



Trabajo Original

Valoración nutricional

Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en la población chilena

Agreement between self-perception of body image and nutritional status in a Chilean population

Carolina Vidal¹, Claudia Crisosto Jara², Denise Olivares-Keller², Patricia Caro^{1,3}

¹Instituto de Salud Pública. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile. ²Curso Magister de Salud Pública y Planificación Sanitaria. Universidad Mayor. Santiago, Chile.

³Departamento de Bienestar y Salud. Universidad Católica del Uruguay. Montevideo, Uruguay

Resumen

Introducción: la obesidad es un problema de salud pública. No se ha observado una disminución significativa de la prevalencia de la obesidad a nivel mundial. Es necesaria una mejor comprensión de los factores que pueden influir en la obesidad y uno de ellos es la autopercepción del peso corporal.

Objetivo: determinar la concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional real en la población chilena de 15 y más años.

Métodos: se realizó un estudio transversal analítico basado en la Encuesta Nacional de Salud de Chile 2016-2017. Se midió el estado nutricional junto con la autopercepción del peso corporal. Se estimó el índice de concordancia kappa y el kappa ponderado. Estos índices se especificaron según la variable sociodemográfica.

Resultados: un 51 % (IC 95 %: 48,7-53,5) corresponden a mujeres. La edad media fue de 43,2 años (IC 95 %: 42,4-44,0). El índice kappa mostró una baja concordancia (kappa: 0,194; IC 95 %: 0,177 a 0,211), siendo inferior en las mujeres, las personas de área rural y las de menos años de educación. El kappa ponderado global fue de 0,325; IC 95 % (0,168-0,482).

Conclusiones: la subestimación del estado nutricional favorece la negación del problema que genera el exceso de peso corporal. Reconocer el estado nutricional que se tiene es una etapa crítica para iniciar un cambio de comportamiento; por lo tanto, evaluar incorrectamente el peso corporal impide iniciar hábitos de alimentación saludable. Más de la mitad de los chilenos presentan distorsión de la imagen corporal, prevaleciendo la subestimación del peso corporal.

Palabras clave:

Autopercepción del peso.
Índice de masa corporal.
Estado nutricional.

Abstract

Introduction: obesity is a public health problem. No significant decrease in the prevalence of obesity has been globally observed. A better understanding of the factors that can influence obesity is necessary, one of them being self-perception of body weight.

Objective: to determine the agreement between self-perception of body image and nutritional status in a Chilean population.

Methods: an analytical cross-sectional study was carried out based on the Chilean National Health Survey 2016-2017. Nutritional status was measured by body mass index (BMI) and self-perceived body weight. Agreement was estimated by the kappa index and weighted kappa index. These indices were specified according to sociodemographic variable.

Results: the total number of participants was 5483, with 51 % (95 % CI: 48.7-53.5) corresponding to women. Mean age was 43.2 years (95 % CI: 42.4-44.0). The kappa index showed a low concordance (kappa, 0.194; 95 % CI: 0.177 to 0.211) among women, people from rural areas, and subjects with fewer years of education. The global weighted kappa was 0.325; 95 % CI (0.168-0.482).

Conclusions: underestimation of nutritional status can lead to negation of the problem generated by excess body weight. Recognizing nutritional status is a critical stage to initiate behavior changes and start having healthy eating habits. More than half of Chileans present distortion of body image, prevailing underestimation of body weight.

Keywords:

Self-perception. Body mass index. Nutritional status.

Recibido: 04/02/2022 • Aceptado: 21/08/2022

Conflictos de intereses: los autores no declaran tener conflictos de intereses.

Vidal C, Crisosto Jara C, Olivares-Keller D, Caro P. Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en la población chilena. Nutr Hosp 2022;39(6):1298-1305

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.4073>

Correspondencia:

Patricia Caro. Departamento de Bienestar y Salud.
Universidad Católica del Uruguay. Cornelio Cantera
2728. CP 11600 Montevideo, Uruguay
e-mail: patricia.caro@ucu.edu.uy

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad ha ido en aumento en el mundo. A partir de principios de 1980 se comienza a observar un aumento rápido en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los países de altos ingresos (1); sin embargo, para el año 2016, la obesidad afectaba a 2 mil millones de personas mayores de 18 años en el mundo, convirtiéndola en un problema de salud pública (2,3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad se define como el anormal o excesivo almacenamiento de grasa secundario a diferentes causas, incluyendo el desbalance energético, los fármacos y la patología genética (4). Uno de los parámetros de salud poblacional utilizados para la detección de la obesidad es el índice de masa corporal (IMC). Un IMC elevado constituye uno de los cinco factores de riesgo en términos de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad y muerte atribuible (5,6).

A la fecha no se ha observado una disminución significativa de la prevalencia de la obesidad en ningún país, lo que representa uno de los mayores fracasos de salud poblacional en nuestro tiempo (7). Para poder abordar esta epidemia es necesaria una mejor comprensión de los factores del comportamiento que pueden influir en la obesidad; uno de ellos es la autopercepción del peso corporal, entendida como la representación que cada persona construye en la mente de su propio cuerpo.

Una percepción menor del peso corporal se ha asociado con estrés psicológico (8) y con factores de riesgo como la mala alimentación, el tabaquismo y el consumo de alcohol (9), mientras que aquellos adultos con sobrepeso que evalúan correctamente su imagen corporal tienden a practicar hábitos alimentarios más saludables (10).

Por lo tanto, la conciencia o correcta percepción del estado nutricional es un determinante importante en el tratamiento de la obesidad. Las teorías del cambio de comportamiento sugieren que las recomendaciones entregadas a las personas con sobrepeso u obesidad pueden no ser escuchadas si dichas personas no se consideran como tales, mientras que el modelo transteórico sugiere que las personas pueden progresar de la etapa de precontemplación a la de contemplación cuando son conscientes de su peso, del riesgo de la enfermedad y de los beneficios obtenidos a través de la pérdida de peso (11).

Sin embargo, la evidencia ha mostrado que las personas con sobrepeso y obesidad tienden a subestimar su peso corporal (12-16), lo que podría ser una limitante en el abordaje actual de la obesidad.

Conocer cómo la población percibe su estado nutricional es de utilidad para definir nuevas estrategias que permitan abordar la obesidad. En la actualidad no existen estudios latinoamericanos con representatividad nacional que relacionen la percepción del peso con el estado nutricional real. Esta investigación tiene como objetivo determinar la concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en la población chilena de 15 y más años incluida en la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal analítico en adultos de ambos sexos mayores de 15 años que residen en zonas urbanas y rurales de Chile utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud ENS 2016-2017, la cual es representativa a nivel nacional, dado su muestreo probabilístico, estratificado y multietápico. La encuesta alcanzó un tamaño muestral de 6233 personas.

VARIABLES

Estado nutricional

El estado nutricional objetivo se determinó a través del indicador *z-score* IMC para la edad en los menores de 19 años (17) y con el indicador IMC en los adultos y adultos mayores a partir del peso y la talla de los participantes, utilizando los puntos de corte recomendados por la OMS. El peso se midió con una balanza electrónica digital marca OMRON con precisión de 0,100 g y la talla con una cinta métrica con precisión de 0,1 cm. Se utilizaron técnicas antropométricas estandarizadas (18).

Estado nutricional percibido o autopercepción del peso corporal

La variable estado nutricional percibido, definido como la construcción de la imagen corporal que realiza la persona asociada al conocimiento de sí mismo y la influencia del entorno familiar, amigos y medios de comunicación masivos (19), se determinó a través del modelo de imágenes adaptado de Stunkard & Stellard, 1990 (20). El modelo consta de 4 imágenes diferenciadas por sexo que representan los siguientes estados nutricionales: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad (Fig. 1) Cada participante tuvo que elegir la figura que creía que representaba su estado nutricional al momento de la encuesta sin recibir explicaciones previas sobre las descripciones de las diferentes figuras.

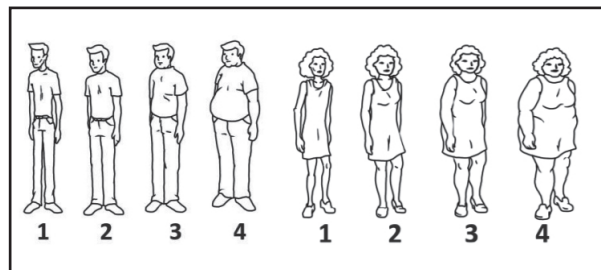


Figura 1.

Representación de los estados nutricionales ENS 2016-2017 (Fuente: Extraído del tarjetero F1 ENS 2016-2017).

Percepción de estado nutricional

Se creó una variable denominada estado de percepción en relación con la variable imagen corporal percibida, la cual se definió como percepción adecuada cuando el estado nutricional correspondía a la imagen corporal seleccionada, percepción subvalorada cuando el estado nutricional era mayor que la imagen corporal seleccionada y percepción sobrevalorada cuando el estado nutricional era menor que la imagen corporal seleccionada.

Percepción de salud

A cada participante se le consultó sobre cómo percibía que era su condición de salud, teniendo 5 respuestas posibles: muy buena, buena, regular, mala y muy mala. Para esta investigación se generaron dos categorías de percepción de salud: buena y muy buena, y menos que buena (agrupa regular, mala y muy mala).

Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas fueron edad, sexo, zona de residencia, macrozona geográfica y años de escolaridad. El sexo se registró en base a la percepción del encuestador, clasificándose en hombre o mujer. La edad se determinó a partir de la fecha de nacimiento del entrevistado y se generaron los siguientes grupos de edad: 15-24; 25-44; 45-64; 65-74 y 75 o más años. Se registra el nivel educacional más alto alcanzado. Se categoriza la variable en tres grupos: nivel educacional bajo (menos 8 años de estudios), medio (entre 8-12 años de estudio) y alto (más de 12 años de estudio).

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis estadístico se aplicaron los factores de expansión asociados al diseño muestral. El análisis descriptivo se realizó a través de proporciones y del IC 95 %, la concordancia entre el estado nutricional y la percepción corporal se estimó con el índice kappa y el kappa ponderado junto a sus intervalos de confianza del 95 %. Se emplearon los puntos de corte propuestos por Altman DG. Un estadístico kappa de 1 indica un acuerdo perfecto entre los dos observadores, mientras que un estadístico kappa de 0 indica que el acuerdo podría deberse al azar (21). Se aplicaron test de hipótesis para valorar la asociación de las características sociodemográficas con la percepción del estado nutricional.

ASPECTOS ÉTICOS

La Encuesta Nacional de Salud respeta los principios de Helsinki y el estudio fue aprobado por el comité ético científico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESULTADOS

Del total de la muestra ($n = 5483$), un 51 % (IC 95 %: 48,7-53,5) corresponde a las mujeres. La edad media fue de 43,2 años (IC 95 %: 42,4-44,0). La tabla I muestra la distribución de las variables sociodemográficas según el estado nutricional. Las mujeres presentan una mayor proporción de obesidad que los hombres con un 38,4 % (IC 95 %: 35,6 %-41,4 %). Los resultados por edades muestran una menor proporción de sobrepeso y obesidad en el grupo de 15-24 años con un 28,8 %

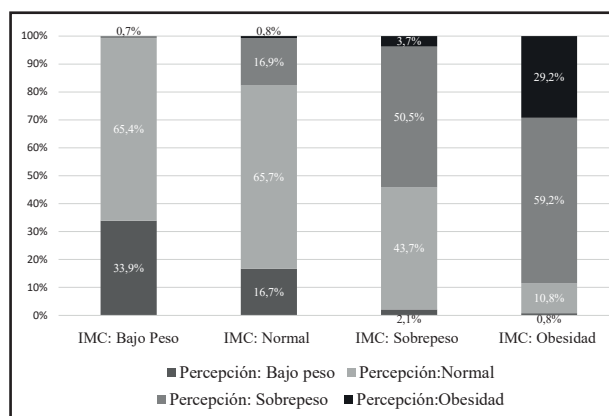
Tabla I. Características de la muestra según el estado nutricional por el índice de masa corporal

	Bajo peso			Normal			Sobrepeso			Obesidad			n total
	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	
Total	52	1,3	(0,8-1,9)	1.287	24,5	(22,5-26,6)	2.087	39,8	(37,5-42,1)	2.057	34,4	(32,3-36,7)	5.483
<i>Sexo</i>													
Hombre	24	1,4	(0,8-2,5)	503	25,0	(22,1-28,2)	854	43,3	(39,7-46,9)	623	30,3	(27,1-33,7)	2.004
Mujer	28	1,1	(0,6-2,0)	784	24,0	(21,5-26,8)	1.233	36,4	(33,5-39,4)	1.434	38,4	(35,6-41,4)	3.479
<i>Grupo edad</i>													
15-24	23	4,0	(2,2-7,0)	341	49,4	(43,9-54,9)	215	28,8	(24,1-34,1)	149	17,8	(14,2-22,1)	728
25-44	8	0,6	(0,2-1,5)	350	21,4	(18,1-25,0)	624	42,0	(37,8-46,3)	582	36,1	(32,2-40,2)	1.564
45-64	8	0,3	(0,1-1,0)	296	14,2	(11,6-17,3)	739	43,3	(39,2-47,4)	809	42,2	(38,2-46,3)	1.852
65 +	13	1,5	(0,7-3,2)	300	21,6	(18,1-25,6)	509	41,2	(36,7-45,9)	517	35,6	(31,3-40,2)	1.339
<i>Área geográfica</i>													
Urbana	46	1,2	(0,8-1,9)	1.124	25,1	(23,0-27,4)	1.775	40,2	(37,7-42,8)	1.668	33,4	(31,0-35,8)	4.613
Rural	6	1,5	(0,5-4,4)	163	19,5	(15,6-24,1)	312	36,1	(31,4-41,1)	389	43,0	(38,0-48,1)	870

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (Cont.). Características de la muestra según el estado nutricional por el índice de masa corporal

	Bajo peso			Normal			Sobrepeso			Obesidad			n total
	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	n	%	IC 95 %	
<i>Grupo de edad</i>													
< 8 años	12	1,2	(0,5-2,8)	216	18,4	(14,6-22,9)	448	33,9	(29,4-38,6)	632	46,6	(41,7-51,6)	1.308
8-12 años	30	1,7	(1,0-2,8)	706	24,2	(21,7-27,0)	1.144	40,7	(37,6-43,8)	1.055	33,4	(30,5-36,3)	2.935
13 o más años	9	0,3	(0,1-0,9)	355	28,7	(24,5-33,3)	481	41,5	(36,7-46,5)	349	29,4	(25,1-34,1)	1.194
<i>Percepción de la salud</i>													
Buena y muy buena	33	1,5	(0,9-2,5)	751	7,3	(24,5-30,3)	1.095	40,6	(37,3-43,9)	905	30,7	(27,7-33,7)	2.784
Menos que buena	19	1,0	(0,5-1,9)	536	20,9	(18,3-23,7)	992	38,8	(35,6-42,1)	1.152	39,3	(36,1-42,6)	2.699
<i>Macrozona</i>													
Norte	11	0,7	(0,4-1,4)	362	29,7	(25,7-34,0)	566	35,8	(32,1-39,7)	482	33,8	(30,0-37,8)	1.421
Centro	16	1,2	(0,6-2,4)	423	25,6	(22,6-29,0)	692	37,2	(34,0-40,6)	670	36,0	(32,6-39,5)	1.801
Sur	12	0,9	(0,4-2,0)	307	24,2	(20,4-28,5)	481	34,4	(30,3-38,8)	630	40,4	(36,2-44,8)	1.430
Región Metropolitana	13	1,7	(0,9-3,2)	195	22,1	(18,5-26,1)	348	44,7	(40,1-40,4)	275	31,5	(27,4-36,0)	831

**Figura 2.**

Distribución de la percepción de la imagen corporal según el grupo de IMC.

(IC 95 %: 24,1 %-34,1 %) y un 17,8 % (IC 95 %:14,2 %-22,1 %), respectivamente, en comparación con los otros grupos de edades.

La figura 2 muestra la distribución de la imagen corporal percibida en cada grupo de IMC, observándose que un 43,7 % de las personas que presentan sobrepeso se perciben con un estado nutricional normal, mientras que, en el estado de obesidad por IMC, solo un 29,2 % perciben su estado real. En la tabla II se observa una baja concordancia entre el estado nutricional percibido y el estado nutricional por IMC (kappa: 0,194; IC 95 %: 0,177-0,211); al evaluar la concordancia según las características sociodemográficas se observa una menor concordancia en las mujeres (kappa: 0,165; IC 95 %: 0,144-0,187), en las personas con residencia rural (kappa de 0,097; IC 95 %: 0,057-0,136) y en aquellos con menos años de educación (kappa de 0,097; IC 95 %: 0,057-0,134). El kappa ponderado global fue de 0,325; IC 95 % (0,168-0,482) (Tabla II).

Tabla II. Estadístico de kappa y kappa ponderado entre el estado nutricional percibido y el estado nutricional medido por el índice de masa corporal según las características sociodemográficas

		Kappa	IC 95 % (kappa)	Kappa ponderado	IC 95 % (kappa ponderado)
Global		0,194	0,177-0,211	0,325	0,168-0,482
Sexo	Hombre	0,246	0,216-0,276	0,363	0,336-0,390
	Mujer	0,165	0,144-0,187	0,305	0,286-0,324
Grupo edad	15-24	0,329	0,278-0,381	0,458	0,408-0,508
	25-44	0,217	0,183-0,251	0,351	0,321-0,381
	45-64	0,147	0,118-0,176	0,272	0,246-0,297
	65 y más	0,132	0,099-0,165	0,269	0,240-0,298

(Continúa en página siguiente)

Tabla II (Cont.). Estadístico de kappa y kappa ponderado entre el estado nutricional percibido y el estado nutricional medido por el índice de masa corporal según las características sociodemográficas

		Kappa	IC 95 % (kappa)	Kappa ponderado	IC 95 % (kappa ponderado)
Área geográfica	Urbana	0,213	0,193-0,232	0,341	0,324-0,358
	Rural	0,097	0,057-0,136	0,246	0,211-0,281
Años de escolaridad	Menos de 8 años	0,097	0,065- 0,129	0,241	0,213-0,269
	8 a 12 años	0,191	0,167-0,215	0,325	0,303-0,347
	13 o más años	0,303	0,263-0,342	0,421	0,385-0,457
Percepción de la salud	Buena y muy buena	0,196	0,176-0,220	0,317	0,295-0,339
	Menos que buena	0,184	0,158-0,208	0,322	0,300-0,344
Macrozona	Norte	0,175	0,142-0,208	0,314	0,283-0,344
	Centro	0,223	0,192-0,254	0,357	0,329-0,385
	Sur	0,173	0,142-0,204	0,293	0,262-0,322
	Región Metropolitana	0,194	0,149-0,239	0,328	0,287-0,367

Al evaluar el estado de la percepción corporal según el sexo, el 49,6 % (IC 95 %: 45,9-53,2) de los hombres presentan una percepción adecuada, mientras que el 50,3 % (IC 95 %: 47,2-53,3) de las mujeres subvaloran su estado nutricional real ($p < 0,05$). En el grupo de 15 a 24 años, un 56,9 % (IC 95 %: 51,3-62,3) tienen una percepción adecuada, mientras que en el grupo de 65 o más años de edad este porcentaje baja al 38,9 % (IC 95 %: 34,5-43,5). Por el contrario, un 56,8 % (IC 95 %: 52,1-61,3) de este grupo subestiman su estado nutricional real. La mayor proporción de personas que sobrestiman su estado

nutricional se presentó en el grupo de 15-24 años (13,8 %; IC 95 %: 10,1 a 18,5), siendo estadísticamente significativas estas diferencias (Tabla III).

Con respecto a los años de escolaridad, el grupo de 13 o más años de escolaridad presenta en mayor proporción una estimación adecuada de su estado nutricional (52,7 %; IC 95 %: 47,8 a 57,7), mientras que un 61,1 % (IC 95 %: 56,1 a 65,6) de aquellos con menos de 8 años de escolaridad lo subestiman ($p < 0,05$). No se observan diferencias estadísticamente significativas entre la percepción corporal y la percepción de la salud (Tabla III).

Tabla III. Acuerdos, subvaloración y sobrevaloración entre el estado nutricional percibido y el estado nutricional medido por el índice de masa corporal según las características sociodemográficas

	Percepción									Prueba del chi-cuadrado
	Adecuada			Subvalorada			Sobrevalorada			
	n	%	% IC (95 %)	n	%	% IC (95 %)	n	%	% IC (95 %)	
Sexo										
Hombre	964	49,6	45,9-53,2	905	43	39,4-46,6	138	7,5	5,7-9,7	0,011
Mujer	1.409	43,9	40,9-47,0	1.905	50,3	47,2-53,3	165	5,8	4,5-7,6	
Grupos de edad										< 0,001
15-24	415	56,9	51,3-62,3	241	29,3	24,5-34,6	72	13,8	10,1-18,5	
25-44	715	47	42,8-51,3	772	47	42,7-51,2	77	6	4,2-8,5	
45-64	739	43,3	39,2-47,4	1.034	52,8	48,6-56,9	79	4	2,7-5,8	
65 y más	504	38,9	34,5-43,5	763	56,8	52,1-61,3	72	4,3	2,8-6,5	

(Continúa en página siguiente)

Tabla III (Cont.). Acuerdos, subvaloración y sobrevaloración entre el estado nutricional percibido y el estado nutricional medido por el índice de masa corporal según las características sociodemográficas

	Percepción									Prueba del chi-cuadrado
	Adecuada			Subvalorada			Sobrevalorada			
	n	%	% IC (95 %)	n	%	% IC (95 %)	n	%	% IC (95 %)	
Área geográfica										
Urbana	2.072	47,8	45,2-50,3	2.276	45,4	42,8-47,9	265	6,9	5,6-8,4	0,001
Rural	301	37,9	33,1-42,9	534	57,5	52,3-62,4	35	4,7	2,6-8,5	
Años de escolaridad										
Menos de 8 años	445	33,5	29,2-38,0	802	61	56,1-65,6	61	5,6	3,4-9,1	< 0,001
8 a 12 años	1.278	47,7	44,6-50,8	1.474	44,5	41,5-47,6	183	7,8	6,1-9,8	
13 o más años	632	52,7	47,8-57,7	509	42,5	37,6-47,5	53	4,8	3,1-7,3	
Percepción de la salud										
Buena y muy buena	1.231	47,1	43,8-50,4	1.398	45,7	42,5-49,0	155	7,2	5,5-9,2	0,504
Menos que buena	1.142	46,1	42,8-49,5	1.412	47,9	44,6-51,2	145	6	4,5-7,9	
Macrozona										
Norte	596	44,2 %	40,1-48,4	743	49,9 %	45,7-54,1	82	5,9 %	4,1-8,4	0,143
Centro	826	50,0 %	46,5-53,5	872	44,1 %	40,7-47,5	103	5,9 %	4,5-7,8	
Sur	580	47,6 %	43,2-52,1	783	47,3 %	42,9-51,7	67	5,1 %	3,5-7,4	
Región Metropolitana	371	44,3 %	39,7-49,0	412	47,8 %	43,1-52,3	48	7,9 %	5,7-11,0	

DISCUSIÓN

Más de la mitad de los chilenos tienen malnutrición por exceso, mientras que la obesidad ha aumentado 9,1 puntos porcentuales en comparación con la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. La obesidad se presenta en mayor proporción en las mujeres, en aquellos con baja escolaridad, en los que residen en el sector rural y en el grupo de 45-64 años. Esta tendencia ya se observaba en la ENS 2009-2010 (22).

Entre todos los participantes, un 43,3 % tenían una concordancia adecuada entre su estado nutricional percibido y el estimado a través del índice de masa corporal, y más de la mitad subestimaron su estado nutricional (51,2 %), resultado que es concordante con la evidencia disponible, que ha demostrado una discordancia entre la percepción del estado nutricional y su estimación a través de medidas objetivas (12,15-17,23-26).

Al analizar la concordancia del estado nutricional percibido y estimado a través del IMC, observamos que un 70 % de los obesos y casi la mitad de los adultos con sobrepeso subestimaron su estado nutricional. Este resultado es similar a los reportados en otros estudios (23-27). La percepción del peso está fuertemente asociada con los esfuerzos que la persona realiza para disminuir su peso (14). La subestimación del estado nutricional favorece la negación o minimización del problema que genera el exceso de peso corporal por parte de la persona afectada, llegando incluso a no ser considerarlo un problema de salud; como consecuencia,

es posible que aumenten las comorbilidades asociadas con la obesidad debido a la falta de respuesta temprana del sistema de salud (27-29).

Al analizar la autopercepción del estado nutricional por sexo, observamos que una de cada dos mujeres subestima su estado nutricional. En base a este resultado, la literatura no es concluyente, ya que existe evidencia que concuerda con nuestros resultados, sobre todo de algunos estudios realizados en una población adolescente (30-32), y otros que muestran que los hombres tienden a subestimar su peso en mayor proporción que las mujeres (33,34).

El nivel educacional se asocia con la capacidad de percibir correctamente el estado nutricional, describiéndose una mayor subestimación de este en el nivel educativo bajo (33,34), situación similar a lo reportado por este estudio.

Si bien existen investigaciones anteriores realizadas en muestras de adultos chilenos y adolescentes (19,35,36), este es el primer estudio que utiliza una muestra con representación nacional que evalúa la concordancia entre el estado nutricional percibido y el real (IMC), capturando las discrepancias que se dan naturalmente entre la percepción y las medidas objetivas de estimación del peso.

Son distintos los factores que pueden influir en la percepción errada de la imagen corporal. Entre ellos se destacan la edad, el sexo, la influencia de los medios de comunicación, los hábitos culturales y la familia, entre otros (9,12,14-16,25). Estos

elementos son importantes a tener en consideración cuando se generan programas de prevención o promoción de la salud enfocados en el peso corporal.

La contribución de este estudio a la salud pública se basa en que la evidencia ha mostrado que la discordancia entre la percepción del estado nutricional y la medida objetiva es posible que se perpetúe a lo largo de los años, manteniéndose un patrón discordante. A su vez, se ha descrito que reconocer el peso o el estado nutricional que se tiene es una etapa crítica para iniciar un cambio de comportamiento y, por lo tanto, evaluar incorrectamente el peso corporal impide iniciar hábitos de alimentación saludable y de actividad física (37,38). Aún falta evidencia sobre la aplicabilidad del estado nutricional percibido en el tratamiento clínico de la malnutrición por exceso, pero podría ser un determinante para considerar en el futuro diseño de políticas públicas para el manejo y tratamiento de la obesidad en el ciclo vital.

Las limitaciones de esta investigación son la utilización solo del IMC como medida objetiva para determinar el estado nutricional sin considerar otras mediciones que estiman de mejor manera la grasa corporal, como la bioimpedanciometría. Por otra parte, el modelo original de imágenes de Stunkard & Stellard, 1990 (20), se validó para ser utilizado en una población blanca de adultos y adolescentes (39,40), constando de 9 imágenes que representan IMC desde 17 hasta 33 kg/m²; sin embargo, la ENS2016-2017 se simplificó a 4 imágenes por sexo (considerando los puntos de corte del IMC), lo que disminuye la variabilidad en la elección del participante. Por último, hay que destacar las limitaciones propias de utilizar test de siluetas que no permiten determinar insatisfacciones por ciertas partes del cuerpo.

CONCLUSIÓN

Más de la mitad de los chilenos tienen distorsión de la imagen corporal, prevaleciendo la subestimación del peso corporal. Esta subestimación es mayor en las mujeres, los adultos con sobrepeso y obesidad, quienes residen en zonas rurales y aquellos que tienen menos de 8 años de escolaridad. Investigaciones futuras deben explorar la relación de la autopercepción de la imagen corporal y los resultados obtenidos con intervenciones que tengan por objetivo modificar los estilos de vida, así como también el efecto que tiene la distorsión de la imagen corporal en las modificaciones de los estilos de vida o los cambios de comportamiento a nivel clínico y de salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet* 2019;393(10173):791-846. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017;390(10113):2627-42. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32129-3
3. Hossain P, Kavar B, El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world--a growing challenge. *N Engl J Med* 2007;356:213-5. DOI: 10.1056/NEJMp068177
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación internacional de enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Décimo primera revisión (ICD-11). Capítulo 5: Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas [consultado el 23 de enero de 2022]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/149403041..>
5. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioral, environmental, and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392(10159):1923-94. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6
6. Jaacks LM, Vandevijvere S, Pan A, McGowan CJ, Wallace C, Imamura F, et al. The obesity transition: stages of the global epidemic. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019;7(3):231-40. DOI: 10.1016/S2213-8587(19)30026-9
7. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TT, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancet* 2015;385(9985):2400-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61744-X
8. Atlantis E, Ball K. Association between weight perception and psychological distress. *Int J Obes* 2008;32(4):715-21. DOI: 10.1038/sj.ijo.0803762
9. Xie B, Chou C-P, Spruijt-Metz D, Reynolds K, Clark F, Palmer PH, et al. Weight perception and weight-related sociocultural and behavioral factors in Chinese adolescents. *Prev Med (Baltim)*. 2006;42(3):229-34. DOI: 10.1016/j.ypmed.2005.12.013
10. Forman MR, Trowbridge FL, Gentry EM, Marks JS, Hogelin GC. Overweight adults in the United States: the behavioral risk factor surveys. *Am J Clin Nutr* 1986;44(3):410-6. DOI: 10.1093/ajcn/44.3.410
11. Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 97-121). Jossey-Bass.
12. Johnson-Taylor WL, Fisher RA, Hubbard VS, Starke-Reed P, Eggers PS. The change in weight perception of weight status among the overweight: comparison of NHANES III (1988-1994) and 1999-2004 NHANES. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008;5:9. DOI: 10.1186/1479-5868-5-9
13. Lemon SC, Rosal MC, Zapka J, Borg A, Andersen V. Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: differences by body mass index and gender. *Body Image* 2009;6:90-6. DOI: 10.1016/j.bodyim.2008.11.004
14. Fitzgibbon ML, Blackman LR, Avellone ME. The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups. *Obes Res* 2000;8(8):582-9. DOI: 10.1038/oby.2000.75
15. Loret de Mola C, Pillay TD, Diez-Canseco F, Gilman RH, Smeeth L, Miranda JJ, et al. Body mass index and self-perception of overweight and obesity in rural, urban and rural-to-urban migrants: PERU MIGRANT study. *PLoS One* 2012;7(11):e50252. DOI: 10.1371/journal.pone.0050252
16. Chang VW, Christakis NA, Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, Vinicor F, et al. Self-perception of weight appropriateness in the United States. *Am J Prev Med* 2003;24(4):332-9. DOI: 10.1016/S0749-3797(03)00020-5
17. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. Patrones de crecimiento para la evaluación nutricional de niños, niñas y adolescentes desde el nacimiento hasta los 19 años [internet]. Santiago; 2017. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/2018.03.16-Patrones-de-crecimiento-para-la-evaluaci%C3%B3n-nutricional-de-ni%C3%B1os-y-adolescentes-2018.pdf>
18. Ministerio de salud de Chile, Centro UC Encuestas y estudios longitudinales. Encuesta Nacional de Salud 2017-2017: Manual de aplicación de cuestionario FE [internet]. Santiago: MINSAL; 2016. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/Manual-de-Enfermera-ENS-2016-2017-.pdf>
19. Durán A, Rodríguez M, Record C, Barra R, Olivares H, Tapia A, et al. Autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Chile y Panamá. *Revista chilena de nutrición* 2013;40(1):26-32. DOI: 10.4067/S0717-75182013000100004
20. Stunkard A, Stellar E. Eating and its disorders. En: T Cash & T Pruzinsky (Eds.), *Body Images* Guilford Press, Nueva York; 1990. p. 3-20.
21. Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Fam Med* 2005;37(5):360-3.
22. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 [internet]. Santiago: 2010. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

23. Kuchler F, Variyam JN. Mistakes were made misperception as a barrier to reducing overweight. *Int J Obes* 2003;27(7):856-61. DOI: 10.1038/sj.ijo.0802293
24. Paeratakul S, White MA, Williamson DA, Ryan DH, Bray GA. Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight. *Obes Res* 2002;10(5):345-50. DOI: 10.1038/oby.2002.48
25. Santos Silva DA, Nahas MV, de Sousa TF, Del Duca GF, Peres KG. Prevalencia y factores asociados a la insatisfacción con la imagen corporal en adultos del sur de Brasil: un estudio poblacional. *Imagen Corporal* 2011;8(4):427-431. DOI: 10.1016/j.bodyim.2011.05.009
26. Alipour B, Abbasalizad Farhangi M, Dehghan P, Alipour M. Body image perception and its association with body mass index and nutrient intakes among female college students aged 18–35 years from Tabriz. *Iran Eat Weight Disord-St* 2015;20(4):465-71. DOI: 10.1007/s40519-015-0184-1
27. Monteagudo C, Dijkstra SC, Visser M. Self- Perception of Body Weight Status in Older Dutch Adults. *J Nutr Health Aging* 2015;19(6):612-8. DOI: 10.1007/s12603-015-0486-z
28. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 2003;348:1625-38. DOI: 10.1056/NEJMoa021423
29. Field AE, Coakley EH, Must A, Spadano JL, Laird N, Dietz WH, et al. Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. *Arch Intern Med* 2001;161:1581-6.
30. Alwan H, Viswanathan B, Paccaud F, Bovet P. Is Accurate Perception of Body Image Associated with Appropriate Weight-Control Behavior among Adolescents of the Seychelles. *J Obes* 2011;2011:817242. DOI: 10.1155/2011/817242
31. Deschamps V, Salanave B, Chan-Chee C, Vernay M, Castetbon K. Body-weight perception, and related preoccupations in a large national sample of adolescents. *Pediatr Obes* 2015;10:15-22. DOI: 10.1111/j.2047-6310.2013.00211.x
32. Moehlecke M, Blume CA, Cureau FV, Kielsing C, Schaan BD. Self-perceived body image, dissatisfaction with body weight and nutritional status of Brazilian adolescents: a nationwide study. *J Pediatr (Rio J)* 2020;96(1):76-83. DOI: 10.1016/j.jped.2018.07.006
33. Mujica EV, Leiva ME, Rojas ME, Díaz N, Lcaza G, Palomo GI. Discordance between nutritional status and self-perception of weight among adults from Talca, Chile. *Rev Med Chil* 2009;137(1):76-82.
34. De la Cruz E, Abril-Ulloa V, Arévalo Paláez C, Palacio Rojas M. Subestimación del índice de masa corporal a través de la autopercepción de la imagen corporal en sujetos con sobrepeso y obesidad. *Archivos Venezolanos de farmacología y terapéutica* 2018;37(3).
35. Atalah E, Urteaga C, Rebolledo A. Autopercepción del estado nutricional en adultos de Santiago. *Rev Méd Chile* 2004;132:1383-8. DOI: 10.4067/S0034-98872004001100007
36. Fehrman-Rosas P, Delgado-Sánchez C, Fuentes-Fuentes J, Hidalgo-Fernández A, Quintana-Muñoz C, Yunge-Hidalgo W, et al. Asociación entre autopercepción de imagen corporal y patrones alimentarios en estudiantes de Nutrición y Dietética. *Nutr Hosp* 2016;33(3):649-54. DOI: 10.20960/nh.274
37. Brug J, Wammes B, Kremers S, Giskes K, Oenema A. Underestimation and overestimation of personal weight status: associations with sociodemographic characteristics and weight maintenance intentions. *J Hum Nutr Diet* 2006;19(4):253-62. DOI: 10.1111/j.1365-277X.2006.00707.x
38. Palmeira AL, Teixeira PJ, Branco TL, Martins SS, Minderico CS, Barata JT, et al. Predicting short-term weight loss using four leading health behavior change theories. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2007;4(1):14. DOI: 10.1186/1479-5868-4-14
39. Gardner RM, Stark K, Jackson NA, Friedman BN. Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Percept Mot Skills* 1999;89(3 Pt 1):981-93. DOI: 10.2466/pms.1999.89.3.981
40. Rueda-Jaimes GE, Camacho López PA, Milena Flórez S, Rangel Martínez-Villalba AM. Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. *Rev Colomb Psiquiat* 2012;41(1):101-10. DOI: 10.1016/S0034-7450(14)60071-8