

Percepción de la propia imagen corporal en pacientes obesos o con sobrepeso.

Faustino Abad Massanet, Juana Rivero Pérez, Encarnación Fandiño Cobos, José Antonio Vera Osorio, Manuel de Vera Porcell, Laura Montero Sánchez

Centro de Salud La Laguna-San Benito, Servicio Canario de Salud.
La Laguna, Tenerife

Resumen: La obesidad es un importante problema de salud en la comunidad, y su abordaje es complejo. La valoración de la propia imagen corporal podría ser de ayuda, en pacientes obesos o con sobrepeso, para orientar hacia la obtención de un peso más saludable. Con este objetivo se utilizó una escala de figuras (escala de Stunkard) en pacientes de estas características, comparando la figura seleccionada por cada participante con la correspondiente a su Índice de Masa Corporal real. La concordancia entre ambas fue escasa, con marcado predominio de sujetos que infravaloran su IMC. El error en la valoración fue significativamente mayor entre las mujeres, en los participantes con menor nivel de estudios, y entre los que presentaban algún componente del síndrome metabólico.

Palabras clave: obesidad, sobrepeso, imagen corporal, síndrome metabólico, índice de masa corporal, figura humana

Abad Massanet F, Rivero Pérez J, Fandiño Cobos E, Vera Osorio JA, de Vera Porcell M, Montero Sánchez L. *Percepción de la propia imagen corporal en pacientes obesos o con sobrepeso*. ENE. Revista de Enfermería. Ago. 2012; 6(2): 24-31

Recibido: 29/jun/2012
Aceptado: 19/jul/2012

* Correspondencia:
f.abad.massanet@gmail.com

Summary: Obesity is a major problem in our society, and its treatment is difficult. Self evaluation of body image could be a valuable tool as a first step to engage overweight and obese patients in a process to a healthier weight. With this aim, a figural scale (Stunkard figure rating scale) was used in individuals with these characteristics, comparing the discrepancy between the figure selected for each participant and the

corresponding figure for the measured Body Mass Index. Agreement between perceived and measured figure was poor, with a majority of participants underreporting their body image. Discrepancy was greater in women, in low educational level participants and in those individuals exhibiting components of the metabolic syndrome.

Key words: Obesity; Overweight; Body image; Metabolic syndrome; Body mass index; Human figure

Introducción

La obesidad y el sobrepeso se relacionan con el riesgo de padecer, o con el agravamiento, de distintos problemas de salud, tanto cardiovasculares como respiratorios, digestivos y articulares, entre otros (1). La obesidad y el sobrepeso presentan una creciente prevalencia en nuestro medio, lo que obliga a desarrollar estrategias tendentes a su reducción, frente a las cuales se elevan diversos obstáculos, y entre ellos, la resistencia de los individuos a cambiar su estilo de vida hacia otros que les permitan obtener un peso más saludable. Muchos obesos se encuentran en un estado de precontemplación respecto al abordaje de este problema (2), por lo que la valoración de la propia imagen corporal podría ser de ayuda para iniciar un proceso de cambio destinado a la adopción de las estrategias que se precisan para la reducción de peso. La imagen corporal ha sido definida como la representación mental del tamaño, figura y constitución del propio cuerpo (3), y comprende un componente perceptivo (tamaño corporal, por ejemplo) y una dimensión subjetiva (como, por ejemplo, la satisfacción con el propio cuerpo). El objetivo de nuestro estudio fue doble: de un lado examinar la capacidad de los pacientes con sobrepeso y obesidad para identificar adecuadamente su propia imagen corporal, e indirectamente, su índice de masa corporal (IMC), y en segundo lugar, determinar la

disponibilidad de los pacientes para llevar a cabo medidas de control del peso.

Material y métodos

Se obtuvo una muestra integrada por un total de 95 sujetos, mayores de 18 años de edad, sin enfermedad aguda, que otorgaron por escrito su consentimiento para participar tras recibir explicaciones sobre el objetivo del estudio. Todos ellos estaban incluidos en la cartera de servicios "Obesidad" del Servicio Canario de Salud por presentar un IMC en rango de sobrepeso u obesidad. Como criterios de exclusión se consideraron la incapacidad para discernir claramente figuras dibujadas en un papel, la minusvalía con imposibilidad para la medición de peso o la talla de modo estandarizado, el embarazo, los diagnósticos de ascitis o edemas generalizados, y el deterioro cognitivo que impidiera la comprensión del procedimiento para valoración de la propia imagen. Se constituyó una muestra de conveniencia, donde los sujetos se incluyeron de un modo no probabilístico, aprovechando los momentos de menor presión asistencial en las consultas de enfermería o medicina del Centro de Salud La Laguna-San Benito, en Tenerife. Todos los autores participaron en mayor o menor medida en la captación de los participantes.

Material

El peso y la talla de los sujetos se midieron sin zapatos y en ropa ligera, con una balanza-tallímetro Barys Plus (Asimed), y el perímetro abdominal mediante el uso de una cinta métrica estándar. Antes de proceder a estas mediciones, los pacientes respondieron a un breve cuestionario, para valorar su estadio de cambio, según la clasificación de Prochaska, con respecto a la adopción de medidas tendentes a la obtención de un peso saludable. En este cuestionario se solicitó a los participantes que optaran por una de las siguientes tres opciones: a) Me encuentro bien con mi peso actual, y no me causa una especial preocupación

(precontemplación); b) Me está preocupando mi peso y estoy valorando tomar medidas (contemplación); c) Estoy haciendo dieta y/o ejercicio para bajar de peso (acción). A continuación, se les administró la escala de Stunkard (4), que representa, en una hoja de papel, dos conjuntos separados de imágenes, consistente en 9 figuras de hombre y 9 figuras de mujer, numeradas del 1 al 9 y ordenadas de izquierda a derecha en una escala desde el bajo peso a la obesidad de grado III. A diferencia de la original, se utilizó una versión sin valor numérico alguno de referencia, solicitando de los participantes que seleccionaran y marcaran una de las figuras de su mismo género, en su opinión la más aproximada a su imagen corporal actual. Posteriormente se obtuvieron los valores antropométricos y se registraron variables demográficas y socioculturales (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios completados), datos clínicos referidos a la presencia de otros componentes del síndrome metabólico (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia), y consumo de tabaco.

Las características de la muestra se exponen en la Tabla 1.

Análisis estadístico

Para cada participante se calculó el IMC, así como la diferencia, en valores absolutos, entre el valor de IMC asignado en la escala de Stunkard para la figura seleccionada, y el valor real de IMC obtenido por medición directa, considerando dicha diferencia como la magnitud de error en la apreciación de la figura corporal. Esta misma variable, pero considerando el signo de la diferencia, permitió definir a los sujetos en tres distintos grupos, mutuamente excluyentes, supra, infra o normovaloradores. Se consideraron normovaloradores a los sujetos cuyo IMC real se encontraba dentro de los límites definidos para el IMC de la figura seleccionada en la escala. Los sujetos infra o supervaloradores se definieron por

seleccionar figuras por debajo o por encima de dichos límites.

La escala no establece intervalos de IMC de igual magnitud para figuras consecutivas, y tampoco son equivalentes los valores de IMC para hombres y mujeres asignados al mismo rango de posición en la correspondiente escala, por lo que el análisis de la relación entre los valores de IMC medidos y los asignados a las figuras elegidas en la escala se realizó mediante la prueba de correlación no paramétrica de Spearman.

Las variables categóricas se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado, y las comparaciones entre valores medios se realizaron mediante la prueba de la t de Student o mediante ANOVA, según lo apropiado.

Los análisis se realizaron mediante SPSS versión 10. Se consideraron significativos los valores de $P < 0,05$.

Resultados

La percepción de la propia imagen a través de las figuras fue considerablemente inexacta, de modo que solo el 13,7% ($n = 13$) de pacientes seleccionó acertadamente su imagen en la escala (normovaloradores), mientras que el 74,5% ($n = 71$) eligieron figuras por debajo de la correspondiente a su IMC (infravaloradores) y el 11,6% ($n = 11$) optaron por figuras representando IMC superiores (supervaloradores). La discordancia en la percepción de la propia imagen se refleja igualmente al comparar los valores de IMC supuestos y reales mediante la prueba de Spearman ($Rho = 0,619$; $P < 0,001$).

Como se presenta en la tabla 2, la magnitud del error de apreciación fue significativamente mayor en mujeres, en individuos con un menor nivel de estudios y en los afectados por diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial o dislipemia.

Los datos obtenidos a través del cuestionario para estadios de cambio revelaron que un 10,5% (n = 10) se encontraban en fase de precontemplación, un 54,7% (n = 52) en fase de contemplación, y un 34,7% (n = 33) en fase de acción.

Las comparaciones entre los resultados de hombres y mujeres no alcanzaron significación estadística, incluyendo la variable IMC obtenida por mediciones directas, aunque tanto el peso (Hombres: media = 97,7 kg, D.E. = 17,3; Mujeres: media = 87,3 kg, D.E. = 13,5) como la talla (Hombres: media = 171 cm, D.E. = 7; Mujeres: media = 158 cm, D.E. = 5) si fueron significativamente diferentes ($P = 0,002$ y $P < 0,001$, respectivamente).

Discusión

Nuestros resultados, en una muestra de pacientes con sobrepeso u obesos, revelan dos aspectos aparentemente divergentes: por un lado se observa una dificultad la valoración de la propia imagen corporal, con tendencia a la infravalorar el grado de obesidad, pero, por otro lado los sujetos se encuentran preocupados o disconformes con su propio peso, tal y como revela el bajo porcentaje de los que se encuentran en una fase de precontemplación. A pesar de las dificultades de interpretación de los resultados a partir de una muestra obtenida mediante un procedimiento no probabilístico, a la preponderancia de mujeres, y a la marcada delimitación en el rango de edad, se puede observar en nuestros resultados un fenómeno ya descrito en estudios previos, tanto en nuestro país (5) como en el extranjero (6, 7), consistente en la tendencia de las mujeres obesas o con sobrepeso a valorar con un mayor grado de error su imagen corporal que los hombres en esas mismas categorías. En estos estudios, sin embargo, la valoración del error en la apreciación del IMC se realizó con una distinta metodología, utilizando los valores declarados por los participantes sobre su peso y talla. Sin embargo, en el

trabajo de Sánchez-Villegas et al (8), abarcando una amplia muestra integrada por europeos de distintas nacionalidades, y utilizando una escala de figuras muy similar a la utilizada en nuestro trabajo, se observó, de igual modo, que, en general, la proporción de sujetos que se clasificaron adecuadamente en la escala fue baja, y con clara tendencia a la infravaloración del propio peso en los obesos, tanto hombres como mujeres.

Nuestros resultados indican igualmente, una mayor propensión al error en la estimación entre las personas que declaran un menor nivel de estudios. Ello concuerda con los hallazgos de Isidoro et al (5), que observaron una mayor precisión en la estimación del IMC entre mujeres españolas con estudios universitarios comparadas con las que solo habían cursado niveles educativos básicos. Resultados opuestos se han obtenido en otros estudios, donde se ha detectado, por el contrario, un mayor grado de infravaloración entre los que habían cursado estudios universitarios, e incluso una ausencia de efecto del nivel socioeconómico sobre la selección de la imagen corporal empleando la propia escala de Stunkard (9).

La influencia observada de distintas variables clínicas (diabetes mellitus, hipertensión e hiperlipidemia) en la génesis de un mayor error en la estimación de la imagen corporal, debe tomar en consideración el marcado solapamiento de estas patologías en un segmento de los participantes en nuestro estudio, y, por tanto, el relativo escaso número de integrantes de alguno de estos subgrupos. Sin embargo, el estudio de Bays et al (10) utilizando igualmente la escala de Stunkard, refleja una significativa infravaloración del IMC por los pacientes con diabetes mellitas tipo 2, especialmente por las mujeres, tal y como hemos detectado. Por tratarse éste de un segmento poblacional más vulnerable a los efectos adversos de la obesidad, futuros estudios deberán clarificar

aspectos específicos en el abordaje de este grupo de pacientes.

La multiplicidad de escalas e instrumentos para la valoración de la imagen corporal (11) corre en paralelo al interés que se percibe en su evaluación para un enfoque más individualizado de los tratamientos de la obesidad, puesto que si los sujetos no se perciben como obesos, se presupone que no se sentirán concernidos por los riesgos que aquella acarrea para su salud. En todo caso, la imagen corporal se compone de elementos fuertemente subjetivos, y por lo tanto, también muy dependientes de factores socioculturales o situacionales. En nuestra muestra, aunque de un modo no directo, es posible inferir un alto estado de disconformidad con la propia imagen corporal, según lo apreciado de la aplicación de nuestra escala de estadios de cambio. La imagen social de la obesidad presenta rasgos ambivalentes, con connotaciones tanto positivas como negativas (12). Igualmente, las personas con sobrepeso u obesidad pueden ser sensibles a los mensajes que emiten los profesionales de la salud, orientados hacia el control del peso. Es difícil por ello calibrar el efecto que puede ejercer en los participantes el haber realizado la selección de imagen corporal y la declaración sobre su estadio de cambio dentro de la propia consulta, donde la presencia del profesional sanitario pudiera ejercer algún efecto sobre el sentido de la valoración, aunque en otro estudio, donde dicha selección se efectuó sobre escala remitida por correo, el efecto no parece haber sido determinante (10). En resumen, la infravaloración del peso corporal, y, al mismo tiempo, el potencial de cambio que subyace a la disconformidad con la propia imagen corporal, son dos aspectos que, en nuestra opinión, deberían considerarse en el abordaje de los pacientes con problemas de sobrepeso u obesidad en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

Referencias

7. Nicolai, J.P., Lupiani J.H., y Wolf J.W.(2012) "An integrative approach to obesity" en Raket D. Integrative Medicine, 3rd edition. Saunders. Ontario, pp. 364-367
8. Costain L., y Brooker H. (2005) Helping individuals to help themselves. Proceedings of the Nutrition Society, 64, 89-96
9. Slade P.D.(1994) What is body image?. Behaviour Research and Therapy, 32, 497-502
10. Bulik C.M., Wade T.D., Heath A.C., Martin N.G., Stunkard A.J., y Eaves L.J.(2001) Relating body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians. International Journal of Obesity, 25, 1517-1524
11. Isidoro B., Lope V., Pedraz-Pingarrón C., Collado-Gcía F., Santamariña C., Moreo P., Vidal C., Laso M.S., García-López M., y Pollán M. (2011) Validation of obesity based on self-reported data in Spanish women participants in breast cancer screening programmes. BMC Public Health 11, 960. Consulta 20 junio, 2012, de la World Wide Web: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/960>
12. Truesdale K.P., y Stevens J. (2008) Do the obese know they are obese? North Carolina Medical Journal, 69,188-194.
13. Stommel M., y Schoenborn C.A. (2009) Accuracy and usefulness of BMI measures based on self-reported weight and height: findings from the NHANES & NHIS 2001-2006, BMC Public Health, 9, 421. Consulta 20 junio, 2012, de la World Wide Web: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/421>
14. Sánchez-Villegas A., Madrigal H., Martínez-González M.A., Kearney J., Gibney MJ, de Irala J., y Martínez A. (2001) Perception of body image as indicator of weight status in the European union. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 14, 93-102.
15. Lynch E., Liu K., Spring B., Hankinson A., Wei G.S., y Greenland P. (2007) Association of ethnicity and socioeconomic status with judgments of body size: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. American Journal of Epidemiology, 165, 1055-1062
16. Bays H.E., Bazata D.D., Fox K.M., Grandy S., y Gavin J.R. (2009) Perceived body image in men and women with type 2 diabetes mellitus: correlation of body mass index with the figure rating scale. Nutrition Journal, 8, 57-57. Consulta 20 juni, 2012, de la World Wide Web: <http://www.nutritionj.com/content/8/1/57>
17. Pull C.B., y Aguayo G.A. (2011). Assessment of body-image perception and attitudes in obesity, Current Opinion in Psychiatry, 24, 41-48
18. Schwartz M.B., y Brownell K.D. (2004) Obesity and body image. Body Image, 1, 43-56

Anexos/Tablas

Edad (años), media \pm DE	55.7 \pm 14.3
Peso (kg), media \pm DE	90.9 \pm 15.6
Talla (cm), media \pm DE	163 \pm 8
IMC (kg/m ²), media \pm DE	34.31 \pm 4.94
Perímetro de cintura (cm), media \pm DE	112 \pm 12
Sexo	
Hombres	34.7% (n = 33)
Mujeres	65.3% (n = 62)
Estado civil	
Casados	66.3% (n = 63)
Otros	33.7% (n = 32)
Nivel de estudios	
Primarios	72.6% (n = 69)
Medios y superiores	27.4% (n = 26)
Número de la silueta en escala de figuras	
7.4% (n = 7)	
23.2% (n = 22)	
32.6% (n = 31)	
28.4% (n = 27)	
8.4% (n = 8)	
Diabetes mellitus tipo 2	27.4% (n = 26)
Hipertensión arterial	51.6% (n = 49)
Dislipemia	64.7% (n = 61)
Tabaquismo	10.5% (n = 10)

Tabla 1. Características de la muestra

Sexo (P = 0,0019)	
Hombres	4,27 \pm 2,85 (kg/m ²)
Mujeres	5,82 \pm 3,09 (kg/m ²)
Nivel de estudios (P < 0,001)	
Primarios	6,05 \pm 2,84 (kg/m ²)
Medios y superiores	3,25 \pm 2,87 (kg/m ²)
Diabetes mellitus tipo 2 (P < 0,001)	
Pacientes con diabetes mellitus tipo 2	6,17 \pm 3,43 (kg/m ²)
Sin diabetes mellitus	4,95 \pm 2,92 (kg/m ²)
Hipertensión arterial (P = 0,016)	
Pacientes con hipertensión arterial	6,02 \pm 3,12 (kg/m ²)
Sin hipertensión arterial	4,50 \pm 2,91 (kg/m ²)
Dislipemia (P = 0,040)	
Pacientes con dislipemia	5,77 \pm 3,08 (kg/m ²)
Sin dislipemia	4,41 \pm 2,99 (kg/m ²)

Tabla 2. Variables donde se detectó magnitud de error absoluto estadísticamente significativo en la percepción de IMC entre subgrupos, en análisis univariado

La analgesia epidural en el parto. Aspectos prácticos

Miguel Picot Castro (1), Miriam Roche Orduña (2)

1 Hospital Ernest Lluch Calatayud (Zaragoza), España

2 D.U.E servicio quirófano Hospital Royo Villanova de Zaragoza, España

Resumen: Es mucha la literatura científica relacionada con la analgesia epidural (AE) durante el trabajo de parto. La mayor parte dirigida a estudiar consecuencias, efectos secundarios o complicaciones de su uso. El objetivo de esta revisión es ofrecer una visión actualizada de la bibliografía centrándonos en aquellos aspectos prácticos que podrían suponer cambios en las actuaciones diarias de las matronas basados en el conocimiento científico.

Objetivo principal: El objetivo de esta revisión es ofrecer una visión actualizada de la evidencia científica, centrándonos en aquellos aspectos prácticos que podrían suponer cambios en las actuaciones diarias de las matronas

Metodología: Se ha llevado a cabo la revisión consultando las siguientes bases de datos biomédicas: Cuiden, PubMed y Cochrane.

Resultados principales: Se detallan a continuación prácticas habituales llevadas a cabo por las matronas no avaladas por la evidencia científica y se describen las prácticas más recomendables en relación con el uso de la analgesia epidural durante el trabajo de parto.

Conclusión principal: El conocimiento por parte de la matrona de la evidencia científica en relación al uso de analgesia epidural durante el trabajo de parto, puede disminuir el número de intervenciones innecesarias así como la

Picot-Castro M, Roche-Ordiña M. *La analgesia epidural en el parto. Aspectos prácticos*. ENE. Revista de Enfermería. Ago. 2012; 6(2): 32-38

Recibido: 11/mar/2012

Aceptado: 28/jun/2012

* Correspondencia: mpicot@ono.com