

# *Imagen corporal y sobrecarga ponderal*

**Manuel Alexis Pérez Hernández**

**Tutor: Carlos Redondo Figuera**

*Máster de Condicionantes Genéticos, Nutricionales  
y Ambientales del Crecimiento y Desarrollo*

16/12/2011

*Universidad de Cantabria*

# Índice

RESUMEN .....	3
PALABRAS CLAVE .....	3
Antecedentes y justificación del tema .....	4
Justificación del estudio .....	6
Hipótesis y objetivos .....	7
Hipótesis .....	7
Objetivos.....	7
Personas y métodos .....	8
Resultados.....	11
Características socio-demográficas de la muestra .....	11
Curso.....	12
Edad.....	15
Características antropométricas .....	18
Perímetro de cintura.....	22
Características de la imagen corporal.....	24
Antropometría e imagen corporal.....	25
El nivel de discrepancia (diferencia entre cuerpo real e ideal).....	27
El nivel de distorsión .....	30
Características nutricionales y de salud.....	34
Discusión .....	37
Valoraciones sociales respecto al cuerpo .....	37
Al nivel social.....	37
El cuerpo como valor social, ¿es un capital?.....	38
Materialización del cuerpo .....	39
Cuerpos ideales y realidad corporal: alteraciones de la imagen corporal.....	43
Conclusiones.....	46

## **RESUMEN**

Queremos observar de manera aplicada a la obesidad y el sobrepeso la noción que tienen los individuos de su imagen corporal, respecto a su correlación con la realidad, para poder establecer relaciones entre estos factores sociales y psicológicos que puedan influir en el estado de sobrecarga ponderal.

## **PALABRAS CLAVE**

Sobrecarga ponderal, imagen corporal, satisfacción corporal, distorsión y capital social.

## Antecedentes y justificación del tema

Aunque la obesidad es un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, la rapidez con que se está produciendo el incremento de su prevalencia parece estar más bien en relación con factores ambientales, como hábitos alimentarios poco saludables, junto a una disminución de la actividad física, por la progresiva implantación de modos de vida más sedentarios.

Contradictoriamente, el desarrollo de estos hábitos de vida poco saludables como factores explicativos de las altas tasas de sobrepeso y obesidad se produce en una sociedad donde el cuerpo se ha convertido en un objeto de gran valor para las relaciones sociales, desde personales a económicas, constituyendo la *imagen corporal* un punto clave para explicar distintas motivaciones y conductas relacionadas con el cuerpo y por sus implicaciones con la salud, ya que la sobrecarga ponderal se ha convertido hoy en día en una problemática que está detrás de la principal causa de muerte en nuestra sociedad y entorno próximo.

El posible nexo entre estas realidades inicialmente contradictoria lo encontramos en diversas *presiones sociales* cercanas a los conceptos de *imagen* y *satisfacción corporal*.

*El aumento de presión psicosocial en búsqueda denodada de una mal entendida concepción de la salud, en la que la delgadez ocupa un lugar preeminente; así como la influencia de los medios de comunicación de masas mediante la difusión de una publicidad coactiva, la presentación de determinados modelos a imitar y el sostenimiento reiterativo (...) de unos estereotipos en los que la delgadez se equipara a la consecución de salud, mérito, seguridad y atractivo.<sup>1</sup>*

Es decir, que en el contexto social en el que vivimos, encontramos en diferentes campos sociales<sup>2</sup>, un discurso de una relativa coherencia, en cuanto al cuerpo ideal o que hay que tener, que no es más que un cuerpo delgado. Como contrapartida, encontramos que los otros cuerpos, que se sale de esa normalidad, van a sufrir diferentes niveles de represión que influyen sobre su autoconcepto, como manifestaciones de esa presión psicosocial.

---

<sup>1</sup> Jáuregui, 2006:116

<sup>2</sup> Desde las relaciones personales a las tertulias de los medios de comunicación de masas.

En este sentido se ha demostrado las correlaciones entre la imagen corporal y aspectos psicosociales en adolescentes como es la integración social y sus relaciones con la autoestima, alteraciones de la imagen corporal o la depresión<sup>3</sup>.

Partiendo de esos conceptos e imputaciones, basadas en diferentes estudios en las últimas décadas<sup>4</sup>, queremos analizar la percepción de la imagen corporal como un elemento nexo entre lo social y psicológico. Esta relación entre lo macro y lo micro social se basa en la importancia social de la imagen corporal y sus implicaciones en el proceso de socialización, y por otro lado, como catalizadora de la satisfacción corporal del sujeto.

Por tanto, nuestro objetivo principal va a ser observar e interpretar el significado, tanto individual como social, de las discrepancias que se puedan observarse en cuanto a la representación de imagen corporal. Y de este modo, valorar los resultados que pueda tener una concepción de imagen corporal respecto a la salud del individuo.

---

<sup>3</sup> Isomaa R, Isomaa AL, Marttunen M, Kaltiala-Heino R, Björkqvist K, 2011.

<sup>4</sup> García, 2002

## **Justificación del estudio**

Desde este punto de partida, queremos medir la influencia de la autoconciencia del cuerpo o autoconcepto corporal en la sobrecarga ponderal o estado de inflamación crónica. De este modo, obtener datos sobre los correspondientes hábitos y modos de vida de los sujetos, elementos que pueden servir de mecanismo conservador de dicho estado.

Esta explicación de determinados hábitos a la vez pertenecientes a modos de vida análogos, nos aportarán justificaciones que nos sirvan para poder poner sobre la mesa claves sobre la presente y sangrante problemática del exceso de peso, como decíamos, factor más influyente sobre la principal causa de muerte en nuestras sociedades, responsable de la merma en calidad de vida de más de la mitad de la población y condicionante del incremento del gasto sanitario, por los problemas y tratamientos asociados que estas patologías conllevan.

# Hipótesis y objetivos

## *Hipótesis*

- La imagen corporal es un constructo que parte en gran medida del contexto social.
- La satisfacción con la imagen corporal es determinada por la forma del cuerpo.
- Los fenómenos de deformación de la imagen corporal también están relacionados con la forma del cuerpo: a mayor obesidad más nivel de deformación, y por tanto,
- la deformación de la imagen corporal es un mecanismo conservador del estado de sobrepeso y obesidad.

## *Objetivos*

- Definir y relacionar los conceptos de imagen corporal, satisfacción corporal y deformación de la imagen corporal.
- Estudiar las relaciones entre construcción del imagen corporal y sociedad.
- Relacionar aspectos sociales y psicológicos, como la *autopercepción*, con los estados nutricionales y analizar su funcionalidad individual.

## Personas y métodos

Los datos fueron el resultado de un cuestionario realizado a 252 alumnos de todos los cursos<sup>5</sup> del Instituto Cantabria en el año 2007.

*El Instituto Cantabria* es un centro de formación situado en un barrio popular de la capital cántabra, el *Barrio de la Albericia*. Esto nos da pistas sobre el origen social de algunos de sus alumnos, pero solo los que cursan la formación obligatoria y bachillerato. Los cursos de formación profesional tienen un origen más variable, por motivos de oferta a nivel regional, recibe alumnos de lugares más alejados, no pudiéndose establecer relaciones tan claras en cuanto a su origen geográfico y social.

En cuanto a la representatividad de los datos, la muestra no es representativa de los alumnos que estudian en Cantabria secundaria, bachillerato y formación profesional, por el tamaño (población matriculada en secundaria, bachillerato y FP de algo más de 24.000 alumnos, con un IC de 95% la muestra necesaria sería de 1000 alumnos aproximadamente) y aleatoriedad. Por ello, vamos a considerarla como representativa del centro, con sus características socio-demográficas y zona de afluencia del alumnado.

Por ello, los resultados los vamos a considerar **como representativos**, en primer lugar de *los jóvenes de formación básica y bachillerato del barrio de la Albericia y de formación profesional del ámbito socio-sanitario de Santander*.

El método de recogida de los datos utilizado fue *la encuesta*. El cuestionario, que adjuntamos como anexo, se puede estructurar según los siguientes tres grupos y correspondientes variables.

### 1. Variables socio-demográficas.

- 1.1. Sexo.
- 1.2. Edad.
- 1.3. Curso.

### 2. Variables antropométricas.

- 2.1. Peso.
- 2.2. Talla.
- 2.3. Perímetro de cintura.
- 2.4. IMC.

---

<sup>5</sup> Los cursos se exploran en los apartados siguientes.

### 3. Variables relacionadas con la percepción física del individuo

- 1.1. Auto-identificación del **peso corporal**.
- 1.2. Nivel de **satisfacción con su imagen personal**.
- 1.3. Auto-identificación **IMC**.
- 1.4. Creencia en el **peso ideal**.

Estas son las variables originales del estudio, a estas les tenemos que sumar otras que hemos sintetizado para establecer diferentes medidas, como las creadas a partir de funciones entre variables antropométricas y subjetivas.

En primer lugar tenemos las variables socio-demográficas básicas. Estas son algo limitadas, por solo permitirnos clasificar la muestra respecto a los estudios en curso, la edad y el sexo. Como variables derivadas de las variables socio-demográficas podemos nombrar las relativas a la edad y el curso, subgrupos que nos han permitido conformar grupos semejantes, como edad en intervalos, tipo de formación,... con el fin de realizar diferentes grupos como el de adultos y adolescentes, de cara a trabajar de un modo descriptivo con los datos.

Sobre las características antropométricas resaltar que su principal función ha sido aportarnos datos objetivos de las características físicas e incluso de su estado nutricional y de salud de los individuos y grupos de interés. Es el caso del peso, talla, índice de masa corporal y perímetro de cintura.

Como en el grupo anterior, en este segundo grupo tenemos que distinguir otro subgrupo de variables sintetizadas a partir de los datos anteriores. Por su condición de variables cuantitativas y ordinales, se puede identificar un orden entre sus categorías, las vamos a identificar como *las antropométricas ordinales*. Al igual que las anteriores, nos permitirán comparar grupos de individuos, como puede ser el estado nutricional a partir del IMC, identificando a los individuos como *normopeso*, sobrepeso u obesidad.

Por último, tenemos otros grupos de variables *cualitativas originarias*, como son la satisfacción o no con su imagen corporal, el peso deseado, estado nutricional subjetivo, etc. Como en las anteriores, hemos también recodificado nuevas como las diferencias entre los valores subjetivos y reales, buscando cuantificar el desfase que pudiera existir entre lo percibido y lo real. Estas variables nos completarán información sobre la percepción subjetiva del individuo.

La importancia de estas variables radica en que nos aportarán información sobre la auto-percepción del sujeto y su conformación de la imagen corporal. Estas variables se han

utilizado mucho para acercarnos a las distorsiones presentes en los Trastornos de Conducta Alimentaria, no siendo tan frecuente su uso para el análisis de otra patología mucho más extendida como es la obesidad y que puede tener en común el rechazo a la imagen corporal. Por tanto, ayudándonos de estas técnicas, queremos establecer comparaciones entre los esquemas mentales que posee el individuo y su estado nutricional. Es decir, de un modo analítico acercarnos a la influencia que pueden tener estados o actitudes del plano psicológico, como son los niveles de aceptación corporal, la congruencia con la realidad del estado físico, con el estado nutricional real, etc.

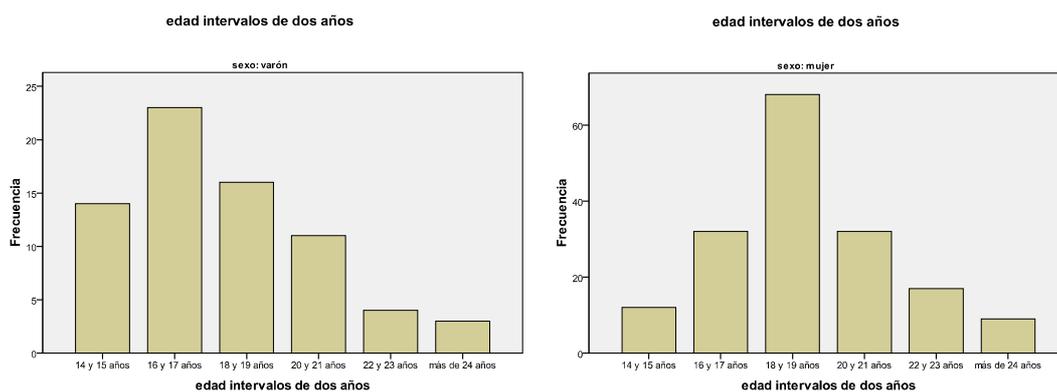
Tanto con los datos originales del cuestionario como los sintéticos se calcularon, recodificado y analizaron con el paquete estadístico SPSS.

## Resultados

### *Características socio-demográficas de la muestra*

Como hemos visto, las variables socio-demográficas del estudio son el sexo, la edad y estudios en curso.

Respecto a la edad, es importante señalar que va a ser transversal a la descripción y análisis de otras variables como las antropométricas, ya que abarca etapas de desarrollo adolescente, entre los 14 a 18 años. Para distinguir esta posible influencia de la edad en otras variables como las antropométricas hemos construido distintas variables que iremos viendo, como “dos edades”, que divide *edad* en dos bloques: entre 14 y 17, que define los sujetos en edad adolescente y mayores de edad, para definir a los adultos; o edad en intervalos, para clasificar a los alumnos en intervalos de dos en dos años.



Como se puede ver, mientras que para las mujeres la edad media es el intervalo entre 18 y 19 años, en los varones está más apuntada hacia la izquierda. Como veremos, esto tiene que ver con los cursos, existiendo una mayor disparidad entre sexos en los cursos de mayores edades.

## Curso

Los datos están en función de los diferentes cursos que se desarrollaron en el año de recogida de la información. En este sentido, se observan diferencias significativas entre los sexos según el tipo de formación, distinguiéndose entre los ciclos formativos y la educación secundaria y el bachillerato (ji-cuadrado=37.32; p=0,01). Diferencias que no llegan a ser significativas dentro de la educación obligatoria y bachillerato (chi-cuadrado=3,456; p=0,327).

Curso por sexos			Frecuencia	Porcentaje
3º ESO	Válidos	varón	15	65,2
		mujer	8	34,8
4º ESO	Válidos	varón	11	50,0
		mujer	11	50,0
1º BACHILLERATO	Válidos	varón	12	41,4
		mujer	17	58,6
2º BACHILLERATO	Válidos	varón	8	42,1
		mujer	11	57,9
1º AP	Válidos	varón	2	12,5
		mujer	14	87,5
2º AY	Válidos	varón	2	18,2
		mujer	9	81,8
2º AP	Válidos	varón	4	23,5
		mujer	13	76,5
1º SA	Válidos	varón	6	28,6
		mujer	15	71,4
1º DC	Válidos	mujer	7	100,0
2º FARMACIA	Válidos	varón	1	7,7
		mujer	12	92,3
2º LD	Válidos	varón	4	20,0
		mujer	16	80,0
2º LQ	Válidos	varón	1	25,0
		mujer	3	75,0
2º SA	Válidos	varón	3	27,3
		mujer	8	72,7
1º AU	Válidos	varón	3	12,5
		mujer	21	87,5
1 LD	Válidos	varón	2	13,3
		mujer	13	86,7

Podemos justificar esta diferencia por la mayor feminización del sector socio sanitario en España, especialidades impartidas en el centro de referencia, y donde se observan paralelismos en cuanto a feminización, poseyendo datos muy similares a las observadas

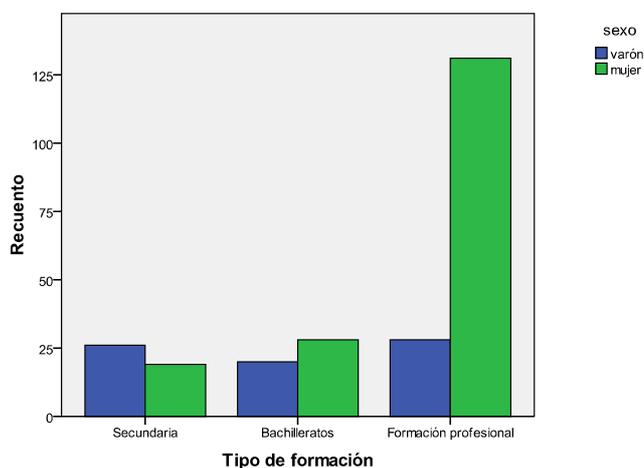
en dicho sector, donde se registran un 73% de trabajadoras, cifras que chocan con el 40% de mujeres ocupadas totales, en el mercado laboral español.

**Tabla de contingencia sexo \* Tipo de formación**

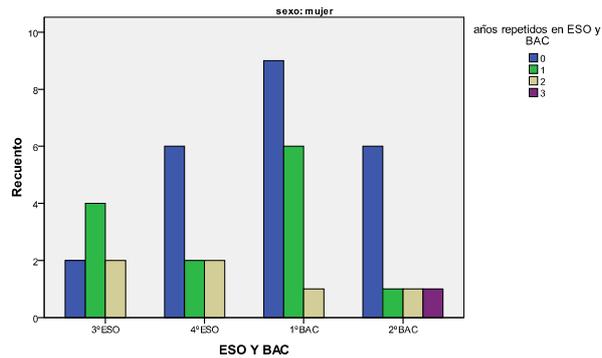
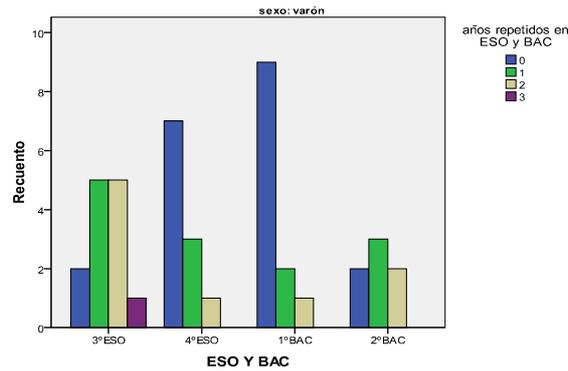
			Tipo de formación			Total
			Secundaria	Bachilleratos	Formación profesional	
sexo	varón	Recuento	26	20	28	74
		% dentro de sexo	35,1%	27,0%	37,8%	100,0%
		% dentro de Tipo de formación	57,8%	41,7%	17,6%	29,4%
		% del total	10,3%	7,9%	11,1%	29,4%
mujer	Recuento	19	28	131	178	
	% dentro de sexo	10,7%	15,7%	73,6%	100,0%	
	% dentro de Tipo de formación	42,2%	58,3%	82,4%	70,6%	
	% del total	7,5%	11,1%	52,0%	70,6%	
Total	Recuento	45	48	159	252	
	% del total	17,9%	19,0%	63,1%	100,0%	

Un mayor peso femenino que se ve reflejado en el centro, donde el mayor peso del alumnado procedente de la formación profesional influye mucho en la feminización total de los datos, el 70,6% del total son mujeres, y más en la formación profesional con un 82% de mujeres.

**Gráfico de barras**



Otro dato a destacar, como podemos ver en la tabla anterior, es que las muestras obtenidas en secundaria y bachillerato presentan dimorfismos curiosos, con la mayor acumulación de varones en secundaria, con un 57%, situación que se invierte en bachillerato con un 58% de mujeres. Variaciones causadas por el número de repetidores y el mayor abandono o redirección a otros estudios por parte de los varones al final de la educación obligatoria.



Partiendo de esta hipótesis hemos creado la variable *años repetidos*, con el fin de analizar su posible interacción con otros fenómenos. Como podemos observar en la gráfica, ambos sexos se estancan en 3º de la ESO, aunque de un modo más prolongado los varones, los cuales también presentan altos índices de repetición al final del bachillerato.

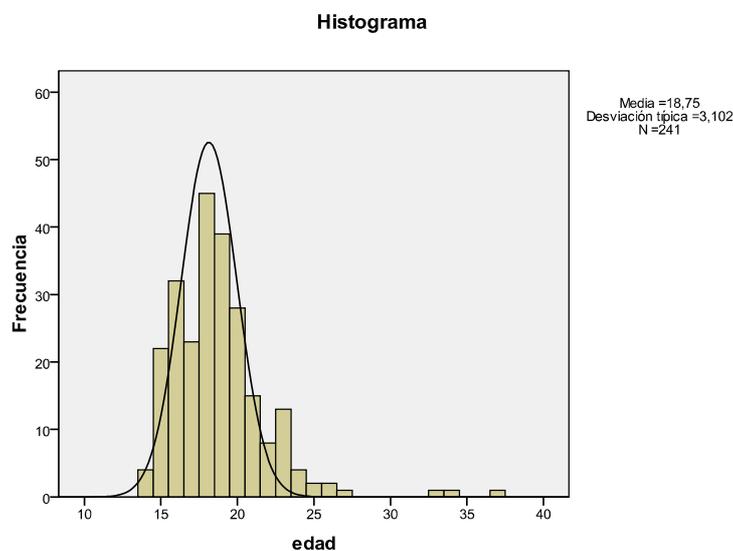
Por tanto, podemos diferenciar en relación al curso y sexo:

- Una formación obligatoria y bachillerato relativamente equilibrado.
- Una formación profesional muy feminizada, que influye en la razón de feminidad total de la muestra de modo muy significativo.



## Edad

La edad media de los datos fue 18,7, con un rango de edad entre los 14 y 25 años de edad (IC 95%). Dicho rango influido en sus inicios por el comienzo de la educación obligatoria secundaria, cuando llegan al centro, y finalizado por la edad media de incorporación al mercado laboral de los jóvenes, elemento que se puede adelantar en el caso de la formación profesional, pero que también se ve justificado por el retorno a la educación formal, alentado por las condiciones de precariedad reinantes, tanto para jóvenes como para no tan jóvenes<sup>6</sup>.



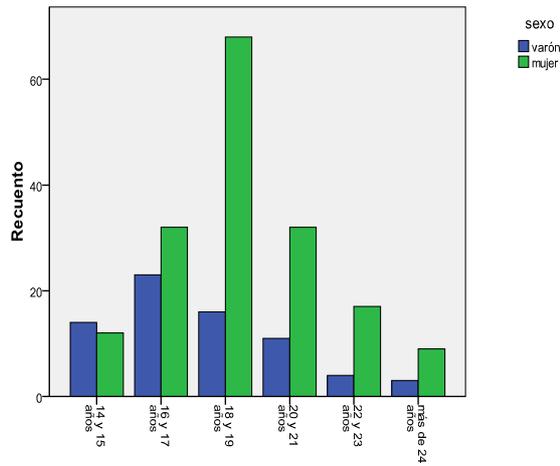
La edad tiene un grado alto de vinculación con la estructura de la muestra. Como vimos con el sexo de las participantes, vinculada al mayor peso de la formación profesional, con la edad pasa lo mismo. Se puede distinguir en los datos claramente entre la educación obligatoria y las posteriores ramificaciones hacia la formación profesional o el bachillerato. La educación secundaria acapara la mayor parte de los alumnos entre 14 y 15 años, para posteriormente distribuirse entre las formaciones pos-obligatoria, sean bachillerato o ciclos de grado medio.

Con el fin de analizar estas diferencias, posibilitándonos trabajar con grupos según la edad y los estudios cursados, hemos construido las variables:

- “*Edad en intervalos*”, recategorizando la variable edad en 5 intervalos escalonados;

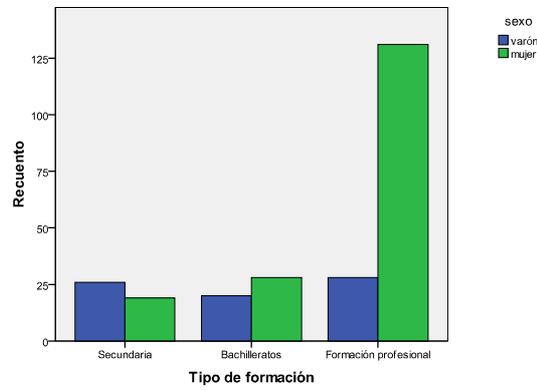
<sup>6</sup> Braña, F. J. y cols. Determinantes de la inserción laboral de los jóvenes en España. Revisión de nuevas evidencias. Asociación Española de Economía Laboral, 2007.

Gráfico de barras

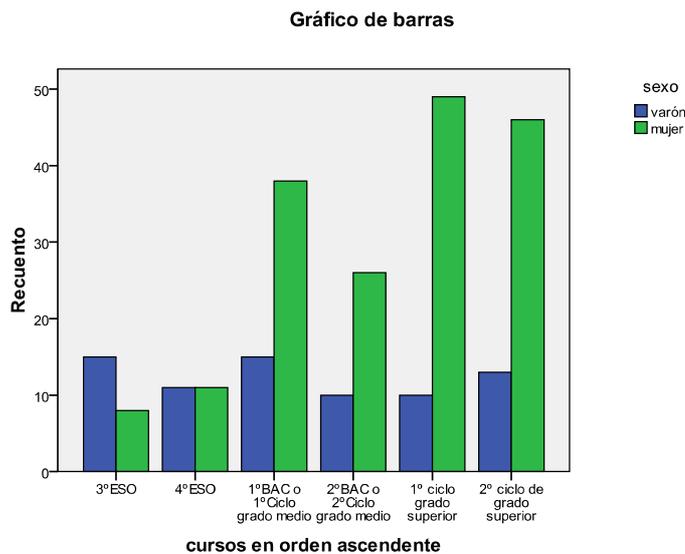


- “Tipos de formación”, distinguiendo entre secundaria (3º y 4º de la ESO), bachillerato (1º y 2º de bachillerato) y formación profesional (todos los ciclos de grado medio y superior que conforman la muestra), y

Gráfico de barras



- “cursos en orden ascendente” donde se ordenan los cursos de manera consecutiva.



En las graficas podemos observar la relación entre la variable sexo, edad y curso, vistas las diferentes proporciones entre las barras y conformadas por la significación del chi-cuadrado ( $p\text{-valor} < 0,01$ ).

Esta relación nos indicaría, el carácter consecutivo de los tipos de formación impartidos en el centro, el mayor grado de permanencia de las chicas o la llegada de alumnas que se incorporan a los ciclos en mayor medida que los chicos, observada por una mayor feminización de los cursos pos-obligatorios, como hemos vista antes. Es decir, que a mayor curso y edad, también mayor razón de feminidad.

Estas relaciones nos indican la complejidad de la muestra, por no ser una muestra aleatoria, existen correlaciones que determinarán el tipo de análisis y las conclusiones del estudio, como edad y aumento de la talla, IMC,... al abarcar adolescentes y adultos. Por ello, se hace necesario describir la estructura que presentan los sujetos, para clasificarlos en grupos con características comparables.

## Características antropométricas

Como segundo grupo de variables, vamos a describir y explorar las variables antropométricas. Estas tienen mucha importancia en el análisis, por servir de base objetiva que nos permita trabajar con medidas representativas de las dimensiones corporales, como medidas representativas del estado nutricional y la salud del sujeto y de los grupos.

sexo		N	Media	Desv. típ.
<b>varón</b>	peso	74	77,9095 Kg	17,77915
	IMC	74	25,5943 Kg	5,27735
	talla	74	174,11	6,5963
	categorías del IMC(IOTF)	74	Sobrepeso	,905
	perím. cintura a	74	83,85 cm	17,27274
<b>mujer</b>	peso	176	62,0699 Kg	11,16952
	IMC	175	23,8069 Kg	3,97097
	categorización del IMC(IMC real)	175	Normopeso	,788
	talla	176	161,22 cm	5,99879
	perím. cintura	175	76,35 cm	9,71018

Las variables recogidas en el estudio fueron el peso, la talla y el perímetro de cintura, estas dos últimas fueron recogidas por duplicado para hallar una media que redujera errores.

Con el peso y la talla hallamos el IMC como indicador del estado nutricional del individuo. Esta variable nos permite construir grupos de individuo en unos estándares de *normopeso*, *sobrepeso* y *obesidad*.

Como los datos abarcan edades desde los 14 años, hemos tenido que establecer para el segmento de adolescentes entre 14 y 17 años los criterios adecuados para estas etapas de desarrollo. Para ello, utilizamos los puntos de corte de obesidad y sobrepeso del IOTF<sup>7</sup>, donde se diferencia por edad y sexo.

**Puntos de corte IOTF**

Edad/IMC	Sobrepeso varones	Sobrepeso mujeres	Obesidad varones	Obesidad mujeres
<b>14</b>	22,62	23.34	27.63	28.57
<b>15</b>	23,29	23.94	28.30	29.11
<b>16</b>	23.90	24.37	28.88	29.43
<b>17</b>	24.46	24.70	29.41	29.69
<b>18 y &gt;</b>	25	25	30	30

<sup>7</sup> Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: p.1-6

Como resultado de dicha clasificación podemos observar los siguientes valores de sobrepeso y obesidad para menores de 18 años.

**Tabla de contingencia categorías IOTF <18 años\*sexo**

		varón	mujer	
Normopeso	Recuento	23	37	60
	% dentro de sexo o	59,0%	78,7%	69,8%
	% del total	26,7%	43,0%	69,8%
Sobrepeso	Recuento	10	7	17
	% dentro de sexo o	25,6%	14,9%	19,8%
	% del total	11,6%	8,1%	19,8%
Obesidad	Recuento	6	3	9
	% dentro de sexo o	15,4%	6,4%	10,5%
	% del total	7,0%	3,5%	10,5%

Aunque la comparación no se pueda hacer de un modo riguroso, por considerarse en el estudio END una franja de edad más amplia (entre 2 y 17 años de edad), podemos hacernos una idea en cuanto a la prevalencia de la obesidad infantil respecto a la media de la propia comunidad autónoma y al resto de provincias españolas.

AMBOS SEXOS	NORMOPESO	SOBREPESO	OBESIDAD	SOBRECARGA PODENRAL
<b>TOTAL ESPAÑA</b>	<b>72,39</b>	<b>18,67</b>	<b>8,94</b>	<b>27,61</b>
<b>14-17 años IES Cantabria</b>	<b>69,8</b>	<b>19,8</b>	<b>10,5</b>	<b>30,3</b>
<b>CANTABRIA</b>	<b>71,75</b>	<b>21,24</b>	<b>7,01</b>	<b>28,25</b>
ANDALUCÍA	68,34	19,71	11,95	31,66
ARAGÓN	75,62	16,91	7,48	24,39
ASTURIAS	71,62	23,82	4,56	28,38
ISLAS BALEARES	73,04	19,20	7,76	26,96
CANARIAS	60,98	23,14	15,88	38,69
CASTILLA Y LEÓN	76,83	15,55	7,62	23,17
CASTILLA-LA MANCHA	68,45	26,01	5,54	31,55
CATALUÑA	76,83	16,00	7,17	23,17
EXTREMADURA	71,97	15,59	12,44	28,03
GALICIA	75,03	19,81	5,16	24,97
MADRID(COMUNIDAD)	75,04	19,48	5,49	24,97
MURCIA (REGIÓN)	67,34	21,87	10,80	32,67

NAVARRA	72,39	19,37	8,23	27,6
PAÍS VASCO	80,54	14,32	5,14	19,46
RIOJA (LA)	68,87	18,70	12,44	31,14
CEUTA Y MELILLA	70,43	15,38	14,19	29,57

Fuente: ENS 2006. IMC. Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma. (Criterios IOTF). *Población de 2 a 17 años*.

Estas diferencias geográficas en cuanto a la prevalencia de la obesidad se justifican principalmente por factores vinculados a los hábitos alimentarios propios de diferentes condiciones económicas y socioculturales<sup>8</sup>.

El Instituto Cantabria recibe alumnos principalmente de clases sociales humildes, procedentes de la zona, el *Barrio de la Albericia*. Este condicionante sociocultural puede ser el más explicativo de los mayores niveles de obesidad que se pueden observar en su alumnado, con mayor prevalencia con respecto a la media de la propia comunidad autónoma.

Se observa una prevalencia de sobrepeso y obesidad diferencial, especialmente visibles si consideramos a los mayores de edad. Diferencias significativas en cuanto al sexo y la prevalencia de sobrepeso y obesidad (chi-cuadrado=11,78; p-valor<0,05). Cifras especialmente altas en los varones, presentando un 51.4% (total) y un 65,9 (adultos) de sobrecarga ponderal, cifras también por encima de las media para los adultos de la comunidad autónoma (60%).

**Tabla de contingencia: IMC Categorías IOTF todas las edades\*sexo**

		sexo o		Total
		varón	Mujer	
normopeso	Recuento	36	122	158
	% dentro de sexo o	48,6%	70,1%	63,7%
	% del total	14,5%	49,2%	63,7%
sobrepeso	Recuento	22	36	58
	% dentro de sexo o	29,7%	20,7%	23,4%
	% del total	8,9%	14,5%	23,4%
obesidad	Recuento	16	16	32
	% dentro de sexo o	21,6%	9,2%	12,9%
	% del total	6,5%	6,5%	12,9%

<sup>8</sup> EnKid 2000.

**Tabla de contingencia IMC 3 categorías IOTF >17 años\*sexo**

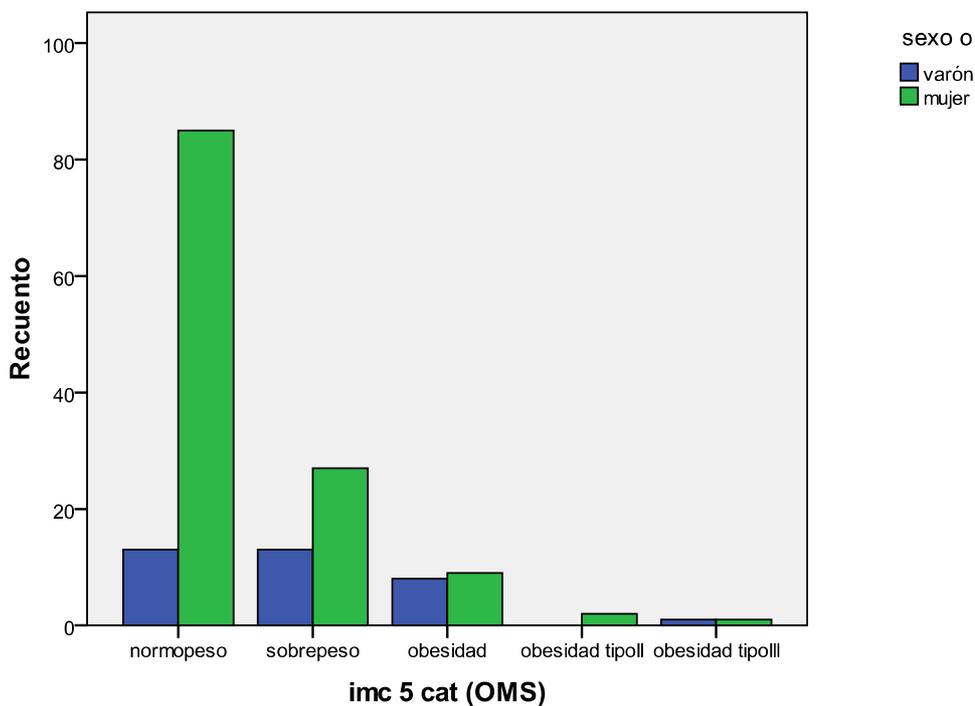
		sexo o		Total
		varón	mujer	
normopeso	Recuento	13	83	96
	% dentro de sexo o	37,1%	66,9%	60,4%
	% del total	8,2%	52,2%	60,4%
sobrepeso	Recuento	12	28	40
	% dentro de sexo o	34,3%	22,6%	25,2%
	% del total	7,5%	17,6%	25,2%
obesidad	Recuento	10	13	23
	% dentro de sexo o	28,6%	10,5%	14,5%
	% del total	6,3%	8,2%	14,5%

Otra clasificación que hemos realizado para los individuos adultos, es la propuesta por la OMS, donde se establecen 5 categorías según el IMC.

**IMC con 18 o más años en categorías OMS**

		varones	mujeres	total
<b>Normopeso</b>	Recuento	13	85	98
	% dentro de sexo o	37,1%	68,5%	61,6%
	% del total	8,2%	53,5%	61,6%
<b>Sobrepeso</b>	Recuento	13	27	40
	% dentro de sexo o	37,1%	21,8%	25,2%
	% del total	8,2%	17,0%	25,2%
<b>Obesidad</b>	Recuento	8	9	17
	% dentro de sexo o	22,9%	7,3%	10,7%
	% del total	5,0%	5,7%	10,7%
<b>Obesidad tipo II</b>	Recuento	0	2	2
	% dentro de sexo o	,0%	1,6%	1,3%
	% del total	,0%	1,3%	1,3%
<b>Obesidad tipo III</b>	Recuento	1	1	2
	% dentro de sexo o	2,9%	,8%	1,3%
	% del total	,6%	,6%	1,3%

Gráfico de barras



### ***Perímetro de cintura***

La obesidad definida por el IMC nos informa de un exceso de grasa corporal, sin discriminación de la distribución específica que esta puede presentar. En este sentido, la obesidad abdominal (medida por el perímetro de cintura) nos presenta mayor información sobre el estado de salud actual y potencial del individuo, debido a que la obesidad central tiene una mayor trascendencia clínica, al estar relacionada con la presencia de determinados factores de riesgo, como anomalías metabólicas, incluidas intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, hipertensión arterial y perfil lipídico de riesgo, que a su vez son factores de riesgo de la diabetes mellitus tipo 2, y de la enfermedad cardiovascular.

El panel de expertos en hipercolesterolemia (NCEP-ATP III, 2001) considera patológico en adultos un perímetro de cintura por encima a 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres<sup>9</sup>, mientras que la International Diabetes Federation (IDF, 2005) considera patológico un perímetro de cintura mayor a 94 cm en hombres y 80 cm en mujeres.

---

<sup>9</sup> Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP)

Vamos a utilizar los criterios más restrictivos, basándonos en estudios nacionales<sup>10</sup> como el de Sergio Martínez-Hervás y cols. donde se relacionan los puntos de corte del IDF (menos restrictivos) con el IMC, obteniéndose datos redundando.

Por tanto, la aparición de los desórdenes metabólicos son más significativos con los criterios del NCEP-ATP III, perímetro de cintura superior a 102 cm para los hombres y 88 cm para las mujeres.

Para los menores de 20 años estableceremos los siguientes puntos de corte (NCEP-ATP III, 2001).

Edad	Varones	Mujeres
14	98.0	82.9
16	100.6	85.2
18	101.8	87.0
20	102.0	88.0

Como podemos ver en la tabla y gráficos de abajo y como hemos podido constatar en la exploración del IMC existen casos significativos de obesidad y sobrepeso, especialmente en el caso de los varones, esto se transmitirá en un mayor riesgo cuanto más a la derecha estén los valores.

#### Estadísticos descriptivos

sexo o	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
varón perím. cintura (cm.)	74	64,00	64,00	128,00	84,9088	14,02905	196,814
N válido (según lista)	74						
mujer perím. cintura (cm.)	174	58,00	58,50	116,50	76,2945	9,59723	92,107
N válido (según lista)	174						

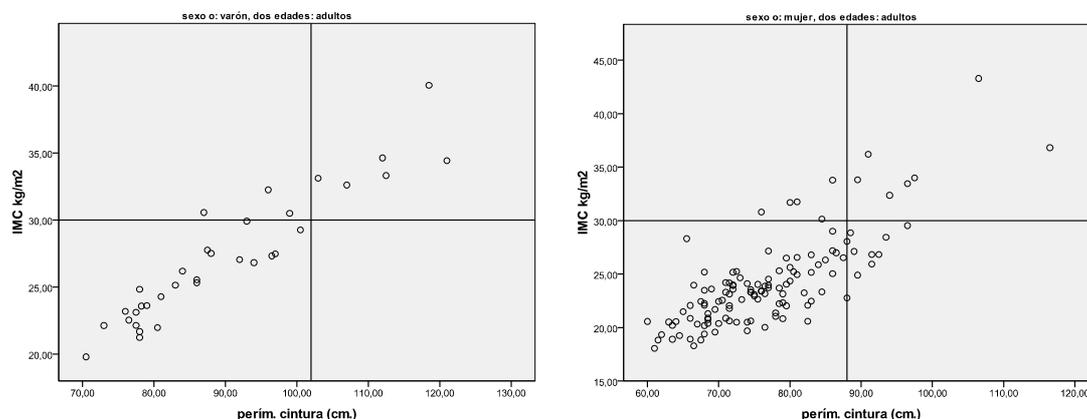
En este grupo de población adulta, la mayoría de sujetos varones que presentan una obesidad abdominal de riesgo, también presenta obesidad general ( $IMC \geq 30$ ). Pero esta premisa no se cumple para las mujeres, donde existen casos de *sobrepeso* e incluso de *normopeso* donde se detecta obesidad abdominal. Por estos motivos parece interesante

---

Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285: 2486-97.

<sup>10</sup> Sergio Martínez-Hervás, Pedro Romero, Jordi Ferri, Teresa Pedro, José T. Real, Antonia Priego, José F. Martínez-Valls, Juan F. Ascaso. *Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario. Departamento de Medicina. Universidad de Valencia Centro de Salud de Picassent. Picassent (Valencia 2008).*

realizar esta distinción, permitiendo incluir casos que en principio, según el IMC, no presentan mayor riesgo cardiovascular.



### ***Características de la imagen corporal***

Como ya se dijo, las variables antropométricas van a ser el punto de referencia desde el que vamos a realizar la comparación. Pero cómo cuantificaremos las variables que tienen que ver con la subjetividad del individuo y qué importancia tiene el *autoconcepto* en la explicación y alcance del *sobrepeso* y la *obesidad*. En primer lugar, vamos a proceder a la definición del concepto *de imagen corporal* y su importancia.

La imagen corporal es la dimensión corporal del *autoconcepto*, clásicamente definido como “*el cuadro de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente*”<sup>11</sup>. Es decir, se la define como la representación que se hace el sujeto sobre el tamaño, contornos y forma del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus diferentes partes constitutivas<sup>12</sup>.

Esta primera definición de *imagen corporal* implica *cómo sentimos nuestro propio cuerpo*. Un sentimiento que es importante en cuanto puede influenciar nuestras acciones, ya que si estamos satisfacción o insatisfacción con nuestra imagen corporal, *acturemos con respecto a él, exhibiéndonos o evitándonos, cuidándonos o lesionándonos, etc*<sup>13</sup>.

Por tanto, la satisfacción corporal va a ser una cualidad importante en el desarrollo de conductas tanto individuales como sociales. Pero, ¿dónde se genera la satisfacción o insatisfacción corporal?

---

<sup>11</sup> Schilder, 1950

<sup>12</sup> Slade, 1994

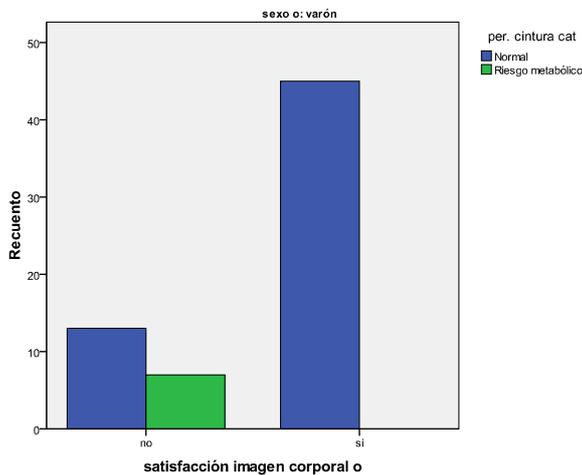
<sup>13</sup> García, 2004

## Antropometría e imagen corporal

¿Las medidas antropométricas se corresponden con las creencias que tienen los individuos? Esto es lo que vamos a intentar esclarecer a continuación. Como hemos visto, las representaciones corporales o *autoconcepto* es importante para definir los niveles de autoestima y esta última necesaria para el mantenimiento de un orden conductual. Nuestra variable más próxima, como hemos establecido, a dicha autoestima es la satisfacción corporal. Aunque es un acercamiento al concepto de autoestima poco específico, se puede establecer una relación aproximada, que nos ayude a desarrollar una idea sobre si el cuerpo puede condicionar la autovaloración. Esta labor la realizaremos mediante los coeficientes explicativos de las distintas variables sobre la variable categórica satisfacción corporal.

En primer lugar, satisfacción corporal y las medidas antropométricas muestra relaciones significativas y también con distintos niveles explicativos. A mayor coeficiente de explicación mayor será la importancia del rasgo sobre la satisfacción o no con su cuerpo.

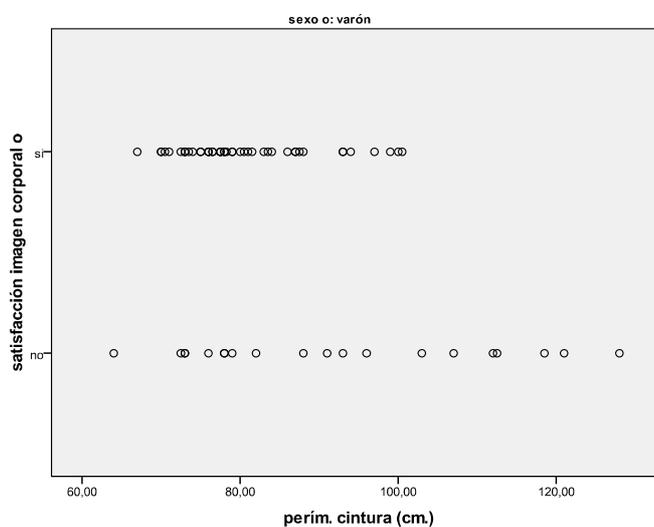
Con las medidas antropométricas encontramos relaciones de una manera muy significativa. El perímetro de cintura nos ayuda en esta definición, especialmente en los varones.



El total de los varones que superaban los límites establecidos para el riesgo metabólico (ver apartado de perímetro de cintura), se posicionan como insatisfechos con su imagen corporal. Cualidad que se confirma si comparamos las medias del perímetro de cintura entre los satisfechos y no satisfechos con su imagen corporal:

ANOVA perím. cintura (cm.)

sexo o		Suma de cuadrados	de gl	Media cuadrática	F	Sig.
varón	Inter-grupos	1874,757	1	1874,757	11,696	<b>,001</b>
	Intra-grupos	10098,182	63	160,289		
	Total	11972,938	64			
mujer	Inter-grupos	832,662	1	832,662	9,239	<b>,003</b>
	Intra-grupos	12707,765	141	90,126		
	Total	13540,427	142			



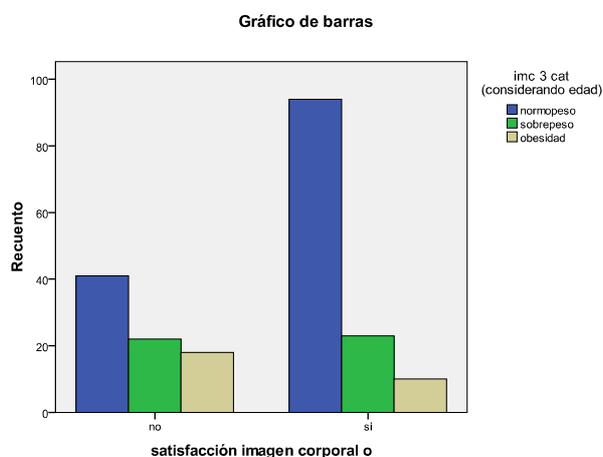
Como podemos ver en el gráfico de dispersión, todos los varones satisfechos con su cuerpo tendrían un perímetro de cintura determinado, no siendo el único factor determinante pero si mostrándonos una capacidad explicativa significativa en ambos sexos.

Esta correlación se pueden observar en otras medidas antropométricas, como son el IMC o de una forma más débil en la talla.

sexo o		perím. cintura (cm.)	IMC kg/m2	talla media a y b
varón	satisfacción imagen corporal o	-,396**	-,333**	-,291*
		,001	,007	,019
mujer	satisfacción imagen corporal o	-,248**	-,332**	-,092
		<b>,003</b>	<b>,000</b>	,275

Por tanto, en un primer acercamiento encontramos que las medidas antropométricas son un factor importante en las percepciones que se hace el individuo de su cuerpo,

definiendo una parte importante de la satisfacción con imagen corporal, y por tanto, del *autoconcepto* y de la autoestima.

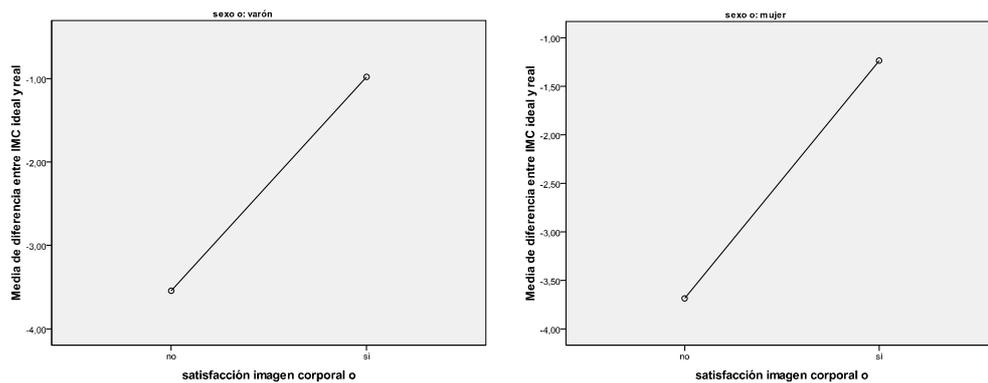


En la gráfica anterior podemos ver la relación significativa ( $\chi^2=13,6$ :  $p$ -valor $<0,01$ ) entre el estado nutricional y la satisfacción corporal. Considerando ambos sexos, encontramos que el 70% de los que presentan *normopeso* están satisfechos con su imagen corporal, mientras que la mitad de los que presentan sobrepeso y dos de cada tres obesos están insatisfechos con su imagen corporal.

En esta apartado hemos demostrado la existencia de una relación significativa entre la forma que tiene el cuerpo, mediante diferentes variables: cintura e IMC, y lo satisfecho que se encuentra el individuo. Ya que a mayor IMC mayor probabilidad de estar insatisfecho con el cuerpo.

### **El nivel de discrepancia (diferencia entre cuerpo real e ideal)**

Con la diferencia entre IMC real e ideal, obtenemos una escala que nos expresa diferentes grados de discrepancia con el cuerpo real. Entendemos la discrepancia como la desigualdad que resulta de la comparación de las cosas entre sí, en este caso entre el ideal y la realidad. Este nivel de discrepancia nos aporta información sobre la satisfacción corporal del sujeto, por su estrecha relación.



Si comparamos las medias de la *discrepancia corporal* (ANOVA) con el factor satisfacción *corporal*, obtenemos que hay diferencias significativas entre estas dos variables, es decir, que existe relación entre la *satisfacción corporal* y los niveles de *discrepancia*. Diferencias que se pueden observar claramente en las medias de cada muestra. Los insatisfechos deseen perder casi 4 kg/m<sup>2</sup> (más de 10 kg de peso aprox.), en ambos sexos, mientras que los satisfechos valores cercanos a 1 kg/m<sup>2</sup> de media.

Por tanto, existe relación entre el índice de discrepancia y la satisfacción corporal, los que desean bajar de peso más suelen estar más insatisfecho y viceversa.

Veámoslo con calma, de dónde sale el cuerpo ideal. Si la satisfacción la explica en gran medida el cuerpo ideal, como criterio de valoración de la información corporal que llega de los sentidos, la definición del concepto de cuerpo ideal se convierte en importante.

*El modelo de cuerpo ideal es el que ha ido interiorizando gracias a los referentes socioculturales occidentales, donde el modelo corporal es delgado, este es para el adolescente su modelo de cuerpo. Cuanto más alejado esté su cuerpo del modelo corporal ideal que haya interiorizado, más probable es que exista en su interior desasosiego, preocupación, malestar; comenzando el camino hacia la insatisfacción de la imagen corporal*<sup>14</sup>

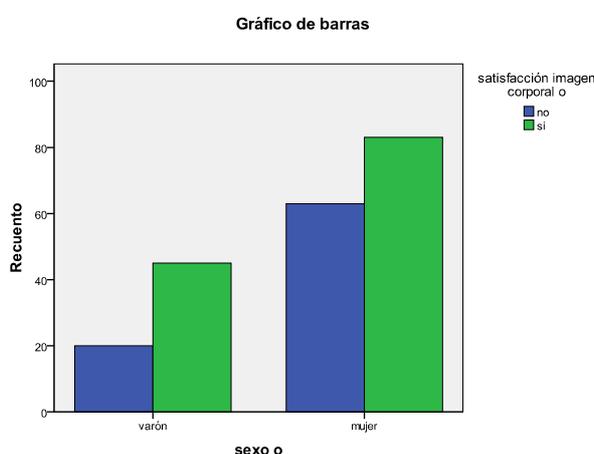
Efectivamente los cuerpos ideales son valores estéticos adquiridos del ambiente socio-cultural, y por tanto, aprehendemos a valorarnos en referencia a dichos modelos, tanto nuestros propios cuerpos como los de los demás, tanto a las mujeres como a los hombres. Es decir, que estos estándares dependen del sexo, deben diferenciarse entre los sexos. Como podemos observar al comparar medias del IMC ideal, con la prueba de Kruskal-Wallis obtenemos diferencias significativas entre los cuerpos ideales de los sexos ( $p < 0,001$ ).

<sup>14</sup> Toro, 2004, pp.181.

### Prueba de Kruskal-Wallis

Estadísticos de contraste <sup>a,b</sup>	
	IMC ideal
Chi-cuadrado	45,628
Gl	1
Sig. asintót.	,000
<b>a. Prueba de Kruskal-Wallis</b>	
<b>b. Variable de agrupación: sexo o</b>	
Media IMC ideal varones	23,7
Media IMC ideal mujeres	21,5

Es decir, aprendemos formas ideales propias de cada sexo y con diferente intensidad, en el caso de las mujeres se manifiesta con más fuerza que en los hombres. Como veremos su insatisfacción es mayor.

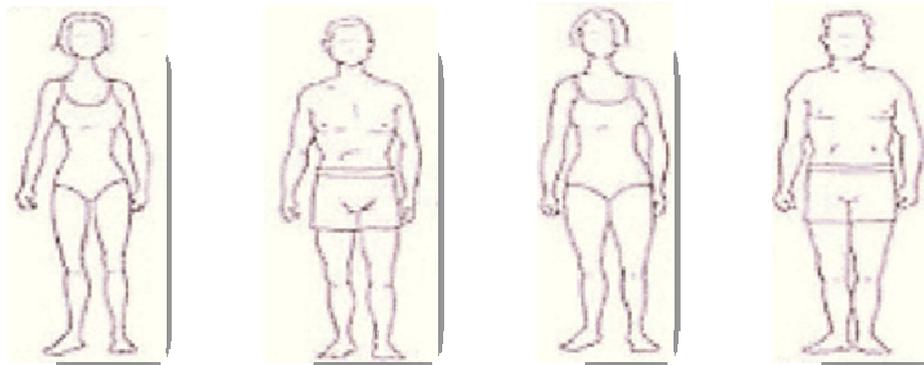


**Las mujeres están menos satisfechas que los varones con su cuerpo, aun presentando un mejor estado nutricional.** Es otro aspecto curioso, muchos investigadores marcan a las chicas como las principales víctimas de las tallas pequeñas, exigidas para ir a la moda. Esto se manifiesta mediante una mayor autoexigencia femenina, donde se hace más necesario cumplir con el ideal de delgadez imperante.

Según García se parte de la premisa de que *ser bella es igual a ser delgada* y como justifica, es en la mayoría de los casos muy difícil de conseguir: “*sólo una minoría de mujeres es biológicamente capaz de encarnar este ideal*<sup>15</sup>”

Esto causa en muchos casos la discrepancia y la insatisfacción que observábamos antes, dada la imposible correspondencia con estos ideales elitistas.

<sup>15</sup> López Pérez, Ana M<sup>a</sup> y cols. BIBLID [1137-439X (2008), 30; 125-146]



**Cuerpo ideal medio (IMC 21 y 23 izq.) vs cuerpo real medio (IMC 23 y 25 der.)  
Análisis de la percepción corporal:<sup>16</sup>.**

Volviendo a la discrepancia y comparamos los sexos podemos encontrar nuevos matices. Los criterios medios de cuerpo deseado (media del IMC ideal) se corresponden con los estándares ideales dominantes en la actualidad, ajustándose a los cuerpos valorado como atractivo y por tanto estimados socialmente. Estas correlaciones van a ser importantes en la explicación del *concepto de imagen corporal* por responder a diferenciadas formas socialmente aceptadas entre el cuerpo masculino y el femenino por un lado, y a una mayor presión, también social, sobre la figura femenina.

Hemos podido observar que los sujetos con un cuerpo ajustado a los deseados, están más satisfechos con él y viceversa, estableciéndose una relación positiva entre satisfacción y forma. **Por ello, es importante la percepción que se tiene del cuerpo y el anclaje que tiene dicha percepción con la realidad física.** Porque la realidad no tiene que corresponder con dichos ideales, como podremos ver, existen mecanismos psicológicos que pueden compensar dicha desviación.

### **El nivel de distorsión**

*La distorsión es la deformación de imágenes, sonidos, señales,... producida en su transmisión o reproducción<sup>17</sup>.* Como citábamos antes, la imagen corporal es un esquema de *nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente.* Como veremos, esta

---

<sup>16</sup> Stunkard y Stellard 1990

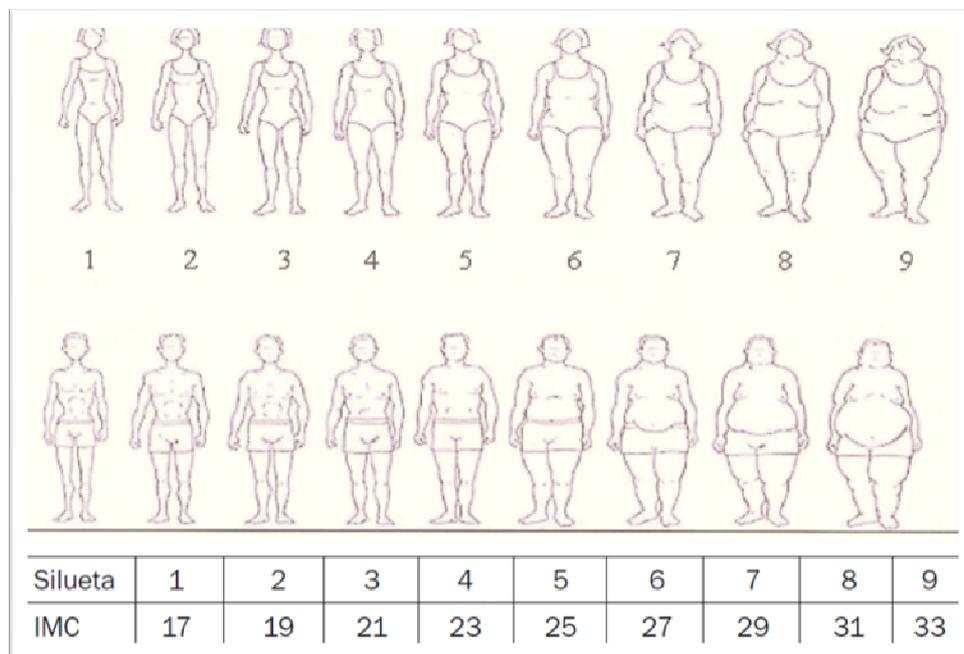
<sup>17</sup> WWW.RAE.ES

reproducción no siempre tiene los mismos niveles de fidelidad, a esta deformación de la imagen corporal respecto al cuerpo real vamos a llamar *distorsión*.

Hasta ahora hemos visto la relación entre la satisfacción y los valores corporales, concluyendo que la satisfacción con el cuerpo se fundamente en ideales sociales, ya que nuestra satisfacción varía según el ajuste o no de nuestro cuerpo a los estándares o ideales de cuerpo.

La atención ahora la vamos a poner en la construcción de nuestra imagen. Hablaremos de diferentes niveles de distorsión como veremos, dependiendo del nivel de desajuste entre la percepción mental y real del cuerpo.

Para establecer este *nivel de distorsión* utilizaremos el método basado en el IMC kg/m<sup>2</sup>, y la percepción del IMC propuesto por Collins (1991), que consiste en la elección de la silueta que más se acerque a su constitución corporal. A dicha figura le corresponde un IMC que será comparado con el IMC real del individuo.



La diferencia entre IMC real y subjetivo, nos dará valores que nos permitirá clasificar a los sujetos en diferentes categorías según el nivel de imagen corporal deformada:

**Sobrevaloración muy acusada:** diferencia entre IMC real y percibido  $< -4$

**Sobrevaloración:** diferencia entre IMC real y percibido entre  $-4$  y  $-2$

**Valoración adecuada:** diferencia entre IMC real y percibido entre  $-2$  y  $2$

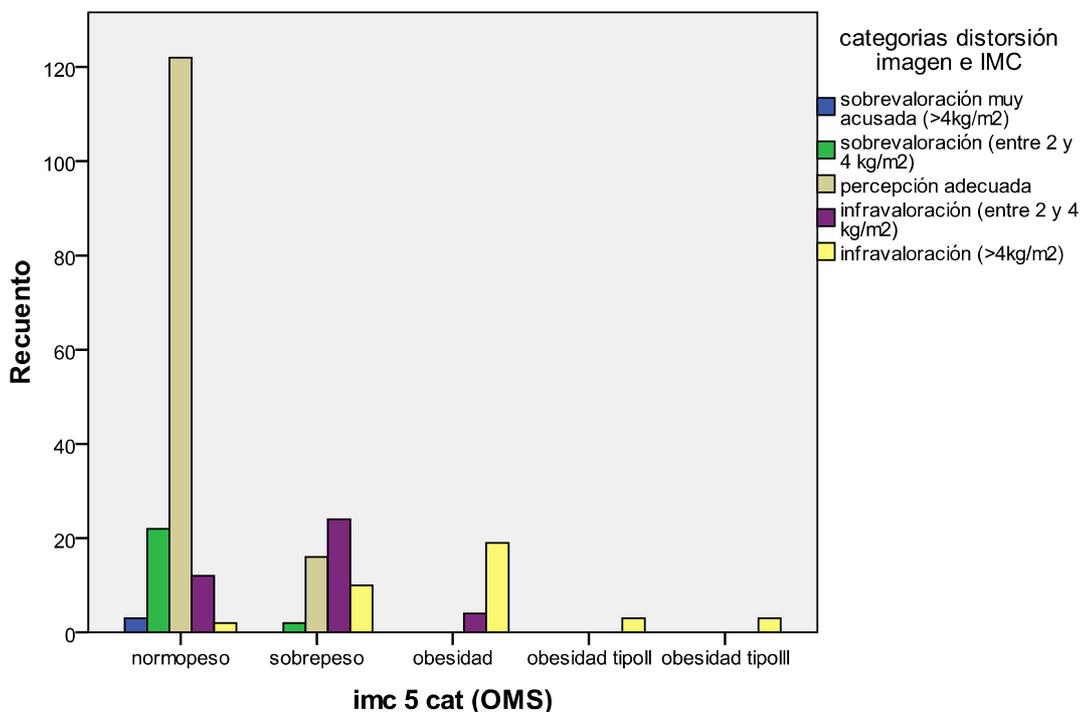
**Infravaloración:** diferencia entre IMC real y percibido < entre 2 y 4

**Infavaloración muy acusada:** diferencia entre IMC real y percibido > de 4

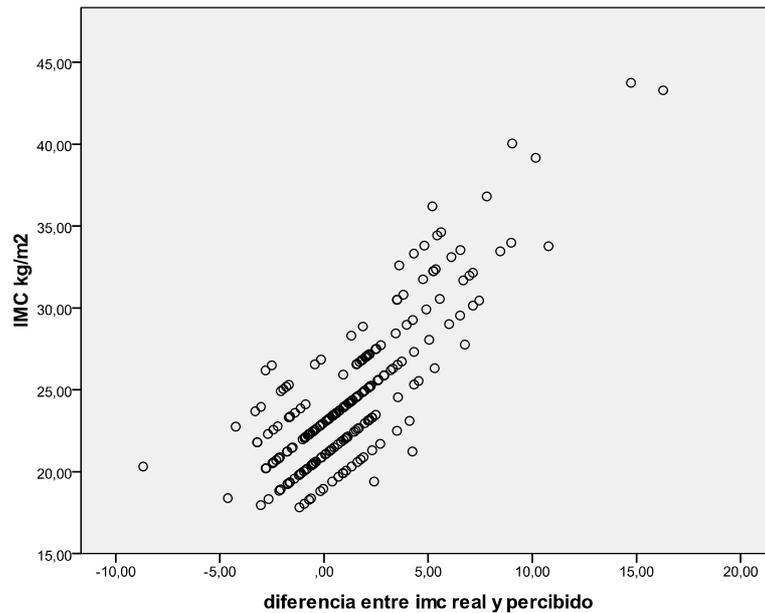
Los valores negativos corresponden a individuos que poseen un IMC real menor que el IMC percibido, es decir, que se ven más gruesos de lo que realmente son, *sobrevalorando su índice de masa corporal*. Por el contrario, los valores positivos pertenecen a individuos que *se creen más delgados de lo que están, infravalorando su IMC*.

La presencia de *distorsión* entre la percepciones y la realidad del físico, nos servirá para establecer el mayor o menor grado de conciencia con su imagen corporal, indicador que queremos relacionar con alteraciones en las percepciones de sí mismo que pueden influir en su salud, como puede ser el no reconocimiento de problemas de sobrepeso u obesidad.

**Gráfico de barras**



Podemos ver en la gráfica de arriba como existe una relación fuerte entre el IMC real de la persona y el grado de discrepancia corporal ( $\chi^2=195,6$ ;  $p<0,01$ ) y en el coeficiente de correlación de *Pearson* donde nos muestra una relación fuerte (83%,  $p<0,001$ ).



Además de una correlación fuerte entre las dos variables, en la gráfica de dispersión podemos observar una relación incremental y lineal entre el nivel de *distorsión* y el IMC de los sujetos. Es decir, mientras que los individuos con *normopeso* tienen una percepción más aguda de su estado corporal, más ajustado (nube de puntos), los individuos con sobrepeso tienden a realizar una infravaloración de su peso. *Distorsión* que se incrementa aún más a partir de la obesidad, como podemos ver arriba (diagrama de barras), con un muy alto nivel de discrepancia ( $>4$  kg/m<sup>2</sup>).

Por tanto, los más obesos tienden a verse menos gordos de manera significativa, mientras que los sujetos con *normopeso* desarrollan valoraciones más adecuadas de su cuerpo. Este hecho nos vendría a confirmar el menor grado de aceptación del estado corporal cuanto más se aleje de la normalidad. Tendemos a minimizar el malestar producido por el reproche que observamos en nuestro ambiente y esto se manifiesta en forma de alusión de la realidad física, minimizando o subestimando nuestro grado de obesidad nos ayuda a sobrellevar mejor la represión que nos llega desde los sentidos.

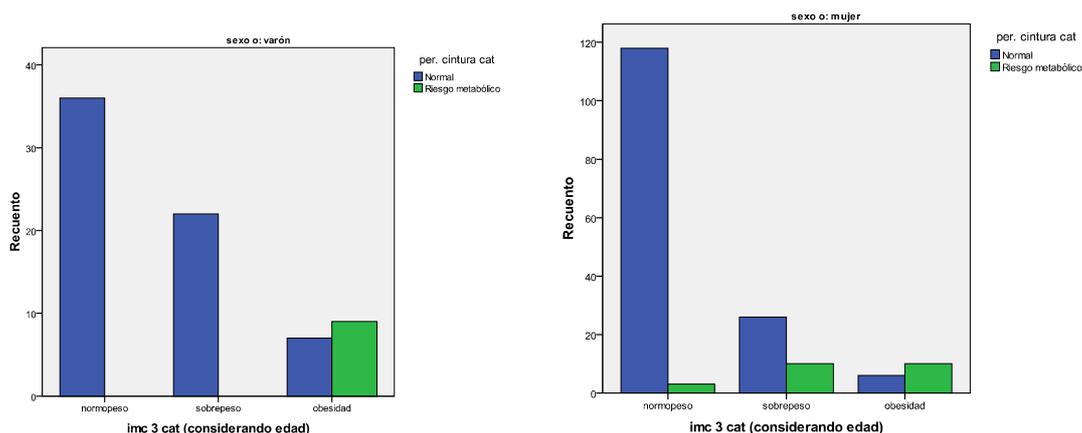
Por tanto, concluimos en primer momento con la idea de que la imagen corporal es a nivel social un esquema determinante y determinado a nivel psicológico.

## Características nutricionales y de salud

Como hemos visto los niveles de obesidad y especialmente de obesidad abdominal están directamente relacionadas con un riesgo creciente de problemas metabólicos y cardiovasculares. A partir de esta relación directa queremos cuantificar el nivel de salud y potencial de la población estudiada, adolescentes y jóvenes.

Para ello vamos a utilizar las variables antropométricas que acabamos de explorar, el IMC y el perímetro de cintura, como descriptivas del estado nutricional considerando, como hemos vistos, los puntos de corte relativos a la edad y al sexo. Estas dos variables tienen una relación significativa, tanto en varones como en mujeres ( $\chi^2=37,14$ ,  $p<0,01$ ;  $\chi^2=52,43$ ,  $p<0,01$ ). Esto nos denota, además de la relación lineal entre la mayor complejidad corporal y la acumulación abdominal de grasa, un incremento del riesgo a medida que aumentamos el IMC, es decir, un aumento cuantitativo entre peso y riesgo. A mayor peso mayor acumulación de grasa corporal y mayor acumulación de grasa blanca, aumentando el riesgo metabólico y cardiovascular.

Pero, ¿qué pasa con los individuos que no tienen un peso excesivo pero si una acumulación de grasa blanca o abdominal? La obesidad abdominal es una agravante en casos de sobrepeso y obesidad, pero también presenta un riesgo cuando no existe una sobrecarga ponderal.



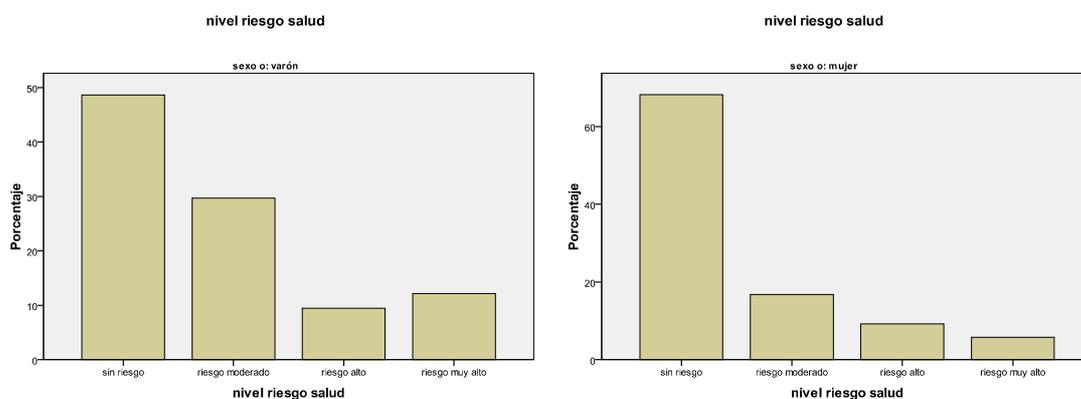
Como podemos ver en los gráficos de arriba, todos los varones que superan el umbral de riesgo metabólico por obesidad abdominal (PC) son sujetos que presentan obesidad general (IMC). Pero no pasa esto con las chicas como decíamos, donde existen casos que superan el umbral de obesidad abdominal incluso con *normopeso* (según IMC).

Esto nos vale para sumar casos de riesgo metabólico/cardiovascular que no refleja el IMC.

Por tanto, combinando las dos variables podemos obtener otra nueva que nos permitan establecer un orden de los casos en función al grado de riesgo que puedan presentar. Esto lo realizaremos mediante la suma de los factores de riesgo:

0. **Sin riesgo:** aquellos sujetos que presenten *normopeso* y no tengan *obesidad abdominal*.
1. **Riesgo moderado:** donde estarían los sujetos con sobrepeso u obesidad abdominal únicamente.
2. **Riesgo alto:** donde estarían los sujetos con *sobrepeso* y *obesidad abdominal* o *obesidad* únicamente.
3. **Riesgo muy alto:** aquellos que compaginen *obesidad* y *riesgo metabólico*.

Esta variable nos va a dar diferentes niveles de riesgo basados en la configuración corporal del individuo, complementando información del IMC y PC por separado, acercándonos de este modo a la salud desde el estado nutricional.

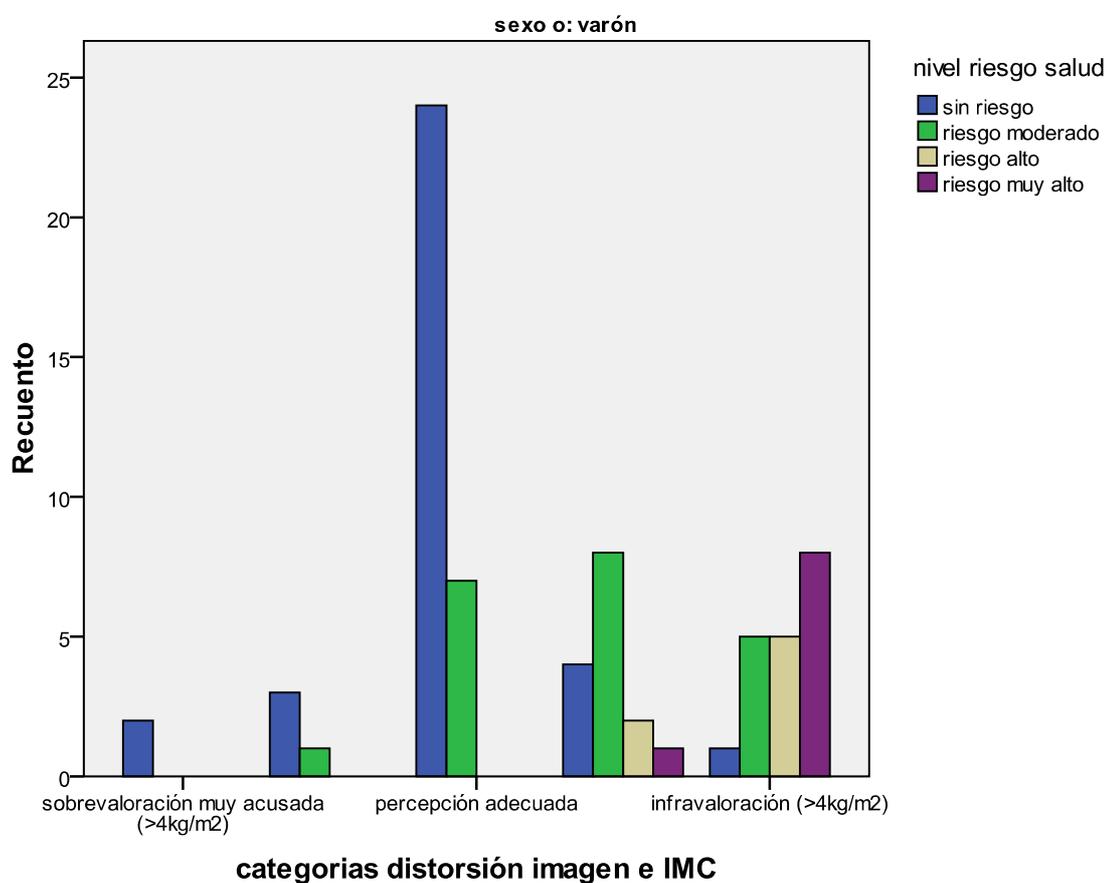


Como se puede ver, en los varones hay un mayor riesgo relativo, más de la mitad de los varones presentan algún riesgo cardiovascular y/o metabólico, por una de cada tres mujeres.

Este mayor riesgo de los varones está también presente en los niveles de distorsión.

Estadísticos descriptivos

sexo o		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
varón	diferencia entre imc real y percibido	71	-8,68	14,74	<b>2,1231</b>	3,45113
	N válido (según lista)	71				
mujer	diferencia entre imc real y percibido	171	-4,24	16,29	<b>,8730</b>	2,85379
	N válido (según lista)	171				



Los que presentan obesidad general y abdominal son los que mayor riesgo presentan, pero también son los que más distorsionan su percepción corporal, característica que puede ser conservadora de dicho estado, con los riesgos que esto supone para la salud.

## Discusión

### *Valoraciones sociales respecto al cuerpo*

#### **Al nivel social**

A nivel macro-social es necesario resaltar el culto que rinde al cuerpo nuestra sociedad, o mejor dicho, al tipo de cuerpo. El cuerpo siempre ha sido un elemento cargado de simbolismo social y cultural. Lo novedoso en los últimos años, es la revaloración de unas determinadas formas corporales, las delgadas y esbeltas, como símbolo de prestigio y atractivo social.

Es decir, que si nos remontamos a los diferentes conceptos que se han atribuido a las formas corporales encontramos cambios a lo largo de nuestra historia, ya que cada periodo de la historia cuenta con sus propios estándares de belleza, a la vez que cada cultura desarrolla diferentes conceptos sobre la propia imagen, forma y decoración del cuerpo<sup>18</sup>.

Muchas investigaciones se han ocupado del tamaño y forma corporal dominante a lo largo de la historia, especialmente de las mujeres, observándose que los cuerpos ideales han ido cambiando en devenir del tiempo<sup>19</sup>.

**Por tanto, cambian los cuerpos y los gustos, mostrándonos su carácter relativo, valor contingente en la historia que hoy se manifiesta en forma de adoración a la delgadez.**

Pero no solo cambian las preferencias en cuanto a las formas corporales aceptadas, también las reprimidas por la sociedad. Si nos fijamos en la sociedad española de hace cuarenta años, encontramos que la obesidad se imputaba a situaciones de opulencia y bienestar social, ya que constituía una forma de demostrar que podía procurarse el alimento en un entorno de mayor carencia que la actual.

Hoy en día, como veremos con más detalle, la obesidad es considerada como un elemento negativo.

**¿Por qué nos incomoda estar gordos?**

---

<sup>18</sup> Rodin, 1993.

<sup>19</sup> Grogan, 1999

Aunque actualmente escuchamos por muchos medios los problemas para la salud que supone un estado obeso, la actual preocupación por la imagen y la exclusión derivada de un exceso de peso es más significativa que otros ecos que podrían hacernos pensar sobre nuestro estado de inflamación crónica.

Muestra de esto son los reproches y atributos que podemos encontrar a pie de calle.

*La delgadez* se asocia con atractivo, autocontrol, éxito, libertad,... mientras que *la obesidad* con un exceso de alimento, falta de éxito, estado de autolesión, falta de atractivo, perezoso, impopular,...<sup>20</sup>

Es decir, un *mayor volumen corporal* provoca la asociación con un conjunto de atributos negativos, mientras que un cuerpo *delgado* genera asociación con características positiva, como el atractivo o la disciplina.

Rasgos de la personalidad y conductas que legitiman el estereotipo, por considerarse al obeso como responsable de su gordura, por su reiterado afán ofensivo. Tanto para la sociedad como para el individuo la obesidad es un *estado lesivo*, que como veremos cala en los sujetos a modo de estereotipos y prejuicios. Estos funcionan a modo de mecanismo represivo contra los sujetos que se desvían de los criterios de deseabilidad

### **El cuerpo como valor social, ¿es un capital?**

Siguiendo el esquema de *la distinción social* de Bourdieu, podemos considerar al cuerpo como *un capital* a nivel social, por el importante papel que tiene el cuerpo como manifestación física de la persona. Por ellos lo vamos a considerar un capital, concretamente *el capital corporal*.

*Actualmente, el cuerpo se ha convertido en blanco de múltiples atenciones y es, al mismo tiempo, objetivo de grandes inversiones*<sup>21</sup>.

En la sociedad actual, acontecemos a una continua revalorización del cuerpo. Su creciente importancia hace que podamos considerarlo como *un capital*, o sea, un valor socialmente aceptado que nos reportará beneficios, no solo monetarios, en nuestras interacciones sociales.

---

<sup>20</sup> Psicología de la alimentación, Ogden, J. Ed. Morata, 2005, (pp89).

<sup>21</sup> La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas Ana Martínez Barreiro Papers 73, 2004 127-152.

Ejemplos de *capitales* son el nivel educativo (*capital educativo*) que posee una persona, sus ingresos o bienes (capital económico) o conocimientos prácticos y teóricos (capital cultural).

Estos capitales nos servirán de elemento diferenciador en la estructura de clases que forma la sociedad. Es decir, como también explicó Bourdieu, estos capitales se encuentra frecuentemente asociado a determinadas posiciones en la estructura de clases sociales. A medida que nos movemos en ella, encontraremos diferentes perfiles según niveles sociales o estatus.

Un ejemplo son los ejecutivos del banco o los miembros de un bufet de abogados, pueden presentar capitales más parecidos (educación, ingresos, cultura,...) que los miembros de un taller de automoción o los camioneros.

Considerar al cuerpo como un capital supone entenderlo como un elemento de gran simbolismo en nuestra sociedad, es decir, como mecanismo de distinción social. Si nos fijamos en determinadas profesiones, el cuerpo es una característica esencial y no solo de cara a mostrar una buena presencia.

Esto nos lleva a que a partir de ciertos niveles sociales el cuerpo es un elemento cada vez más importante para el desarrollo de las actividades profesionales intelectuales<sup>22</sup>.

En definitiva el cuerpo es un activo, entre los diferentes *capitales*, capaz de aportarnos un mayor o menor rédito en nuestra vida cotidiana. No queremos más que resaltar su valor simbólico a través de su ulterior manifestación monetaria, como mismo ocurre con otros bienes del mercado que manifiestan éxito y opulencia en la sociedad en la que vivimos. Por tanto, el cuerpo es un elemento muy valorado y símbolo de distinción socio-cultural, y de este modo, va a resultar para el individuo una característica deseable, en su búsqueda de una mayor integración en la sociedad.

### **Materialización del cuerpo**

*Nuestra sociedad occidental ha convertido al cuerpo y a sus cuidados en un negocio, así la preocupación por el cuerpo y la apariencia física se ha convertido en una fuente de consumo y en una industria. La consecuencia es que la atención de mucha gente está*

---

<sup>22</sup> Intelectual en el sentido Gramsciano, es decir, como individuos que crean corrientes de influencia social, como por ejemplo las élites sociales.

centrada en el aspecto físico. Esta preocupación con el cuerpo y la insatisfacción con el mismo pueden ir desde una preocupación normal hasta llegar a ser patológica<sup>23</sup>.

Como parte tangible del ser, el cuerpo se ha podido incluir en la lista de artículos o bienes de consumo, es decir, se ha convertido en un objeto más en el mercado. Y como hemos dicho, un cuerpo ideal sirve como medio para obtener beneficio en mayor o menor medida<sup>24</sup>.

Teniendo en cuenta que *satisfacción corporal* es sinónimo de *cuerpo ideal* y *cuerpo ideal de delgadez*, es evidente la importancia de una imagen corporal ajustada a los estándares de delgadez para los sujetos investigados. Esto lo podemos ver en el siguiente cuadro.

ANOVA

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
IMC ideal	Inter-grupos	3,963	1	3,963	,770	,381
	Intra-grupos	1024,241	199	5,147		
	Total	1028,204	200			
IMC kg/m2	Inter-grupos	382,768	1	382,768	20,725	,000
	Intra-grupos	3804,657	206	18,469		
	Total	4187,425	207			

Como podemos ver en la tabla de ANOVA<sup>25</sup> la satisfacción corporal varía con el cuerpo real pero no con el cuerpo ideal. ¿Por qué el *cuerpo ideal* será constante respecto a la satisfacción pero no el *real*? Mientras que los satisfechos tienen un determinado cuerpo real, que corresponde más con el ideal, ambos grupos, tanto insatisfechos como satisfechos, tienen una noción más aproximada de cuerpo ideal. Es decir, que la satisfacción corporal es relativa al físico, un físico que debe corresponder con un cuerpo ideal compartido.

<sup>23</sup> Salaberria, Karmele; Rodríguez, Susana; Cruz, Soledad. Osasunaz. 8, 2007, 171-183

<sup>24</sup> Como cualquier otro bien material que podemos encontrar en el mercado, el cuerpo se puede someter a mejoras estéticas o se pueden asegurar como la casa o el coche, si se dispone de los recursos necesarios. esto hace que la belleza se considere maleable, al igual que el estilo de vestir o tener un Rolls Roys, creándose el concepto de cuerpo como elemento de distinción económica.

<sup>25</sup> Comparamos las medias cogiendo como factor la satisfacción corporal.

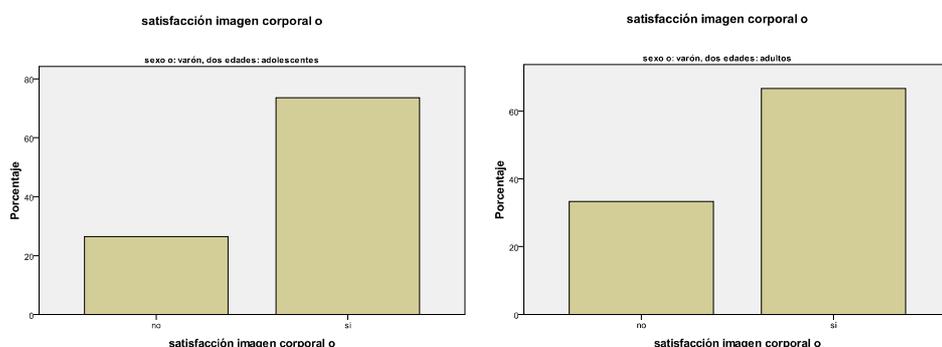
Los que encajan en ese físico están en mayor medida satisfechos, mientras que los que no poseen esas características están insatisfechos. Como podemos ver en el cuadro de abajo, las medias de peso ideal es 22 kg/m<sup>2</sup> para ambos grupos y por tanto para el total de la muestra. Esta media varía si tomamos los datos de cuerpo real, datos que curiosamente se acercan los satisfechos.

		N	Media	Intervalo de confianza para la media al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
IMC ideal	no	79	22,4098	21,8473	22,9722
	si	122	22,1223	21,7463	22,4983
	Total	201	22,2353	21,9199	22,5506
IMC kg/m <sup>2</sup>	no	81	25,9847	24,8462	27,1231
	si	127	23,2027	22,5607	23,8447
	Total	208	24,2861	23,6712	24,9009

Este hecho, nos indica que el cuerpo ideal es el referente de la satisfacción corporal. Cuanto más nos alejemos de ella más probablemente el sujeto se sentirá insatisfecho con su cuerpo. Y como hemos dicho, este ideal responderá a los estándares de belleza dominantes en la sociedad.

Por tanto, hemos podido ver cómo la valoración corporal dependerá del cuerpo, concretamente el nivel de ajuste de dicho cuerpo a la delgadez preestablecida. Cuanto más se ajuste a este criterio, más valorado será ese cuerpo socialmente. Es decir, más reconocimiento social tendrá (mayor capital corporal).

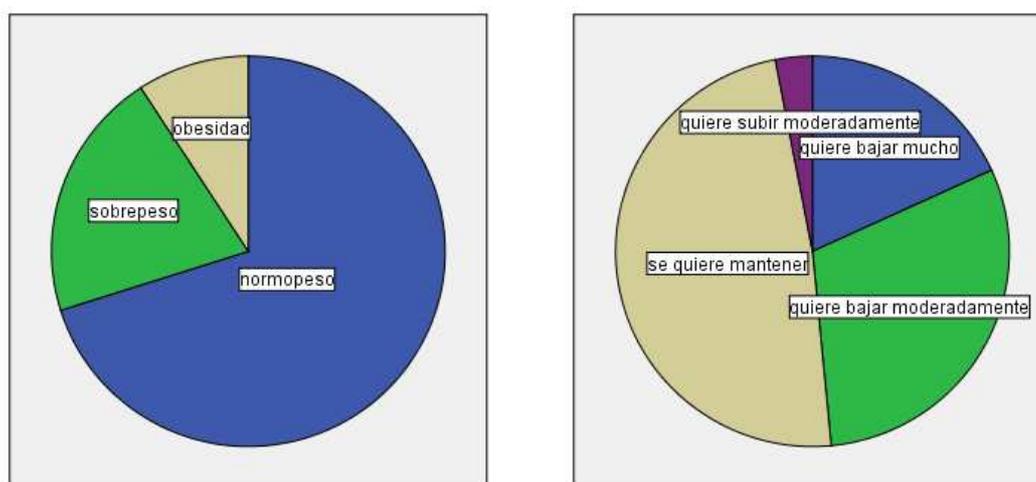
Grant y Cash afirmaban que en la sociedad occidental un tercio de las mujeres y un cuarto de los hombres presentan insatisfacción corporal<sup>26</sup>.



<sup>26</sup> Grant y Cash, 1995

La satisfacción corporal si varía en relación al sexo de una manera significativa, aunque con una mayor proporción en nuestros resultados. Las mujeres están insatisfechas en mayor medida que los hombres (43.2% frente a 30.8% varones), confirmando la mayor afección femenina en cuanto a la percepción corporal, aspecto que incrementa sus desventajas en cuanto a comportamiento y bienestar psicológico, especialmente durante la adolescencia<sup>27</sup>.

Pero, ¿por qué están más insatisfechas? Según Lee Barty, las mujeres están sujetas a muchas prácticas disciplinarias que producen un tipo de cuerpo típicamente femenino. Es decir, la femineidad constituiría un artificio o construcción social, donde la mujer tiene que distinguirse del hombre con una serie de características que adquiere mediante unas prácticas específicas. Entre las muchas técnicas corporales que producen un cuerpo más femenino se pueden distinguir tres: *a*) aquéllas que pretenden conseguir un cuerpo de cierto tamaño y configuración, como son: la cirugía estética, los regímenes, las dietas, cuyo extremo máximo se encuentra en la bulimia y la anorexia nerviosa (enfermedad femenina entre los 14 y los 26 años); *b*) aquellas técnicas que tienen como objetivo conseguir una forma de expresión corporal femenina a través de la forma de moverse, en la mirada y en los gestos, y, por último, *c*) aquéllas que están dirigidas a mostrar un cuerpo como una superficie decorativa: depilación, maquillaje y adornos<sup>28</sup>. Esta mayor disciplina requeriría de una mayor exigencia corporal respecto al varón.



**MC ideal e IMC deseado.**

I

<sup>27</sup> J. Youth, 2010.

<sup>28</sup> Lee Barty, 1994: 63-92

Centrándonos en las mujeres, vemos a la izquierda el *IMC real* en categorías de *normopeso, sobrepeso y obesidad* y a la derecha, *la discrepancia del cuerpo ideal*, en categorías según el mayor o menor deseo de modificar su cuerpo<sup>29</sup>. Esto nos permite comparar entre el estado nutricional real y el cuerpo que desean.

Si nos fijamos en los sectores de la izquierda, podemos ver un estado nutricional general adecuado, ya que, la mayor parte de las chicas presentan un peso adecuado. Pero si nos fijamos en el ideal de cuerpo, encontramos que el 30% de las mujeres que presentan *normopeso* desean bajar mucho o de una forma moderada. Esto supone que las chicas además de estar menos satisfechas con su cuerpo, son más exigentes, a la hora de valorarse y establecer un cuerpo ideal. Creencia de peso ideal que sobrepasa con creces los límites del *normopeso o peso ideal saludable*, para emplazarse en un tipo de cuerpo socialmente ideal.

Por tanto, llegamos a la conclusión que el principal factor de la satisfacción corporal es tener un cuerpo ajustado a ideal de cuerpo del sujeto y de una forma más acusadas en las mujeres. Y esta preocupación es debida a la importancia social del cuerpo en nuestra sociedad. Pero qué pasa con los que no tienen o no pueden tener en un cuerpo delgado en la sociedad de la imagen.

### ***Cuerpos ideales y realidad corporal: alteraciones de la imagen corporal***

Como hemos visto, aunque todos queremos tener un cuerpo ideal, no todos nos ajustamos a dicho ideal. Los sujetos que presentan unas características adversas al tipo ideal corporal, presentan distintos niveles de satisfacción, discrepancia y distorsión de la imagen corporal. Como hemos intentado explicar, las percepciones y creencias a nivel subjetivo se originan desde concepciones aprendidas del entorno social, interviniendo en las nociones corporales de los sujetos que no cumplen con los ideales de cuerpo que la sociedad marca.

---

<sup>29</sup> Como hemos visto, esta variable procede de la diferencia entre el *IMC deseado* y el *IMC real*. El resultado son cinco categorías que nos muestran diferentes niveles de discrepancia respecto a su peso real o una conformidad con dicho peso.

Según Cash y Brown, las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos<sup>30</sup>:

**Alteración cognitiva y afectiva:** insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita y/o

**Alteraciones perceptivas que conducen a la distorsión de la imagen corporal.** es decir, inexactitud en la estimación del cuerpo, su tamaño y su forma.

*De ahí que la representación psicológica subjetiva resultante, puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real que presenta el individuo<sup>31</sup>.*

Para estos autores, es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma.

Como hemos visto, la satisfacción corporal está estrechamente ligada a la forma del cuerpo, definido por valores sociales que hemos expuesto y que poseen los sujetos y expresan mediante su creencia de cuerpo ideal. Por tanto, nos queda claro el origen de la insatisfacción, pero ¿por qué se distorsiona la imagen?

*El autocrecimiento y la autoafirmación<sup>32</sup>* nos pueden dar más pistas.

*La autoafirmación* hace referencia a la motivación de las personas para mantener la valía percibida e integridad del yo. Es decir, es un mecanismo de defensa basado en el mantenimiento o conservación de la *autopercepción*. En nuestra vida cotidiana necesitamos estabilidad psicológica, siendo primordial en este sentido el mantenimiento de nuestra autoestima. *La autopercepción* funciona a modo de actitud conservadora adaptativa, ayudándonos a mantener una cierta estabilidad psíquica necesaria en la regularidad exigida en su vida cotidiana.

El *autocrecimiento* es una ilusión de control y optimismo poco realista que se ha relacionado ante un evento adverso como una enfermedad. Nos sirve de mecanismo adaptativo de afrontamiento de problemas, mediante la creencia de que podemos controlar más de los que es realmente posible. Esta característica también es importante, porque nos procura una estabilidad psíquica en momentos de crisis. Este “autoengaño”

---

<sup>30</sup> Cash y Brown, 1987.

<sup>31</sup> Cash & Pruzinsky, 1990.

<sup>32</sup> Rodríguez-Santos y cols., 2009

nos jugaría malas pasadas a la hora de proponernos objetivos que después no podremos cumplir.

Ambos conceptos pueden contribuir al mantenimiento del estado obeso, pero es el *autocrecimiento* el que nos puede ayudar en la explicación de los mayores niveles de *distorsión* cuando existe sobrepeso y obesidad. La contradicción entre los estímulos negativos que nos llegan del nuestro cuerpo pueden crear distintos niveles de disonancia. Esta será relativa a la idoneidad o no del cuerpo del sujeto, como hemos visto, respecto a los cánones de belleza establecido. Cuanto más desajuste percibamos mayor será la insatisfacción y por extensión más baja la autoestima<sup>33</sup>.

Esta contradicción entre estos dos pensamientos (la percepción y el deseo) producirá una contradicción conocida como disonancia cognitiva, que tendrá que ser compensada con una reducción de la contradicción.

Como por ejemplo el sujeto puede pensar: *tampoco estoy tan gordo...*

Por tanto, la *distorsión de la imagen corporal*<sup>34</sup>, constituye el mecanismo de ajuste o reducción de la disonancia entre ideal y real, para recuperar el equilibrio psicológico necesario en la vida cotidiana. A mayor obesidad mayor será el grado de insatisfacción y mayor nivel *autocrecimiento* necesitará el sujeto para el mantenimiento del equilibrio emocional.

---

<sup>33</sup> como ha demostrado un estudio reciente en EEUU (txt7) donde se ha establecido la relación entre autoestima e insatisfacción corporal, en adolescentes sin distinción de edad.

<sup>34</sup> La insatisfacción corporal se puede medir mediante tres acercamientos según Ogden: como imagen corporal deformada, como discrepancia del ideal, como respuesta negativa al cuerpo.

## Conclusiones

Descrita la interrelación entre la satisfacción con la imagen corporal y las formas y contorno de nuestro cuerpo, encontramos la distorsión de nuestra imagen como un mecanismo de defensa frente a una realidad individual discrepante y los ideales sociales.

Estos ideales sociales parecen más impuestos para las mujeres, aunque nadie queda exento de sentirse bien o mal si no cumple con las expectativas que adquieren los adolescentes de nuestro entorno. Cada vez nos queremos ajustar más y mejor a estas exigencias, pero a la vez no es igual de fácil para todos.

Aunque no tengamos un cuerpo diez sí que sabemos valorar a nuestros iguales con el gusto fino, donde la esbeltez y delgadez representa su máximo. Esto nos muestra que nadie está exento de ellos. Esto lo vimos representado en la noción de cuerpo ideal que presentaba la muestra. La imagen corporal es un concepto social y la sociedad es reflejo de ello en cada actividad que requiera al colectivo que nos marquemos, desde comprarnos unos pantalones hasta cuando vemos un programa en la televisión. Todo está configurado para que lo grueso se reproche y lo delgado se adore y premie, constituyendo el cuerpo una forma más de valor social, un capital que nos procurará rédito en muchas facetas de nuestra vida cotidiana.

En este contexto social que hemos intentado justificar con detalle, encontramos a las personas normales que no cumplen con un cuerpo ideal real. En estos casos, la distorsión de la imagen corporal es un mecanismo que les ayuda a reducir la disonancia que se encuentran cada día en su vida cotidiana. Pseudorealidad o subjetivismo que nos sirve de corrector de una realidad hostil y que podemos observar ahora a través de la deformación de la imagen corporal frente al cuerpo real.

Por tanto el esquema que representa nuestro cuerpo en nuestra mente sigue unos requisitos sociales de valoración pero también otros psicológicos de ajuste para procurar un equilibrio psicológico. Equilibrio imprescindible en nuestra vida cotidiana para seguir cumpliendo los objetivos vitales. La contrapartida a este autoengaño constituiría el conservadurismo presente en la abstracción de la realidad física, restándole importancia al estado nutricional. Actitudes contraproducentes para la salud como hemos visto, por mantener las consecuencias patológicas que supone el estado de sobrecarga ponderal.

## BIBLIOGRAFÍA

Braña, F. J. y cols. Determinantes de la inserción laboral de los jóvenes en España. Revisión de nuevas evidencias. Asociación Española de Economía Laboral, 2007.

Bourdieu, P. La distinción, criterios sociales del gusto. Ed. Taurus, 2003.

Cash, T.F. y Brown, T.A. (1987). "Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa". Behavior Modification, 11, 487-521.

Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990). Body images: development, deviance and changes. Nueva York. Guilford Press.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000.

Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP)

Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285: 2486-97.

García Arnaiz, M. "Los trastornos alimentarios como trastornos culturales: La construcción social de la anorexia nerviosa" En: *Somos lo que comemos*, Capítulo 13, 1ª ed., Barcelona: Editorial Pirámide, 2002..

Grant, J.R. y Cash, T.F. (1995). "Cognitive-behavioral body image therapy: comparative efficacy of groups and modest-contact treatments". Behavior Therapy, 26, 69-84.

Isomaa R, Isomaa AL, Marttunen M, Kaltiala-Heino R, Björkqvist K, Longitudinal concomitants of incorrect weight perception in female and male adolescents. Epub 2010.

Jauregui Lobera, I. *La imagen de una sociedad enferma. Anorexia, bulimia, atracones*

Jáuregui Lobera, I. y cols., Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. Nutrición Hospitalaria, 2009.

*Jáuregui, 2006.*

La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas Ana Martínez Barreiro Papers 73, 2004 127-152.

López Pérez, A. M. y cols. Percepción de satisfacción –insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus, Zainak. 30, 2008, 125-146.

Martinez Barreiro, A. "Mirar y hacerse mirar: La moda en las sociedades modernas". Ed. Tecnos, Madrid, 1.998.

Martínez-Hervás, S., Romero P., Ferri J., Pedro T., Real P, Priego A., Martínez-Valls, A., y Ascaso J. Perímetro de cintura y riesgo cardiovascular. *Revista Española de Obesidad* • Vol. 6 • Núm. 2 • Marzo-abril 2008.

Ogden, J. *Psicología de la alimentación*, Ed. Morata, 2005.

Pérez Rodrigo,C., Saavedra SantanaP. y Peña Quintana L. *Estudio EnKid*, 2000.

Salaberria, K.; Rodríguez, S.; Cruz, S. *Osasunaz*. 8, 2007.

Serra Majem L., et al. *Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados delestudio Enkid (1998-2000)*. En: *Alimentación infantil y juvenil. Estudio Enkid*, L. Serra Majem y J. ArancetaBartrina, 2002. Editorial Masson: Barcelona.

Slade P. What is body image? *Behav Res Ther*, 1994.

Stunkard, A y Stellar, E (1990): *Eating and its disorderes*. En Cash, T. y Pruzinsky, T. (Eds): *Body Images*. Guilford Press: 3-20. Nueva York. Rodin, 1993.

Toro Trallero, J. *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*, 1ª ed, Barcelona: Editorial y *obesidad*, 2ª ed., Barcelona: Editorial Grafema, 2006.