayor de estrategias no saludables ($M= 5,82$; $DT= 4,09$) que las personas con mejores percepciones corporales ($M= 4,92$; $DT= 4,27$), $t= 2,95$; $p= 0,003$. Lo mismo sucedió en el caso de la SC (menor: $M= 6,26$; $DT= 4,27$; mayor: $M= 4,65$; $DT= 3,88$), $t= 5,69$; $p= 0,000$. Sin embargo, no se encontraron diferencias en función de las percepciones corporales o la SC en el caso de las estrategias saludables. Las mujeres informaron de un mayor uso de estrategias de riesgo para el control de la apariencia ($M= 5,71$; $DT= 4,05$) que los hombres ($M= 4,87$; $DT= 4,52$), $t= -2,44$; $p= 0,015$. Además, los participantes de mayor edad ($M= 6,27$; $DT= 4,74$) informaron de un mayor uso de conductas no saludables que los más jóvenes ($M= 4,96$; $DT= 3,59$), $t= -4,38$; $p= 0,000$. No se encontraron diferencias por sexo o edad para el uso de estrategias saludables de manejo del cuerpo y las percepciones sobre el mismo.

No obstante, estábamos más interesados en conocer los efectos conjuntos, y no sólo individuales (algo que se ha analizado hasta la fecha), de las variables del estudio sobre las conductas de regulación de la apariencia y las percepciones corporales, tanto saludables como de riesgo. Por ello, se realizaron ANOVAs factoriales de tres factores (sexo, edad y cada una de las variables ICP, ICI, ICS, SC

y Discrepancia ICP-ICI). En todos estos análisis, se establecieron dos grupos para sexo (hombres, mujeres) y dos grupos para edad y el resto de variables (valor menor o igual a la media del grupo completo, valor superior a la media del grupo completo). No se obtuvieron efectos de interacción significativos (resultados no presentados, disponibles bajo solicitud) salvo en el caso del uso de estrategias de riesgo y las percepciones actuales del cuerpo, $F(1, 835) = 5,25$; $p = 0,022$ (tabla 3 y figura 1). El análisis de los efectos principales simples indicó que, cuando la ICP era pobre, entre los adultos de mayor edad los hombres hacían menor uso de este tipo de estrategias para manejar su cuerpo ($M = 5,06$) que las mujeres ($M = 7,15$) ($p = 0,002$). Además, cuando la ICP era más elevada, entre los jóvenes los hombres ($M = 3,42$) hacían un uso marginalmente menor que las mujeres ($M = 4,78$) de estas estrategias ($p = 0,083$).

Los resultados de los análisis anteriores indicaron que las interacciones entre sexo y los indicadores de las percepciones corporales y la satisfacción con las mismas podían ser de interés. Por ello, se realizaron sendos ANOVAs de dos factores (es decir, sexo y cada una de las variables ICP, ICI, ICS, SC y Discrepancia ICP-ICI) para comprobar si el efecto de las percepciones corporales y la satisfacción con el cuerpo sobre el uso de estrategias de manejo del cuerpo estaba moderado por el sexo del participante. En el caso de las estrategias saludables, los resultados indicaron efectos de interacción significativos entre sexo e ICP, $F(1, 835) = 15,97$; $p = 0,000$, satisfacción con el cuerpo, $F(1, 835) = 17,95$; $p = 0,000$, y la discrepancia entre la ICP y la ICI, $F(1, 835) = 11,76$; $p = 0,001$. En el caso de las estrategias no saludables, aparecieron efectos de interacción entre sexo e ICI, $F(1, 835) = 4,78$; $p = 0,029$ (para SC, la diferencia fue marginalmente significativa, $F(1, 835) = 2,89$; $p = 0,089$) (tabla 3 y figura 1). Ningún otro análisis mostró efectos de interacción significativos (resultados no presentados, disponibles bajo solicitud).

Los análisis de efectos principales simples indicaron que, cuando tanto la ICP como la SC son más bajas, los hombres (ICP: $M = 5,84$; SC: $M = 5,97$) hacen un uso significativamente menor de las estrategias saludables de manejo del cuerpo en comparación con las mujeres (ICP: $M = 6,57$; SC: $M = 6,72$) ($p = 0,000$; $p = 0,000$), mientras que sucede al contrario cuando la ICP y la SC son más elevadas (ICP: hombres: $M = 6,85$, mujeres: $M = 6,36$; SC: hombres: $M = 6,75$, mujeres: $M = 6,25$) ($p = 0,030$; $p = 0,018$). En el caso de la discrepancia entre la IC percibida e ideal, sólo aparecieron diferencias entre hombres y mujeres cuando ésta era reducida; en tal caso, los hombres ($M = 5,97$) mostraron un menor uso de estrategias saludables para manejar su cuerpo que las mujeres ($M = 6,67$) ($p = 0,001$). En el caso de las estrategias no saludables, sólo cuando la imagen ideal es menos exigente (valor más bajo), los hombres y las mujeres difieren significativamente, mostrando ellos ($M = 3,15$) menor uso que ellas ($M = 5,84$) ($p = 0,005$). Lo mismo sucede cuando la SC es pobre (hombres: $M = 5,21$; mujeres: $M = 6,52$) ($p = 0,007$).

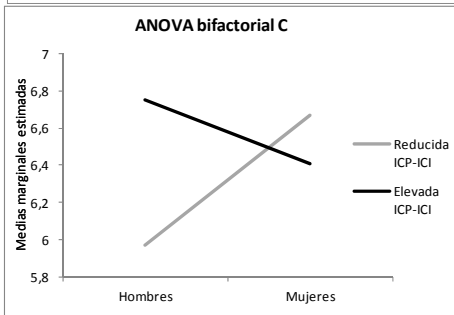
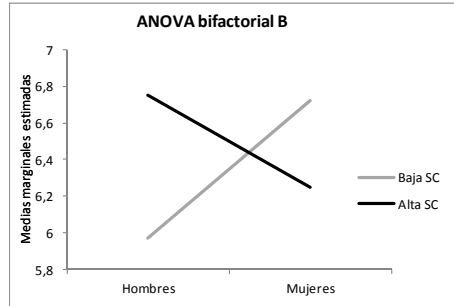
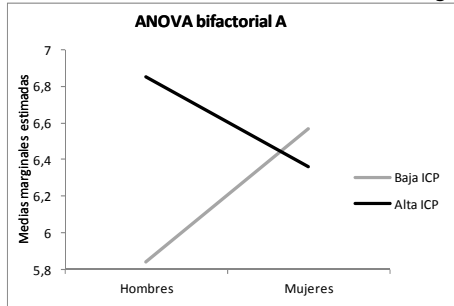
Tabla 3
Análisis de varianza de tres y dos factores

ANOVA factorial 3F					
Estrategias de riesgo	Suma de cuadrados tipo III	Media cuadrática	F	p	η^2
Modelo 1 (4,5%) ^a					
Modelo corregido	764,68	109,24	6,58	0,000**	0,05
Sexo	106,43	106,43	6,41	0,012*	0,01
Edad	199,70	199,70	12,03	0,001*	0,01
ICP	77,48	77,48	4,67	0,031*	0,01
Sexo x Edad	0,08	0,08	0,01	0,946	0,00
Sexo x ICP	19,59	19,59	1,18	0,278	0,00
Edad x ICP	2,28	2,28	0,14	0,711	0,00
Sexo x Edad x ICP	87,11	87,11	5,25	0,022*	0,01
ANOVA factorial 2F					
Estrategias saludables	Suma de cuadrados tipo III	Media cuadrática	F	p	η^2
Modelo A (17%)					
Modelo corregido	55,52	18,51	5,87	0,001**	0,02
Sexo	2,04	2,04	0,65	0,422	0,00
ICP	21,65	21,65	6,87	0,009**	0,01
Sexo x ICP	50,35	50,35	15,97	0,000**	0,02
Modelo B (21%)					
Modelo corregido	66,51	22,17	7,06	0,000**	0,03
Sexo	2,39	2,39	0,76	0,383	0,00
SC	3,59	3,59	1,14	0,285	0,00
Sexo x SC	56,36	56,36	17,95	0,000**	0,02
Modelo C (12%)					
Modelo corregido	40,64	13,55	4,27	0,005**	0,02
Sexo	5,27	5,27	1,66	0,198	0,00
DiscrepICP_ICI	8,12	8,12	2,56	0,110	0,00
Sexo *x DiscrepICP_ICI	37,29	37,29	11,76	0,001**	0,01
Estrategias de riesgo	Suma de cuadrados tipo III	Media cuadrática	F	p	η^2
Modelo D (9%)					
Modelo corregido	186,96	62, 63	3,62	0,013*	0,01
Sexo	156,08	156,08	9,06	0,003**	0,01
ICI	39,87	39,87	2,32	0,129	0,00
Sexo x ICI	82,27	82,27	4,78	0,029*	0,01
Modelo E (4%)					
Modelo corregido	657,94	219,31	13,17	0,000**	0,05
Sexo	76,23	76,23	4,58	0,033*	0,01
SC	224,23	224,23	13,46	0,000**	0,02
Sexo x SC	48,15	48,15	2,89	0,089	0,00

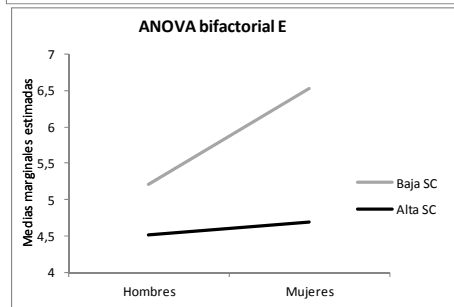
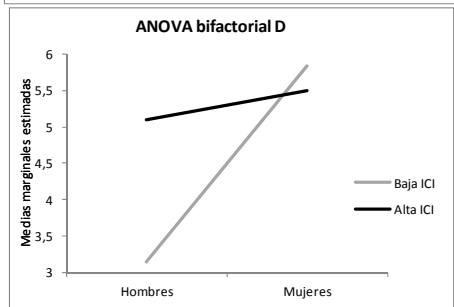
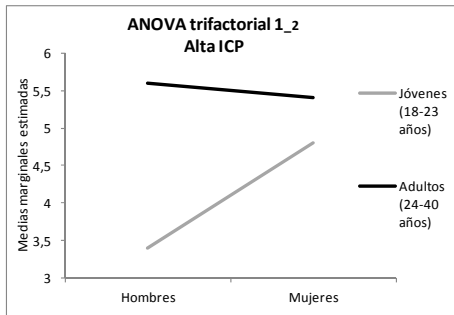
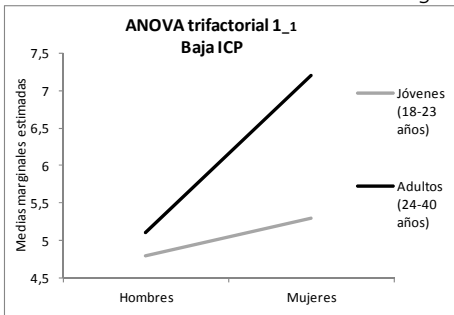
Notas: % de varianza explicada corregida. ICP= Imagen corporal percibida; ICI= Imagen corporal ideal; SC= Satisfacción corporal; DiscrepICP_ICI= Diferencia entre la ICP y la ICI. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Figura 1
ANOVAs factoriales para estrategias de manejo del cuerpo saludables y no saludables

Estrategias saludables



Estrategias no saludables



Discusión

El objetivo de este estudio fue conocer el uso de estrategias saludables y de riesgo para gestionar el cuerpo y la apariencia corporal en una muestra no clínica (esto es, sin trastornos de la conducta alimentaria o física) de jóvenes y adultos en su adultez temprana de ambos sexos teniendo en cuenta sus percepciones corporales (IC) y la satisfacción subjetiva con las mismas (SC). Las investigaciones sobre las percepciones corporales en edades adultas son escasas, siendo la población más estudiada la población muy joven (González *et al.*, 2018; Grogan, 2017). Además, la mayor parte de la investigación se centra en mujeres y población clínica. Por tanto, este estudio hace una aportación importante a la evidencia empírica acumulada hasta ahora. Otra característica relevante de este estudio es que, con base en el modelo conceptual de Thompson *et al.* (1999), se consideraron los tres componentes de la IC: perceptivo, medido a través de siluetas considerando tamaño y composición corporal; subjetivo, evaluado a través de la satisfacción con las percepciones corporales; y conductual, evaluado a través del uso de estrategias saludables o de riesgo para el manejo del cuerpo y las percepciones del mismo.

Los participantes demostraron una ICP moderadamente positiva, percibiéndose a sí mismos sin exceso de peso, más bien en un peso normal, pero apenas musculados. Asimismo, deseaban tener cuerpos algo más delgados y tonificados. Coincidiendo con una relativamente baja discrepancia entre sus percepciones actuales e ideales, la SC de los participantes fue también moderadamente positiva. Esperábamos encontrar percepciones corporales más negativas, indicando sobrepeso y bajo nivel de muscularidad, tanto en hombres como en mujeres (El Ansari *et al.*, 2010), así como discrepancias mayores entre las percepciones corporales (ICP) y las expectativas (ICI), siendo las percepciones ideales más exigentes y existiendo, pues, insatisfacción corporal (Oliveira *et al.*, 2011; Ramírez *et al.*, 2015). Nuestros hallazgos pueden deberse a la edad de los participantes (jóvenes adultos) así como a su estilo de vida, pues un amplio porcentaje de la muestra está adherido a un estilo de vida saludable, con conductas alimentarias y físicas en general en línea con, o cerca de, las recomendaciones actuales. No obstante, otros han encontrado resultados similares con muestras muy parecidas en cuanto a edad y hábitos (Brennan, Lalonde y Bain, 2010; Salvador *et al.*, 2010). Además, estos resultados son consistentes con la literatura, que muestra que los hombres creen que el cuerpo ideal masculino es a la vez delgado y musculado, de tipo atlético, y evalúan el suyo a partir de estos parámetros (Bergeron y Tylka, 2007; Cafri *et al.*, 2005; McCabe y Ricciardelli, 2004; Murray y Lewis, 2014; Parent y Moradi, 2011; Thompson y Cafri, 2007). Para las mujeres, el ideal femenino más actual enfatiza estar delgada, pero también tener un cuerpo tonificado y definido (Benton y Karazsia, 2015; Cash y Smolak, 2011; Homan, McHugh, Wells, Watson y King, 2012; Marshall, Lengyel y Utioh, 2012; Oliveira *et al.*, 2011; Ramírez *et al.*, 2015; Swami *et al.*, 2010; Thompson y Cafri, 2007; Tod *et al.*, 2012).

Prácticamente todos los participantes decían usar, ya fuera ocasional o frecuentemente, estrategias saludables relacionadas con la alimentación y la

actividad física, o contemplaba usarlas en el futuro. De forma alarmante, un 92,3% de los participantes utiliza ocasional o frecuentemente, o contempla usar en el futuro, estrategias de riesgo para modificar su apariencia. Las personas con peores percepciones corporales y una menor satisfacción con su cuerpo, así como las mujeres y los adultos de mayor edad, hacían un mayor uso de estrategias de riesgo para el manejo de su apariencia. Por el contrario, no se encontró ningún efecto de las percepciones corporales o las variables sociodemográficas estudiadas, consideradas de forma aislada, en el caso de las estrategias saludables. Con el fin de determinar si el sexo y la edad ejercían alguna influencia en la relación entre las percepciones corporales y la satisfacción con las mismas, por un lado, y las estrategias saludables y de riesgo que los participantes utilizan para el manejo de su cuerpo, por otro, se realizaron ANOVAs factoriales de tres y dos factores. En el primer caso, no se encontraron efectos de interacción significativos salvo en el caso de las estrategias de riesgo y las percepciones corporales actuales de los participantes: cuando la ICP es menor, las mujeres de mayor edad usan más estrategias perniciosas que los hombres de mayor edad. Cuando la ICP es más elevada, las mujeres más jóvenes hacían un uso marginalmente mayor de este tipo de estrategias que los hombres más jóvenes. Algunos estudios previos también indican que los hombres jóvenes hacen menos uso que las mujeres jóvenes de estrategias de riesgo (Wharton *et al.*, 2008), y parece que estas diferencias se acentúan conforme la edad avanza durante la adultez (Forrester-Knauss y Stutz, 2012; Millstein *et al.*, 2008).

Se ha encontrado que la insatisfacción corporal (entendida como un factor de riesgo para el uso de estrategias de control del peso y el cuerpo) es frecuente y mantenida en todos los rangos de edad (Bucchianeri, Arikian, Hannan, Eisenberg y Neumark-Sztainer, 2013; Clarke y Korotchenko, 2011; Millstein *et al.*, 2008; Patrick y Stahl, 2009; Peat, Peyerl y Muehlenkamp, 2008; Runfola *et al.*, 2013; Tiggemann, 2004). Por otro lado, se han encontrado efectos de interacción entre la edad y el sexo sobre las percepciones corporales. Por ejemplo, Algars *et al.* (2009) encontraron que existían cambios en la SC en función de la edad, con una tendencia a reducirse durante la adultez tanto en hombres como en mujeres, y también que en general las mujeres tenían menor SC que los hombres, pero también que la edad y sexo interaccionaban de forma que las fluctuaciones de la IC a lo largo de la vida podrían ser diferentes según el sexo. Por su parte, Ramírez *et al.* (2015) encontraron un efecto de interacción de la edad y el sexo en la discrepancia entre las percepciones corporales actuales e ideales. En concreto, entre los más jóvenes, los hombres mostraron mayor discrepancia que las mujeres, pero no aparecieron diferencias entre hombres y mujeres en el grupo de mayor edad. Por tanto, es posible que no haber confirmado otros efectos de interacción en el presente estudio se deba al estrecho rango de edad de los participantes, adultos en su adultez temprana inicial y más tardía, de forma que la investigación futura debe explorar el efecto conjunto de la edad y el sexo sobre el uso de estrategias para el manejo del cuerpo y la apariencia en un rango de edad más amplio. No obstante, otros no han encontrado dichos efectos de interacción con rangos de edad mayores en el caso de las percepciones corporales (Patrick y Stahl, 2009).

Por el contrario, se encontraron varios efectos de interacción en el caso del sexo, de forma que la influencia de las percepciones corporales sobre la elección de las estrategias para manejar el peso y la apariencia es diferente para hombres y mujeres. Las mujeres hacen mayor uso de estrategias saludables que los hombres cuando las percepciones corporales y la satisfacción con las mismas son pobres, o cuando existe baja discrepancia entre sus percepciones corporales actuales e ideales, y utilizan más frecuentemente las estrategias de riesgo en comparación con ellos cuando tienen una SC pobre pero, también incluso, un ideal corporal menos exigente en términos de delgadez y muscularidad. Por el contrario, los hombres hacen mayor uso de estrategias saludables que las mujeres cuando las percepciones corporales son más elevadas y subjetivamente más positivas, y menor uso de estrategias de riesgo cuando su SC es baja o su ideal corporal es menos exigente. Por tanto, el sexo modera la relación entre las percepciones corporales y la SC y las estrategias usadas para manejar el cuerpo. La evidencia indica que, en comparación con los hombres, las mujeres tienen peores percepciones corporales y menor SC en todos los rangos de edad (Feingold y Mazzella, 1998; Grogan, 2017; Patrick y Stahl, 2009). Además, la mayoría de los estudios sugieren que los hombres conceden menos importancia a su propia apariencia que las mujeres en todas las edades (Grogan, 2011). Por ello, es de esperar que las mujeres tengan mayor riesgo de adoptar estrategias (saludables o perniciosas) para el manejo de su cuerpo. No obstante, más que un efecto aislado del sexo, nuestros hallazgos señalan que es importante la interacción con las percepciones corporales.

Nuestros hallazgos son congruentes con otros resultados previos. En adultos jóvenes y de mayor edad, es más probable que las mujeres desarrollen conductas alimentarias o físicas tanto de riesgo como saludables que los hombres cuando existen percepciones corporales pobres o desajustadas y baja SC (Anderson y Bulik, 2004; Forrester-Knauss y Stutz, 2012; Lemon *et al.*, 2009; Markey y Markey, 2005; Wharton *et al.*, 2008). Otros han indicado que estas diferencias se producen sólo en el caso de las estrategias de riesgo, no teniendo las percepciones corporales ninguna relación con el uso de estas estrategias de control del peso en el caso de los hombres (Harring *et al.*, 2010; Millstein *et al.*, 2008), o no encontrándose estas diferencias en el caso de las estrategias saludables (Anderson y Bulik, 2004) o encontrándose que los hombres adoptan con más frecuencia que las mujeres estrategias saludables (Millstein *et al.*, 2008). Además, los hombres y las mujeres pueden tener distintos motivos para desarrollar conductas no saludables. Así, se ha encontrado que aunque una mayor insatisfacción corporal se asocia con mayor uso de dietas entre los hombres, éstos no pretenden estar más delgados que aquellos que rara vez se ponen a dieta, lo cual sucede también en hombres y mujeres para el caso de las estrategias alimentarias saludables. Por el contrario, las mujeres que hacen dieta más frecuentemente no creen estar más gordas que las mujeres que no recurren a las dietas, pero sí quieren estar más delgadas en comparación con éstas (Markey y Markey, 2005).

En las percepciones e ideales corporales pueden tener a su vez cierta importancia las percepciones y creencias que las personas tienen sobre el cuerpo y apariencia del resto de la población de su mismo sexo, edad y condiciones vitales, o IC social o normativa (Bergstrom y Neighbors, 2006). El efecto de la comparación

social ha sido analizado con técnicas meta-analíticas, concluyéndose que está relacionada con mayores niveles de insatisfacción corporal, lo cual es más acentuado entre mujeres y está inversamente relacionado con la edad (Myers y Crowther, 2009). Pese a su interés, no conocemos ningún estudio en el que se halla explorado si estas percepciones influyen de alguna forma en la elección de estrategias de control de la apariencia. En este estudio no hemos encontrado que las percepciones normativas interactúen con el sexo y/o la edad con respecto a las conductas de manejo del cuerpo.

Dada la elevada prevalencia de la insatisfacción corporal y su relación con conductas de riesgo y trastornos de la salud, es importante comprender los factores que contribuyen a su ocurrencia. No obstante, también es importante explorar las consecuencias a nivel conductual derivadas de las percepciones corporales así como de una baja satisfacción con las mismas. Entre los principales métodos para el control del peso y de la figura corporal se encuentra la realización de conductas de riesgo (Cash y Smolak, 2011; Grogan, 2006), incluyendo una amplia variedad de comportamientos alimentarios inapropiados y perjudiciales para la persona (Berengüí *et al.*, 2016; Harring *et al.*, 2010; Millstein *et al.*, 2008) y de prácticas físicas inadecuadas o excesivas (Brudzynski y Ebben, 2010; Fortier y Farrell, 2009; Hale *et al.*, 2010; Homan, 2010; LePage *et al.*, 2008), que a su vez constituyen factores de riesgo clave en el origen y mantenimiento de otros trastornos más graves, como trastornos de la conducta alimentaria (Keel y Forney, 2013) o de adicción al ejercicio físico/ejercicio compulsivo (Berczik *et al.*, 2012). Los TCAs afectan a un porcentaje importante de la población y tienen un elevado riesgo de mortalidad (Smink, Van Hoeken y Hoek, 2012). Lo mismo sucede con la adicción al ejercicio (Berczik *et al.*, 2012). Ambos trastornos están a su vez muy relacionados (Freimuth, Moniz y Kim, 2011; Meyer, Taranis, Goodwin y Haycraft, 2011).

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser convenientemente abordadas en futuras investigaciones. En primer lugar, aunque la muestra tiene un tamaño considerable y es nacional, está limitada intencionadamente a adultos en su juventud o adultez temprana, y está formada predominantemente por personas sanas, de sexo femenino y con formación educativa superior. Ésta es, además, una muestra construida a través de una encuesta *online* (p. ej., Brennan *et al.*, 2010), de forma que podría ser que los participantes fueran personas con recursos económicos o culturales suficientes como para tener acceso a la misma, o personas altamente motivadas para participar en este tipo de estudios. No obstante, pese a las críticas realizadas a la evaluación *online* (p. ej., sesgos muestrales, abandono, falta de control sobre la evaluación), hemos seguido las recomendaciones publicadas para potenciar sus múltiples ventajas e incrementar su calidad (p. ej., International Test Commission, 2006). En futuros estudios se debería asegurar la representatividad de la muestra, o al menos ampliar el rango de edad y la heterogeneidad de los participantes con el fin de replicar nuestros hallazgos en otros momentos de la adultez media y tardía y en personas de ambos sexos con distinto nivel socioeducativo. Además, los participantes son mayoritariamente personas con una apariencia percibida y una satisfacción subjetiva más positivas de lo que es frecuente encontrar (El Ansari *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2011; Ramírez

et al., 2015). Un alto porcentaje de la muestra es practicante regular de ejercicio físico con parámetros que cumplen o se acercan a los requisitos para ser considerado saludable, lo cual puede contribuir a la satisfacción moderadamente positiva de la muestra (Brudzynski y Ebben, 2010; Byron-Daniel, 2012; Campbell y Hausenblas, 2009; Hausenblas y Fallon, 2006; Johnson et al., 2013; Korn et al., 2013; Martin y Bassett, 2011; Millstein et al., 2008; Reel et al., 2007). En futuras investigaciones se podrían comparar los resultados obtenidos con personas activas, insuficientemente activas y sedentarias, o también entre practicantes de diferentes modalidades de actividad físico-deportiva (p. ej., usuarios de gimnasio, musculación o físico-culturismo). Por otra parte, aunque algunos estudios encuentran que el IMC no es un factor relevante (Brennan et al., 2010; Malinauskas et al., 2006; Raevuori et al., 2006), la mayoría indica que debe ser tenido en cuenta, pues las percepciones corporales empeoran y la SC disminuye, así como aumenta la probabilidad de utilizar estrategias no saludables de manejo del cuerpo, conforme aumenta el IMC (Algars et al., 2009; Bucchianeri et al., 2013; Forrester-Knauss y Stutz, 2012; Holmqvist y Frisén, 2010; Lanza et al., 2010; Lemon et al., 2009; Markey y Markey, 2005; Millstein et al., 2008; Patrick y Stahl, 2009; Salvador et al., 2010; Swami et al., 2010). Como consecuencia, nuestros resultados se deberían complementar con información sobre indicadores estructurales y con los obtenidos con personas con sobrepeso y obesidad, algo imposible en este estudio debido al reducido número de participantes en rangos altos de IMC. Además, otras variables deberían ser consideradas, como el estado de salud percibido (Millstein et al., 2008) o los estados emocionales negativos (Juarascio, Perone y Timko, 2011), algo que también debería ser explorado en el futuro convenientemente. Finalmente, las medidas utilizadas en este estudio han sido adaptaciones de otros instrumentos previamente utilizados y validados psicométricamente, pero sus propiedades psicométricas no han sido confirmadas en esta muestra, por lo que los resultados deben ser tomados con cautela, a lo cual contribuye también el tipo de diseño de este estudio, que impide establecer relaciones de causalidad.

Referencias

- Algars, M., Santtila, P., Varjonen, M., Witting, K., Johansson, A., Jern, P. y Sandnabba, N. K. (2009). The adult body: how age, gender, and body mass index are related to body image. *Journal of Aging and Health, 21*, 1112-1132.
- Alves, D. A., Regidor, N. H., Barano, N. B., Pablo, A. M. R. y Izaga, M. A. (2012). Satisfacción corporal y calidad de la dieta en estudiantes universitarias del País Vasco. *Endocrinología y Nutrición, 59*, 239-245.
- Anderson, C. B. y Bulik, C. M. (2004). Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eating Behaviors, 5*, 1-11.
- Benton, C. y Karazsia, B. T. (2015). The effect of thin and muscular images on women's body satisfaction. *Body Image, 13*, 22-27.
- Berczik, K., Szabó, A., Griffiths, M. D., Kurimay, T., Kun, B., Urbán, R. y Demetrovics, Z. (2012). Exercise addiction: symptoms, diagnosis, epidemiology, and etiology. *Substance Use & Misuse, 47*, 403-417.

- Berengüi, R., Castejón, M. A. y Torregrosa, M. S. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 1-8.
- Bergeron, D. y Tylka T. L. (2007). Support for the uniqueness of body dissatisfaction from drive for muscularity among men. *Body Image*, 4, 288-295.
- Bergstrom, R. L. y Neighbors, C. (2006). Body image disturbance and the social norms approach: an integrative review of the literature. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 975-1000.
- Brennan, M. A., Lalonde, C. E. y Bain, J. L. (2010). Body image perceptions: do gender differences exist? *Psi Chi Journal of Undergraduate Research*, 15, 130-138.
- Brudzynski, L. y Ebben, W. P. (2010). Body image as a motivator and barrier to exercise participation. *International Journal of Exercise Science*, 3, 14-24.
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E. y Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*, 10, 1-7.
- Byron-Daniel, J. (2012). Appearance and exercise. En N. Rumsey y D. Harcourt (dirs.), *Oxford handbook of the psychology of appearance* (pp. 295-305). Oxford: Oxford University Press.
- Cafri, G., Olivardia, R. y Thompson, J. K. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 374-379.
- Cafri, G., Thompson, J. K., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Smolak, L. y Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25, 215-239.
- Campbell, A. y Hausenblas, H. A. (2009). Effects of exercise interventions on body image: a meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 14, 780-793.
- Cash, T. F. y Smolak, L. (2011). *Body image: a handbook of science, practice, and prevention* (2ª ed.). Nueva York, NY: Guilford.
- Clarke, L. H. y Korotchenko, A. (2011). Aging and the body: a review. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillissement*, 30, 495-510.
- El Ansari, W., Clausen, S. V., Mabhala, A. y Stock, C. (2010). How do I look? Body image perceptions among university students from England and Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 583-595.
- Feingold, A. y Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science*, 9, 190-195.
- Fiske, L., Fallon, E. A., Blissmer, B. y Redding, C. A. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among United States adults: review and recommendations for future research. *Eating Behaviors*, 15, 357-365.
- Forrester-Knauss, C. y Stutz, E. Z. (2012). Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: which factors matter? *BMC Public Health*, 12, 809.
- Fortier, M. S. y Farrell, R. J. (2009). Comparing self-determination and body image between excessive and healthy exercisers. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 223-243.
- Freimuth, M., Moniz, S. y Kim, S. R. (2011). Clarifying exercise addiction: differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 4069-4081.
- Gardner, R. M. y Brown, D. L. (2010). Body image assessment: a review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences*, 48, 107-111.
- González, M. L., Penelo, E., Espinoza, P., Francisco, R., Mora, M., Gutiérrez, T. y Raich, R. M. (2018). Body dissatisfaction and disordered eating attitudes among adolescents from Portugal and Spain. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26, 323-335.

- Grabe, S., Ward, L. M. y Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, *134*, 460-476.
- Grogan, S. (2006). Body image and health contemporary perspectives. *Journal of Health Psychology*, *11*, 523-530.
- Grogan, S. (2011). Body image development in adulthood. En T. F. Cash y L. Smolak (dirs.), *Body image: a hand book of science, practice, and prevention* (pp. 93-100). Nueva York, NY: Guilford.
- Grogan, S. (2017). *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women, and children* (3ª ed.). Nueva York, NY: Routledge.
- Hale, B. D., Roth, A. D., DeLong, R. E. y Briggs, M. S. (2010). Exercise dependence and the drive for muscularity in male bodybuilders, power lifters, and fitness lifters. *Body Image*, *7*, 234-239.
- Harring, H. A., Montgomery, K. y Hardin, J. (2010). Perceptions of body weight, weight management strategies, and depressive symptoms among US college students. *Journal of American College Health*, *59*, 43-50.
- Hausenblas, H. A. y Fallon, E. A. (2006). Exercise and body image: a meta-analysis. *Psychology and Health*, *21*, 33-47.
- Holmqvist, K. y Frisén, A. (2010). Body dissatisfaction across cultures: findings and research problems. *European Eating Disorders Review*, *18*, 133-146.
- Homan, K. (2010). Athletic-ideal and thin-ideal internalization as prospective predictors of body dissatisfaction, dieting, and compulsive exercise. *Body Image*, *7*, 240-245.
- Homan, K., McHugh, E., Wells, D., Watson C. y King, C. (2012). The effect of viewing ultra-fit images on college women's body dissatisfaction. *Body Image*, *9*, 50-56.
- IBM Corp. (2010). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0 [programa de ordenador]. Armonk, NY: IBM Corp.
- International Test Commission (2006). International guidelines on computer-based and internet-delivered testing. *International Journal of Testing*, *6*, 143-171.
- Johnson, K. K., Kim, E., Lee, J. Y. y Kim, A. J. (2014). Identifying antecedents of risky appearance management behaviors: the United States and South Korea. *Clothing and Textiles Research Journal*, *32*, 107-123.
- Johnson, P., Fallon, E. A., Harris, B. S. y Burton, B. (2013). Body satisfaction is associated with transtheoretical model constructs for physical activity behavior change. *Body Image*, *10*, 163-174.
- Jones, W. y Morgan, J. (2010). Eating disorders in men: a review of the literature. *Journal of Public Mental Health*, *9*, 23-31.
- Juarascio, A. S., Perone, J. y Timko, C. A. (2011). Moderators of the relationship between body image dissatisfaction and disordered eating. *Eating Disorders*, *19*, 346-354.
- Keel, P. K. y Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 433-439.
- Korn, L., Gonen, E., Shaked, Y. y Golan, M. (2013). Health perceptions, self and body image, physical activity and nutrition among undergraduate students in Israel. *PLoS One*, *8*, e58543.
- Lanza, S. T., Savage, J. S. y Birch, L. L. (2010). Identification and prediction of latent classes of weight loss strategies among women. *Obesity*, *18*, 833-840.
- LePage, M. L., Crowther, J. H., Harrington, E. F. y Engler, P. (2008). Psychological correlates of fasting and vigorous exercise as compensatory strategies in undergraduate women. *Eating Behaviors*, *9*, 423-429.
- Lemon, S. C., Rosal, M. C., Zapka, J., Borg, A. y Andersen, V. (2009). Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: differences by body mass index and gender. *Body Image*, *6*, 90-96.

- Malinauskas, B. M., Raedeke, T. D., Aeby, V. G., Smith, J. L. y Dallas, M. B. (2006). Dieting practices, weight perceptions, and body composition: a comparison of normal weight, overweight, and obese college females. *Nutrition Journal*, *5*, 11-19.
- Mama, S. K., Quill, B. E., Fernandez-Esquer, M. E., Reese-Smith, J. Y., Banda, J. A. y Lee, R. E. (2011). Body image and physical activity among Latina and African American women. *Ethnicity and Disease*, *21*, 281-287.
- Markey, C. N. y Markey, P. M. (2005). Relations between body image and dieting behaviors: an examination of gender differences. *Sex Roles*, *53*, 519-530.
- Marshall, C., Lengyel, C. y Utioh, A. (2012). Body dissatisfaction among middle-aged and older women. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, *73*, 241-247.
- Martin, K. A. y Bassett, R. L. (2011). Exercise and changes in body image. En T.F. Cash y L. Smolak (dirs.), *Body image: a hand book of science, practice, and prevention* (pp. 378-386). Nueva York, NY: Guilford.
- McCabe, M. P. y Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 675-685.
- Meyer, C., Taranis, L., Goodwin, H. y Haycraft, E. (2011). Compulsive exercise and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *19*, 174-189.
- Millstein, R. A., Carlson, S. A., Fulton, J. E., Galuska, D. A., Zhang, J., Blanck, H. M. y Ainsworth, B. E. (2008). Relationships between body size satisfaction and weight control practices among US adults. *The Medscape Journal of Medicine*, *10*, 119.
- Mond, J., Mitchison, D., Latner, J., Hay, P., Owen, C. y Rodgers, B. (2013). Quality of life impairment associated with body dissatisfaction in a general population sample of women. *BMC Public Health*, *13*, 920-931.
- Mostafavi-Darani, F., Daniali, S. S. y Azadbakht, L. (2013). Relationship of body satisfaction, with nutrition and weight control behaviors in women. *International Journal of Preventive Medicine*, *4*, 467-474.
- Murray, T. y Lewis, V. (2014). Gender-role conflict and men's body satisfaction: the moderating role of age. *Psychology of Men & Masculinity*, *15*, 40.
- Myers, T. A. y Crowther, J. H. (2009). Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: a meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*, 683-698.
- Oliveira, V., Macedo, J., Silva, J., Perrout de Lima, J., Fernandes, H. M. y Machado, V. (2011). Relationship between anthropometric variables and body image dissatisfaction among fitness center users. *Revista de Psicologia del Deporte*, *20*, 367-382.
- Parent, M. C. y Moradi, B. (2011). His biceps become him: a test of Objectification Theory's application to drive for muscularity and propensity for steroid use in college men. *Journal of Counseling Psychology*, *58*, 246-256.
- Patrick, J. H. y Stahl, S. T. (2009). Understanding disordered eating at midlife and late life. *The Journal of General Psychology*, *136*, 5-20.
- Peat, C. M., Peyerl, N. L. y Muehlenkamp, J. J. (2008). Body image and eating disorders in older adults: a review. *The Journal of General Psychology*, *135*, 343-358.
- Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A., Bulik, C. M., Rose, R. J., Rissanen, A. y Kaprio, J. (2006). Muscle dissatisfaction in young adult men. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *2*, 6-13.
- Ramírez, M. J., Godoy, D., Vázquez, M., Lara, R., Navarrón, E., Vélez, M., Padial, A. y Jiménez, M. G. (2015). Imagen corporal y satisfacción corporal en adultos: diferencias por sexo y edad. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, *10*, 63-68.
- Reel, J. J., Greenleaf, C., Baker, W. K., Aragon, S., Bishop, D., Cachaper, C., Handwerk, P., Lociero, J. Rathburn, J. y Hattie, J. (2007). Relations of body concerns and exercise behavior: a meta-analysis. *Psychological Reports*, *101*, 927-942.

- Runfola, C. D., Von Holle, A., Trace, S. E., Brownley, K. A., Hofmeier, S. M., Gagne, D. A. y Bulik, C. M. (2013). Body dissatisfaction in women across the lifespan: results of the UNC SELF and gender and body image (GABI) studies. *European Eating Disorders Review*, 21, 52-59.
- Salvador, M., García-Gálvez, C. y de la Fuente, M. (2010). Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. *European Journal of Education and Psychology*, 3, 257-273.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stokes, R. y Frederick-Recascino, C. (2003). Women's perceived body image: relations with personal happiness. *Journal of Women Aging*, 15, 17-29.
- Striegel-Moore, R. H. y Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62, 181-198.
- Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D. y Danel, D. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: results of the International Body Project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 309-325.
- Thompson, J. K. (2004). The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1, 7-14.
- Thompson, J. K. y Cafri, G. (2007). *The muscular ideal: psychological, social and medical perspectives*. Washington, DC: APA.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. y Tantleff- Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: APA.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image*, 1, 29-41.
- Tod, D., Hall, G. y Edwards, C. (2012). Gender invariance and correlates of the Drive for Leanness Scale. *Body Image*, 9, 555-558.
- Vartanian, L. R. (2012). Self-discrepancy theory and body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 2, 711-717.
- Weinberg, S. L. y Abramowitz, S. K. (2002). *Data analysis for the behavioral sciences using SPSS*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wharton, C. M., Adams, T. y Hampl, J. S. (2008). Weight loss practices and body weight perceptions among US college students. *Journal of American College Health*, 56, 579-584.

RECIBIDO: 7 de mayo de 2017

ACEPTADO: 5 de septiembre de 2017