

---

IMAGEN CORPORAL,  
ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y  
HÁBITOS ALIMENTICIOS  
EN HOMBRES Y MUJERES  
EN ESPAÑA

*Nadine Isabel García Zohrer*

*Tutora: Josefa Rosa Marrero Rodríguez*

*Trabajo de Fin de Grado*

*Grado de Sociología*

*Curso 2022/23*

## RESUMEN

*El sistema patriarcal y las recientes tendencias de ideal de belleza que éste ha impulsado ha conllevado que las mujeres sientan una mayor presión estética que los hombres. Con el objetivo de alcanzar una apariencia concreta, se ven impulsadas a tomar hábitos distintos (y en ocasiones perjudiciales) que los varones. A lo largo de este proyecto se estudia de qué manera se materializan estas diferenciaciones y cuáles son las tendencias habituales por género en el caso español. De igual manera, se abordan los fundamentos socioculturales en los que estos hechos se basan, esto es, los principios de la construcción por géneros de la belleza, la estética y la apariencia física parte del ideal que predomina en la cultura occidental.*

## ABSTRACT:

*The patriarchy and its recent trends on beauty standards has led women to feel a bigger pressure on their physical appearance than men. In order to achieve a certain physical appearance, women tend to differ from men on daily habits (some of them even harmful). In the course of this project the matter of how these differences perform and which the current tendencies by gender are in the Spanish context will be studied. Also, the sociocultural principles on which this is based will be addressed, which includes the investigation of the basics of gender constructions popular in western culture like beauty, appearance and physical appearance.*

## PALABRAS CLAVE:

*Estereotipos de género, ideal de belleza, mujeres, feminidad, apariencia física, satisfacción corporal, IMC, hábitos alimentarios.*

## KEY WORDS:

*Gender stereotypes, beauty standards, women, femininity, physical appearance, physical self-fulfillment, IMC, eating habits.*

# ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. MARCO TEÓRICO.....	3
CUERPOS.....	3
<i>Cuerpos y feminismo.....</i>	4
MITO DE LA BELLEZA E IDEAL CORPORAL EN OCCIDENTE.....	5
<i>Medios de comunicación, publicidad y prensa femenina.....</i>	6
ALIMENTACIÓN Y CUERPOS.....	8
<i>El habitus alimentario.....</i>	9
Habitus alimentario de los y las españolas.....	10
III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	11
IV. METODOLOGÍA.....	13
V. RESULTADOS.....	15
VI. CONCLUSIONES.....	28
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	32
VIII. ANEXOS.....	34

## ***I. INTRODUCCIÓN***

Históricamente, los estereotipos de género han configurado la manera en que hombres y mujeres se desenvuelven e interaccionan en el mundo. Tal es su influencia, que reconfigura la cotidianidad en las vidas de varones y féminas en pro de adaptarse en mayor medida a los ideales que la construcción social del género promueve, presentándose en tendencias distintas en lo que a hábitos relacionados con el cuerpo, la alimentación, o el estado de salud en general concierne.

Con esto, la justificación y motivación de este proyecto no es otra que el tratar de estudiar, a partir de la composición corporal (esto es, apariencia física), cómo de influyentes resultan las características sociodemográficas, el estado de salud y las costumbres alimenticias en España desde una perspectiva de género.

## ***II. MARCO TEÓRICO***

Los seres humanos somos seres sociales. Siguiendo el concepto de habitus bourdiano, toda acción individual de socialización supone una extensión de la cultura del grupo social del que se forma parte. Si cada determinada cultura proyecta sus propios esquemas de percepción, apreciación y valoración que moldean a los individuos distintamente, incluye también maneras de interpretar, gustos y disgustos, y consideraciones morales. Por ello, las consideraciones que conforman las percepciones sociales respectivas a los motivos de estudio de este proyecto (la corporalidad, el género o los hábitos alimenticios), siguen la misma dinámica de influenciabilidad según los patrones de socialización establecidos en la cultura occidental.

### **CUERPOS**

Comenzando por el cuerpo, éste es el elemento central y más visible de nuestra “fachada” cotidiana (Criado, 2010), y a través del proceso de socialización vital, el mismo va siendo modelado y construido acorde a las exigencias del marco social en el que nos desenvolvemos (Bernard, 1985). A su vez, implica que la valoración dada a nuestra imagen corporal resulte esencial en la construcción de la identidad propia y

colectiva. Dependiendo de nuestra autopercepción, pueden desencadenarse sentimientos tanto positivos como negativos, como de insatisfacción corporal.

Entre finales del siglo XX y comienzos del XXI, fruto del auge del individualismo propio del contexto ochentero, se desarrolló una tendencia de culto total al cuerpo, viéndose al mismo como algo a reivindicar, mostrar y cuidar como un objetivo en sí mismo en nuestro día a día (Ariès y Duby, 1989). Dentro de esta tendencia al esteticismo y consumo, se difundió cierta obsesión narcisista (tanto femenina como masculina) por el cuerpo, e incluso Le Bretón (2008) plantea que el narcisismo moderno es actualmente *“una ideología del cuerpo que lo erige como un valor supremo”*.

Consecuentemente, las presiones sociales con respecto a la apariencia física se intensificaron, y bajo el pretexto de la “liberación del cuerpo” moderna, apareció la visión del cuerpo como ente moldeable o mejorable junto a toda una discursiva sobre prácticas de la salud (como la alimentación, abordados posteriormente) para conseguir sustituir el cuerpo recibido por uno “construido” en línea con el ideal corporal y de belleza preestablecido, en este caso un cuerpo flexible, delgado y juvenil (Parnier, 2009).

### *Cuerpos y feminismo*

El cuerpo ha constituido desde los inicios del feminismo un elemento central de su lucha, ya que en la consideración del género como proceso de configuración de prácticas sociales el cuerpo se ve directamente involucrado (Luz, 2013).

Desde la teoría feminista se ha interpretado el cuerpo de diferentes maneras. Grosz (1994) las clasifica en dos grandes variantes: una biologicista y otra constructivista. En el primer enfoque, con los pensamientos de Mary Wollstonecraft, Simone de Beauvoir o Shulamith Firestone, el cuerpo femenino es percibido negativamente al considerarse un elemento “limitante” (por la determinación biológica femenina y sus procesos, como el embarazo o la menstruación) en la búsqueda de igualdad con los hombres. Como Beauvoir presupone con su popularizada frase de *“la mujer no nace, se hace”* (1949), existe un antagonismo entre la mente, que es sexualmente neutra, y

el cuerpo, sexualmente determinado (siendo el femenino más limitante que el masculino).

La otra perspectiva se corresponde con el feminismo marxista o psicoanalítico de carácter constructivista (Juliet Mitchell, Julia Kristeva, Michèle Barrett o Nancy Chodorow), y el cuerpo es valorado más positivamente al no considerarlo un obstáculo. Se niega que la distinción mente/cuerpo sea fruto de la oposición naturaleza/cultura, sino más bien entre biología/psicología. Aquí se vincula al cuerpo con el ámbito productivo o reproductivo y la mente con el ideológico.

Finalmente, una teoría alternativa, y quizá la más sociológica, es la defendida por Raewyn Connell (1995) sobre la práctica (*agency*). Partiendo de que no es biologicista ni constructivista, pues considera que “*el género existe precisamente en la medida en que la biología no determina lo social*” (Connell, 1997), tiene en cuenta la interacción personal y la reflexividad. El cuerpo es estudiado como agente y lugar de resistencia o expresión en distintas luchas sociales.

## **MITO DE LA BELLEZA E IDEAL CORPORAL EN OCCIDENTE**

En la cultura occidental, sobre el cuerpo y la apariencia se dan diferencias entre mujeres y hombres debido a las dispares definiciones de lo femenino y lo masculino que los estereotipos de género marcan. De hecho, Pineda (2020) afirma que los cánones y estereotipos de belleza han sido y siguen siendo una “*construcción sexuada y patriarcal*” al haberse ideado desde un contexto donde la mirada masculina ha sido predominante.

Por un lado, los hombres son socializados en la instrumentalización de su cuerpo para la fuerza y el trabajo, asociándose cánones de belleza masculinos con el “*vigor varonil*” de una composición física musculosa y atlética (Luz, 2013). Por el contrario, la corporalidad femenina se asocia a la reproducción y a la seducción, a la estética y lo visible, implicando en ellas una mayor presión de las normas y dictámenes sociales de belleza. En suma, mientras el cuerpo masculino sirve de instrumento (para la práctica), el femenino sirve de expresión (pasividad), haciendo que su identidad dependa de la valoración que la mirada ajena (y masculina) considere (Wolf, 1992).

De hecho, esta misma autora concibe al mito de la belleza como el arma político moderno contra el avance del alcance de la igualdad de las mujeres. En el momento en que los anteriores arquetipos femeninos relacionados con la maternidad, domesticidad, castidad y pasividad de las mujeres se han visto debilitados, la nueva ideología de la belleza se ha convertido en la nueva forma de sometimiento y control social femenino. Simbólicamente, “la modelo juvenil y delgada sustituyó a la feliz ama de casa como sinónimo de estado femenino exitoso” (Wolf, 1992: 216).

Sin ir más lejos, la filósofa Amorós (Luz, 2013) expone que muchas chicas jóvenes se encuentran en una contradicción constante al recibir mensajes de independencia a la par que están totalmente dominadas y normativizadas desde lo estético.

Asimismo, se ha naturalizado la preocupación sobre el aspecto físico o la belleza como una característica femenina. Lo muestra el estudio llevado a cabo por la Fundación Fad Juventud sobre Juventud y Género (2021), en el que se encuestó a jóvenes de entre 15 y 29 años, y en la pregunta sobre qué característica se considera definitoria de las mujeres, un 10,4% de ellas y un 17,3% de ellos contestaron que la preocupación por su imagen. Contrariamente, sólo un 9,3% de ellas y un 6,6% de ellos asociaron esa característica a los varones. Otra pregunta incidía en el grado de presión social que supone ser físicamente atractiva, para el cual el 55,9% de mujeres, frente a un 46,2% de los hombres, respondieron el rango de presión mayor. Con esto, se aprecia como la asociación mujer-belleza sigue estando presente en el imaginario social posmoderno, tanto de las propias mujeres como de hombres, y, aunque la imagen física haya cobrado relevancia globalmente, en las mujeres la presión es mayor.

### *Medios de comunicación, publicidad y prensa femenina*

Aunque hay autores que destacan la influencia de la familia y el grupo de iguales (Rodríguez y Cruz, 2008) en la construcción de los ideales corporales, de belleza o estéticos en la sociedad actual, si hay un elemento clave en dicho proceso es el de los medios de comunicación, publicidad o entretenimiento. Por ejemplo, Hernán Parnier (2009), dice que la propagación de la idea hegemónica de lo que un cuerpo saludable debe ser, le corresponde a los medios.

En estos ámbitos, al ideal de atractivo masculino se le presenta como aquel vinculado a perfiles con poca grasa (delgados) pero con una marcada musculatura y resistencia/potencia física. A las mujeres siempre se las presenta bellas, delgadas y jóvenes, y aunque haya habido cierta transición en el modelo femenino expuesto, la idea de que la esencia de la feminidad consiste en agradar al deseo del varón sigue siendo subyacente en muchos casos (López y Sallés, 2005). Así, los anuncios sirven de cierto “espejo narcisista” en el que las mujeres han de verse reflejadas como ejemplo de éxito, preocupándose en recortar calorías, buscando captar la mirada masculina y luchando contra los signos de la edad (López y Sallés, 2005).

Por su parte, la prensa femenina ha supuesto históricamente también una estrategia mediática que ha favorecido un determinado arquetipo y conducta social femenina (Lomas, 2005). Aunque las formas han evolucionado<sup>1</sup>, aún en numerosas revistas de moda se publicitan dietas y artículos sobre pérdida de peso, operación bikini o recordatorios sobre alimentos con alto y bajo contenido de calorías, entre otros (Luz, 2013).

Las redes sociales también promueven la objetivización de los cuerpos femeninos. En estos entornos digitales, como lo único que se presenta de un sujeto es su aspecto físico o corporal, resulta inevitablemente lo más relevante. Adicionalmente, el uso de filtros que embellecen y alejan de la imagen real individual, así como la selección minuciosa de qué se comparte o no virtualmente es una manera de control y supervisión corporal constante. Evidentemente, en estas situaciones la comparación entre físicos es inevitable, y como se ha venido comentando, el resultado negativo de una comparativa o discrepancia entre ideal a alcanzar y el cuerpo percibido puede desencadenar sentimientos de insatisfacción corporal, altamente pernicioso para la autoestima, trastornos emocionales o conductas como la restricción alimentaria (López y Sallés, 2005).

En un estudio llevado a cabo por la Universidad de Oviedo sobre la insatisfacción corporal en mujeres adolescentes en 2008 (Rodríguez y Cruz, 2008), se demostró que el nivel de satisfacción corporal de las jóvenes y su Índice de Masa Corporal estaban

---

<sup>1</sup> Curiosamente, muchas de las populares revistas femeninas que se consideran a sí mismas “progresistas” se amparan bajo las proclamas del feminismo liberal mientras que en realidad siguen enfatizando la importancia de la belleza física, poniendo en práctica un continuado reafirmamiento y activismo estético que transfiere la sensación de una “prisión estética” (Lomas, 2005).



relacionados. Básicamente, a mayor IMC que presentaban las estudiadas (mayor distancia con el cánón de delgadez), mayor insatisfacción presentaban. Entre las chicas con sobrepeso y obesas, un 35 y 40% de ellas mostraban niveles de preocupación e insatisfacción consigo mismas elevados.

Concluyeron así que la insatisfacción corporal individual es influida por las consideraciones derivadas de la internalización del modelo estético corporal imperante. En esta misma línea, Bunnell (Entrena y Jiménez, 2013) destaca que la insatisfacción corporal está tan relacionada con las opiniones subjetivas sobre el peso, que la auto-valoración es más influyente en la adopción de conductas dietéticas que el propio peso real.

## **ALIMENTACIÓN Y CUERPOS**

Retomando la idea expuesta al inicio de este apartado, a partir del cual uno de los principales elementos de control y consumo relacionados con el cuerpo es la alimentación, se ha extendido una cierta cultura de la dieta. Como adelgazar es ahora símbolo de éxito, bienestar y felicidad, engordar es la metáfora del fracaso y malestar. Es más, siguiendo los cánones comentados anteriormente, las personas gordas no resultan tan popularmente atractivas como las delgadas (Luz, 2013). Si la estigmatización que se le tiene a la obesidad socialmente es enorme, a ello actualmente se le suma un creciente (y en ocasiones exagerado) empeño médico-sanitario por la misma. Empeño que, por lo general, infravalora otras consecuencias que la obesidad puede acarrear en quienes la padecen, aparte de las corporales, como los prejuicios en la salud mental motivados por las presiones y prejuicios constantes.

Teniendo en cuenta esto, parece normal que estar obesos o cercano a ello cause tanto rechazo. Por ello, muchos individuos se ven abocados a implementar hábitos que eviten esta condición: las dietas. Aunque son practicadas universalmente, las mujeres declaran en mayor medida haber hecho alguna vez en su vida una dieta con motivo de perder kilos<sup>2</sup> (adelgazar o, lo que es lo mismo, aproximarse al ideal corporal) que los

---

<sup>2</sup> En un estudio realizado por Criado en 2010 sobre mujeres de clases populares de entre 30 y 58 años, las referencias a la inquietud por adelgazar son constantes, evidenciándose la relevancia que ha adquirido la nueva norma corporal de la delgadez.

hombres, y su empeño por vigilar su alimentación no siempre tiene que ver con una situación de sobrepeso u obesidad. En los casos de dieta masculina, éstos suelen verse más inspirados por motivaciones distintas, como la preparación atlética o el veganismo (Luz, 2013).

Luz (2013) denomina “miedo al descontrol” al motivo que mueve a muchas mujeres en su empeño de regulación física y social, en una visión donde parece que la autolimitación y restricción es inevitable para encajar en los dictámenes estéticos planteados. Muchas de las conductas alimentarias que adoptan para controlar su peso son de riesgo, ya sean purgativas (vomitar, laxantes/diuréticos) o compensatorias (ejercicio excesivo, ayunar, restringir calorías o alimentos) (Barrera-Carranza, 2021).

### *El habitus alimentario*

La alimentación, como proceso por el cual los sujetos tienen preferencias por tipos de alimentos y maneras de prepararlos o combinarlos, y jerarquizan en escalas valorativas según qué alimentos: supone un tipo habitus social más (Criado, 2007). En las sociedades actuales, el acto de comer es una elección individual cargada de intencionalidad (Garine, 2016), influenciada, más allá de las cualidades nutricionales de los alimentos, por las significaciones culturales que los sujetos han aprendido a atribuirles a ellos y a su consumo (Entrena y Jiménez, 2013).

Con esto, la socialización alimentaria debe entenderse asumiendo la diversidad de contextos, vivencias individuales, posiciones sociales, sexo o características varias bajo las que los sujetos practican un hábito de consumo determinado. La posición social, por ejemplo, es uno de los factores más determinantes en este sentido, ya que según defienden Entrena y Jiménez (2013), los estratos sociales más altos en nivel adquisitivo y educativo son más críticos con respecto a sus opciones alimentarias (bien sea por su mayor nivel adquisitivo y capacidad de elección, o por un mayor acceso a información especializada). Contrariamente, plantean que los grupos de menor capacidad adquisitiva y educativa son menos críticos con su consumo y más influenciados por los mensajes publicitarios o mediáticos en lo que a alimentación se refiere.

Las distinciones entre patrones de consumo se materializan cuando las posiciones sociales marcan la capacidad de acceso a bienes alimenticios de mejor o peor calidad. Los sociólogos Entrena y Jiménez (2013) exponen que en las sociedades occidentales actuales, algunos signos de pobreza se identifican con tipos de alimentación que, aun cubriendo la saciedad, presentan carencias nutricionales y elevadas tasas de obesidad.

En suma, el hecho de comer es una práctica que sirve de diferenciación social y construcción identitaria que puede expresar un mayor o menor grado de estatus. (Entrena y Jiménez, 2013). Por ejemplo, las personas de clase alta con un amplio grado de elección suelen ingerir lo que consideran que les ayudará a alcanzar un mejor estado de salud o una determinada apariencia física y corporal a mostrar socialmente (Goffman, 1959), generalmente correspondiente con la delgadez, finura y vigorosidad.

#### HABITUS ALIMENTARIO DE LOS Y LAS ESPAÑOLAS

En el caso español, aunque culturalmente está difundida la “dieta mediterránea”, existen tendencias con respecto al habitus alimentario más tradicionales o modernas, (simultáneamente influido por la clase social). En las primeras, los hogares más tradicionales no relacionan necesariamente la alimentación como un medio para evitar la enfermedad, sino que consideran que uno es sano cuando ingiere alimentos en abundancia, especialmente los de alto contenido calórico como platos de cuchara, legumbres o carnes grasas, y priorizando en todo momento ingredientes “de toda la vida” frente a los procesados industriales. Se valora positivamente aquí el ser “bueno de boca” y saber adaptarse a cualquier contexto alimentario, tanto como medio de integración con el grupo de iguales como de tener un sentido de la supervivencia desarrollado frente a situaciones de escasez (especialmente influyente en los hogares de tradición trabajadora) (Criado, 2004).

Por el contrario, en los hogares más modernos (y de clase media-alta) la alimentación es percibida como un factor fundamental en el mantenimiento de un buen estado de salud (antídoto de la enfermedad), por lo que el discurso nutricional médico de moda es tomado a pie de letra. Entraría aquí el concepto de alimentación equilibrada, donde deben ingerirse todos los subgrupos de alimentos “naturales” regularmente y evitar

aqueellos de valor nutricional nulo o negativo, como los grasos o procesados industriales. En estos casos, el hecho de que muchas mujeres busquen “mantener la línea” se ve alentado, ya que el querer adelgazar para prevenir la enfermedad o la obesidad se legitima al estar relacionado con la salud y el autocuidado. Aún cuando se come en familia, está bien visto que se den dietas personalizadas o que la mujer se haga una elaboración de comida distinta del resto (ibid).

En general, las mujeres parecen sufrir más presiones que los varones en cuanto a su apariencia física, lo que en ocasiones las hace reconfigurar (restrictiva y desfavorablemente) muchos de sus hábitos cotidianos como la alimentación, con el fin de acercarse lo máximo posible al ideal que socialmente se las impulsa a querer llegar a personificar. En definitiva, alcanzar la imagen de mujer feliz y exitosa del siglo XXI.

Con todo, este recorrido teórico ha asentado las bases para tener una visión lo más holística posible del fundamento de este trabajo, y ante los posibles cuestionamientos sobre cómo se interrelacionan los fenómenos nombrados se procurará dar respuesta en los apartados siguientes.

### ***III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS***

El objetivo general de este proyecto es averiguar de qué manera influyen los socialmente construidos ideales de género en las distintas dinámicas por sexos (apariencia física y autopercepción, hábitos alimenticios) y cómo se manifiestan y desarrollan en la cultura occidental. Como objetivos e hipótesis generales y específicas se establecen los siguientes:

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

## HIPÓTESIS GENERALES Y ESPECÍFICAS

**A. Conocer si las características sociodemográficas (variables de sexo, edad, nivel de estudios, clase social) suponen factores determinantes en la composición corporal (IMC) de las personas residentes en España.**

- A.** Las distintas características sociodemográficas resultan influyentes en la composición corporal de hombres y mujeres en España
1. En cuanto al sexo, las mujeres sufren más infrapeso que los hombres y los hombres padecen más obesidad que las mujeres.
  2. A edades más tempranas, se da más infrapeso (en concreto las mujeres) que en edades mayores.
  3. A mayor nivel de estudios, la composición corporal es más favorable (predominio del normopeso frente a extremos como el sobrepeso).
    - i. Cuanto más elevado es el nivel, las diferencias entre sexos son menores.
  4. Cuanto más alta la clase social, la composición corporal es más favorable (predominio del normopeso frente a extremos como el sobrepeso).
    - i. Cuanto más elevado es el estatus, las diferencias entre sexos disminuyen.

**B. Examinar la relación entre composición corporal y estado de salud (autopercepción, salud mental, consumo medicamentos, actividad física) de hombres y mujeres en España.**

- B.** La composición corporal y el estado de salud en hombres y mujeres están relacionados.
1. La autopercepción del estado de salud es sobrevalorada (buena o muy buena) en hombres con obesidad y en mujeres con infrapeso.
    - i. Las mujeres con obesidad muestran más preocupación por su estado de salud (malo o muy malo) que los hombres.
  2. La salud mental en mujeres es más desfavorable que en hombres, sobretodo en aquellas con sobrepeso u obesidad.
  3. El consumo de medicamentos para adelgazar es más usual en mujeres que en hombres, en especial aquellas con sobrepeso u obesidad.

**C. Estudiar, desde una perspectiva de género, si existe correspondencia entre hábitos**

- C.** Las mujeres y hombres siguen tendencias alimenticias distintas acorde a su composición corporal
1. Las mujeres tienden a seguir una dieta más “saludable” (superior en verduras y frutas) que los hombres

**alimentos determinados y composición corporal.**

- i. Existe correspondencia entre mujeres que siguen un consumo habitual de frutas/verduras y tienen infrapeso
- 2. Los hombres son más asiduos en el consumo de alimentos “no saludables” que las féminas
  - i. Las mujeres con infrapeso son las que menos consumen comida rápida o de picar

## IV. METODOLOGÍA

Este estudio partirá del análisis de datos secundarios (con la Encuesta Europea de Salud en España 2020 del Instituto Nacional de Estadística como fuente de datos principal) y una revisión bibliográfica que proporcione, entre otros aspectos de interés, el enfoque de género que la temática requiere. Por su parte, aunque el grueso del estudio recae en el comportamiento femenino, resulta esencial para su interpretación su puesta en comparación con el grupo masculino, por lo que toda información estará analizada por sexos.

Cabe resaltar que la encuesta nombrada a la que se recurrirá para el objeto de estudio que se presenta, la Encuesta Europea de Salud en España 2020 del INE, es una encuesta de carácter quinquenal cuyo universo han sido individuos de 15 años o más residentes en hogares familiares en el territorio nacional español.

Para el estudio de las variables necesarias para el desarrollo del trabajo, la operacionalización de las mismas seguirá el esquema la siguiente:

DIMENSIÓN	VARIABLE	INDICADOR	FUENTE
Influencia del género	RELACIÓN COMPOSICIÓN CORPORAL CON CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (DETERMINANTES DE SALUD)	<i>Diferencias IMC por sexos:</i> - <i>Edad</i> - <i>Nivel de estudios</i> - <i>Clase Social</i>	Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2020. Determinantes de salud.
	RELACIÓN COMPOSICIÓN CORPORAL CON	<i>Estado de salud autopercebido en los últimos 12 meses</i>	

	ESTADO DE SALUD	<i>Depresión/ansiedad crónica en los últimos 12 meses</i>	
		<i>Medicamentos para adelgazar consumidos/recetados</i>	
	RELACIÓN COMPOSICIÓN CORPORAL CON HÁBITOS ALIMENTICIOS	<i>Frecuencia de consumo de alimentos “saludables”:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Frecuencia de consumo de fruta fresca</i></li> <li>- <i>Frecuencia de consumo de verduras, ensaladas y hortalizas</i></li> </ul>	
		<i>Frecuencia de consumo de alimentos “no saludables”:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Frecuencia de consumo de aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletas saladas)</i></li> <li>- <i>Frecuencia de consumo de comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas)</i></li> </ul>	

Antes de proceder al escrutinio analítico de los datos per se, es necesario aclarar una serie de puntualizaciones metodológicas sobre ciertas variables.

- **IMC:** En lo que respecta al Índice de Masa Corporal, el INE lo calcula a partir de la relación (esto es, división), entre el peso del individuo (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la altura (expresada en metros).
- **Clases sociales:** La categorización de clases sociales que lleva a cabo esta encuesta del INE se corresponde con la ocupación profesional del individuo entrevistado, siguiendo la propuesta de clasificación de asignación de clase social según ocupación del Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) en 2012. Así, la clasificación resultante se distribuye de esta forma:
  - CLASE I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.

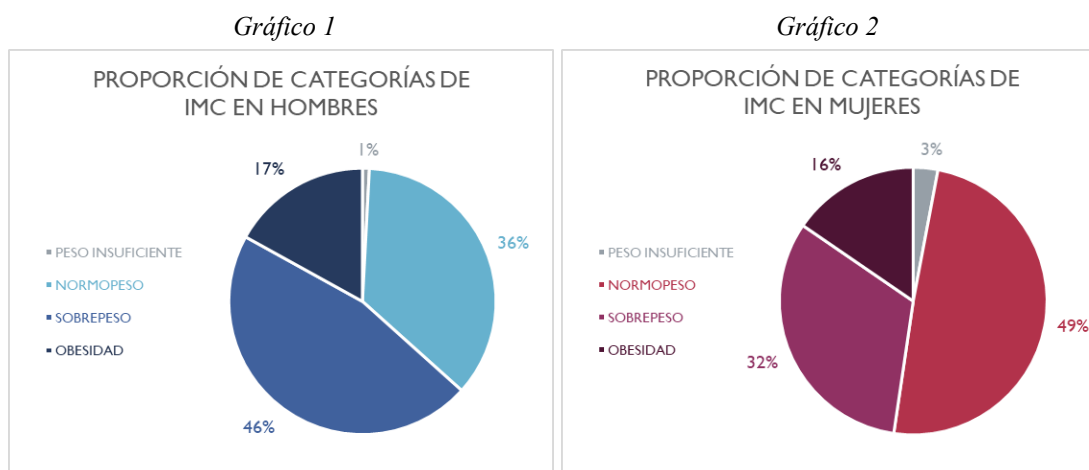
- CLASE II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas.
  - CLASE III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
  - CLASE IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
  - CLASE V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
  - CLASE VI. Trabajadores/as no cualificados/as.
- Estado de salud percibido: El estado de salud autopercebido que se estudia en esta encuesta se corresponde con la percepción subjetiva que tiene la persona entrevistada sobre su estado de salud general en los últimos doce meses.
  - Categorización subjetiva de alimentos “no saludables” y “saludables”. Para abordar el estudio de tendencias alimentarias desde una perspectiva social, se han seleccionado varias preguntas de la encuesta nombrada relacionadas con lo que cotidiana y socialmente es considerado, por una parte, “no saludable” (poco sano o que incide negativamente en tener una imagen corporal normativa), para el cual se ha elegido la frecuencia de consumo de aperitivos o comidas saladas de picar, y comida rápida; y, por otra, lo “saludable” (más sano y con predisposición a mantener una imagen corporal normativa), con el estudio de la frecuencia de consumo de frutas frescas y verduras, ensaladas y hortalizas.

## ***V. RESULTADOS***

Tras el estudio de datos secundarios, para poder alcanzar los objetivos del proyecto y su planteamiento de hipótesis han de analizarse ahora los resultados por partes. Comenzando por el abordaje del primer objetivo, éste se relaciona con las características sociodemográficas poblacionales de mujeres y hombres en España y su posible influencia sobre la composición corporal de los mismos.



Con respecto a cómo se distribuye dicha composición corporal (esto es, el Índice de Masa Corporal) en hombres y mujeres en España, siendo consecuentes con el planteamiento teórico de que los cuerpos no son valorados socialmente igual en hombres que en mujeres, es cierto que existen diferencias entre sexos. Por ejemplo, tomando como apoyo las Gráficas 1 y 2, el normopeso o peso adecuado es más común en mujeres (49%) que en hombres (36%), al igual que es más usual que haya mujeres con infrapeso que hombres. Por el contrario, ellos tienen un 14% más sobrepeso que ellas. No obstante, en lo que a la obesidad concierne, la diferencia entre sexos es mínima: los varones tienden a padecerla tan sólo un punto por encima de las mujeres (un 17% y 16%, respectivamente). Con esto, puede afirmarse que, en líneas generales, la mayoría de mujeres en España tienen una composición corporal normativa acorde a lo que la categorización del IMC determina como peso adecuado con el total de características fisiológicas (tal como la altura). Distintamente, en el caso de los hombres lo más común es tener sobrepeso.



*Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).*

Ahora, en lo relacionado con la distribución de la composición física de hombres y mujeres en España por edades, para su análisis se exponen las Gráficas 3 y 4. Aunque se siguen patrones similares, pueden apreciarse a primera vista dos tendencias generalizadas: las féminas en casi todos los grupos etarios se encuadran en el normopeso y los varones en el sobrepeso. Empezando por las mujeres, aunque en ellas lo más común es tener peso normal, dicha condición va de más a menos a medida que aumenta el grupo de edad. Así, el grupo más joven, de entre 15 y 17 años, representa el grupo de edad con mayor proporción de chicas en peso normal, aunque también es el sector poblacional más propenso al infrapeso, superando ligeramente al mismo dato de sus coetáneos varones. De hecho, en todos los

grupos de edad la probabilidad de tener menos peso del que corresponde o se recomienda es mayor en las chicas que en los chicos.

Como se ha comentado, con el avance de los años las mujeres van dejando de estar en normopeso, y en contraposición van cobrando importancia las composiciones físicas de sobrepeso (especialmente) y la obesidad. El culmen se da entorno a los 75 y 84 años, donde las mujeres alcanzan las cifras máximas tanto de sobrepeso (43,9% de ellas) como de obesidad (22,5%), a la par que se da la proporción de mujeres con peso adecuado más baja de todas las edades, suponiendo tan solo un tercio del total de mujeres de este rango (32,3%). Ahora bien, una vez sobrepasan los 84 años, este proceso se invierte y vuelve a ser más habitual que las mujeres estén en normopeso, reapareciendo tímidamente algunos casos de peso insuficiente.

Básicamente, y a edades tempranas sobre todo, la composición física entre sexos es muy similar: predominan los pesos normativos y las tasas de obesidad y sobrepeso son las menores de todo el espectro de edades. Es más, los hombres siguen la misma dinámica decreciente con respecto al normopeso con el paso de la edad, aunque en su caso la transición de peso normal a sobrepeso es más brusca y temprana. Su pico máximo de obesidad se sitúa en los 55 a 64 años (22,4% de ese grupo), lo que se extiende a los grupos de edad posteriores, pues de los 65 a los 74, por ejemplo, tiene lugar la menor tasa de peso adecuado en hombres de todas las edades. Por su lado, donde mayor lugar ocupa el sobrepeso en los hombres es desde los 75 a los 84 años, siendo el caso mayoritario en varones en esa edad.

Gráfico 3

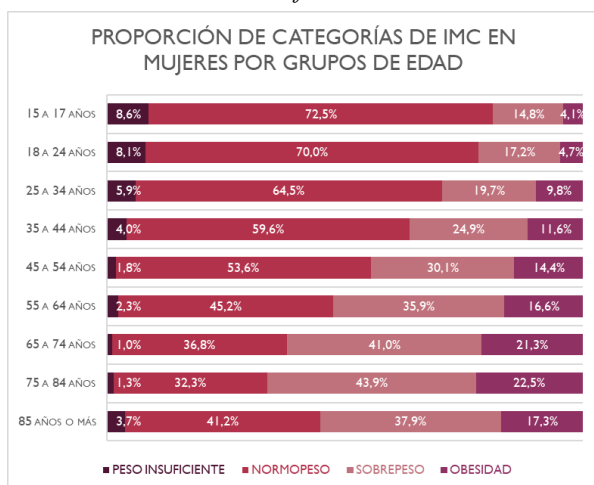
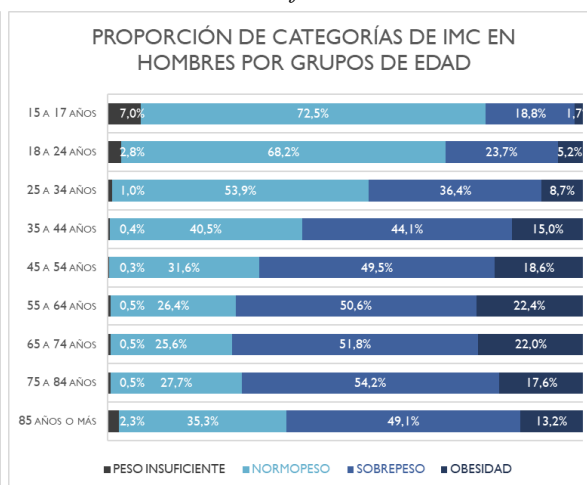


Gráfico 4



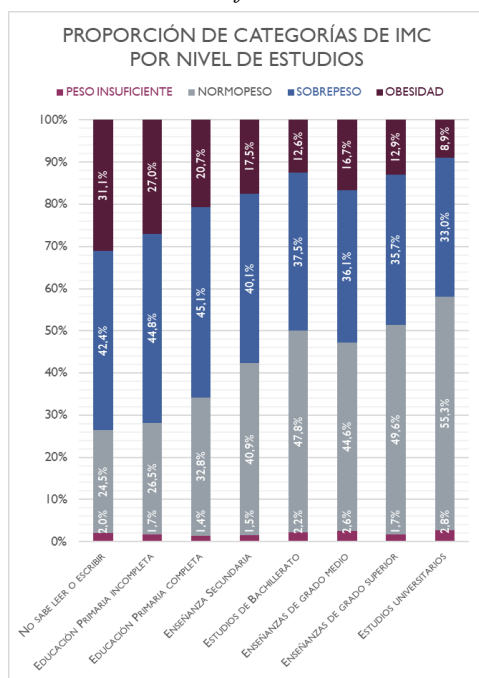
Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

Continuando con el análisis de características sociodemográficas en relación a la composición corporal por sexos, se procede ahora a la indagación sobre la posible influencia del nivel de estudios de hombres y mujeres como un factor determinante en su IMC. Dicha relación queda plasmada visualmente en la Gráfica 5, y a primera vista lo que más resalta es que el infrapeso es la categoría menos influenciada por el aspecto formativo, sin apenas variar en ninguna categoría de IMC bajo los distintos tipos de etapa formativa.

Desde el eje contrario, la obesidad parece disminuir a la par que aumenta el nivel educativo, pues se reduce su incidencia porcentual en hasta un 20% entre los grupos de extremos opuestos de la variable formativa. Los individuos con sobrepeso siguen una pauta semejante al también ser menos cuando la formación es mayor. Sin embargo, la diferencia entre grupos no es tan cuantiosa como el caso anterior, habiendo una disparidad de un 9,4% entre aquellos con sobrepeso que no saben leer ni escribir y con estudios universitarios.

Finalmente, la distribución de las personas con peso normal o adecuado es bastante representativa de las mejores condiciones que un mayor nivel educativo confiere. Ejemplificando, la mayoría de los universitarios tienen un peso saludable, mientras que en los niveles menos favorables, como no saber leer ni escribir o no haber completado la educación primaria ni un cuarto del total de las personas (24,5% y 26,5%, respectivamente) llegan a tener un peso equilibrado.

Gráfico 5



Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

Ahora bien, por sexos, en las personas con menor grado formativo, las mujeres se dividen ordenadamente entre el sobrepeso, la obesidad y el normopeso, mientras que en los varones de este grado el sobrepeso es la norma. Es más, puede observarse que la distribución de la apariencia física masculina sigue una tendencia más estable con el predominio generalizado del sobrepeso en todas las categorías educacionales.

En las mujeres, aún destacando transversalmente el normopeso, la apariencia normativa es aún más frecuente en ellas cuanto mayor es su nivel de estudios, alzando su máximo cuando son universitarias. También los varones universitarios suponen el grupo con más individuos en normopeso del total de niveles educacionales, aunque todavía bajo la superioridad de la incidencia del sobrepeso.

Gráfico 6

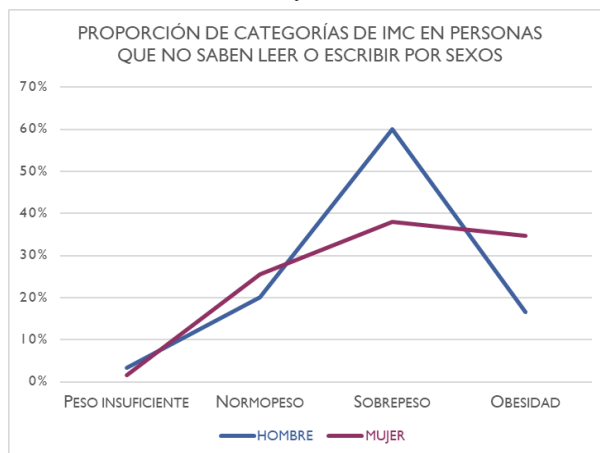
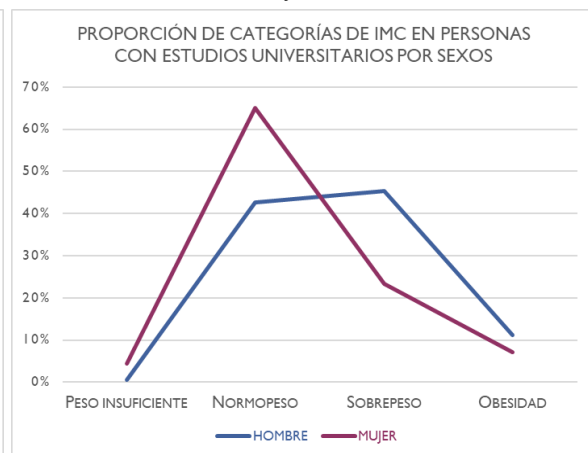


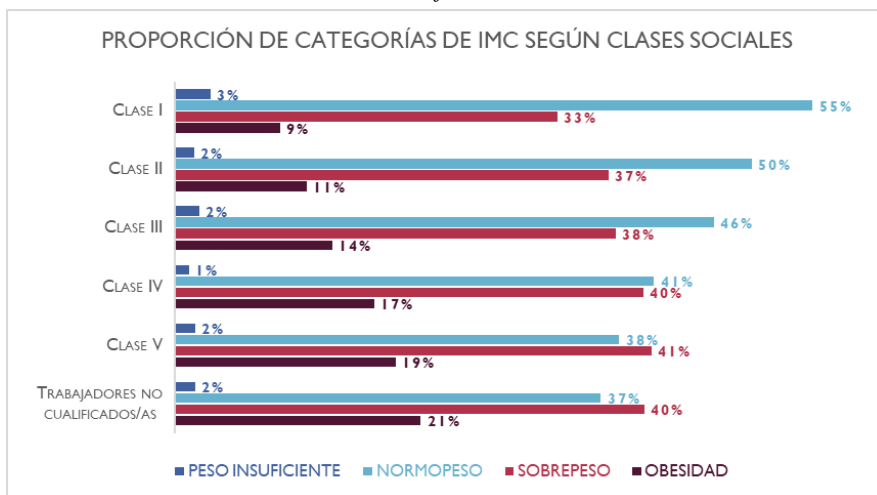
Gráfico 7



*Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).*

Culminando con el análisis contextual de la composición física de los individuos en España, es necesario comprender la incidencia que las circunstancias de clase suponen en ella, expuesta en el Gráfico 8. A modo general, la proporción de personas con obesidad, categoría menos favorable de todas, incrementa a medida que mengua el estatus social (de un 9% de la clase más alta a un 21% en los trabajadores no cualificados). E inversamente, esto es, a medida que se asciende positivamente en la escala social, tomando como referencia ahora la categoría corporal más deseable (el normopeso), el fenómeno que se da es el contrario: la proporción de individuos con peso normativo aumenta a la vez que lo hace la clase, dándose una diferencia entre polos de clase de un 18%.

Gráfico 8



Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

Al introducir en dicho cruce el factor del sexo, se repite esta dinámica en las mujeres, ya que a mayor clase social, menos usual es en ellas la obesidad frente a la mayoría de peso adecuado, y en las clases más bajas lo inverso, siendo el normopeso mucho menos probable que en clases superiores, y apareciendo ahora mayor posibilidad de obesidad o sobrepeso. Destaca el detalle de que, a parte de ser ellas más numerosas que ellos en infrapeso en todas las clases sociales, el no tener un peso suficiente es más común en las mujeres de clases elevadas que inferiores, pudiéndose deber a una mayor presión estética en tales esferas sociales.

En lo que a los varones respecta, tanto el normopeso (con una proporción menor a la femenina) como la obesidad sigue una predisposición semejante a la anterior. Lo que varía es el sobrepeso, que en este caso es la categoría más habitual en los hombres de cualquier rango social.

Gráfico 9

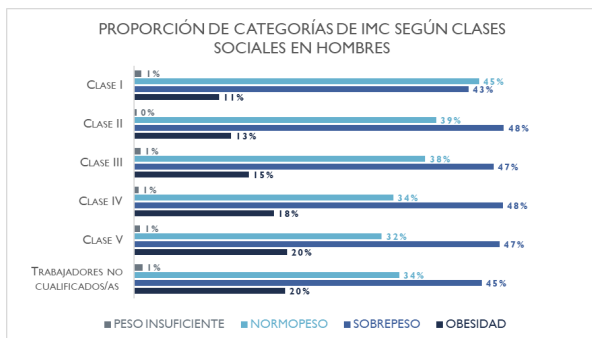
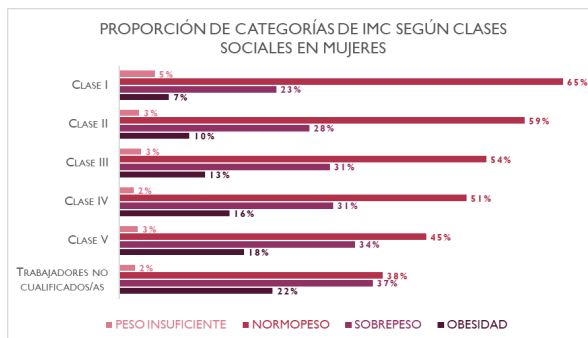


Gráfico 10



Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

Para terminar con el análisis de este primer objetivo, véase en la tabla posterior la demostración de la dependencia existente entre el Índice de Masa Corporal y resto de variantes sociodemográficas. A través de la prueba de  $\chi^2$ , se evidencia que en todas las correlaciones la hipótesis nula de independencia es rechazada con una significación menor a 0,05 en todos los casos, significando que las variables guardan dependencia entre sí. Para conocer en mayor medida la intensidad de dichas interrelaciones, el Coeficiente de Contingencia (cuyo valor oscilante entre 0 y 1 expone el grado de relación) indica que las variables con mayor asociación con el IMC son, en orden: la edad, el nivel de estudios, el sexo y, en última instancia, la clase social.

Tabla 1

<b>Correlaciones (IC 95%, P&lt;0.05)</b>	<b>Prueba de <math>\chi^2</math></b>	<b>Medidas simétricas</b>																									
IMC y Sexo	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>gl</th> <th>Significación asintótica (bilateral)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chi-cuadrado de Pearson</td> <td>620,690<sup>a</sup></td> <td>3</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>Razón de verosimilitud</td> <td>632,286</td> <td>3</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>20906</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 194,97.</p>		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Chi-cuadrado de Pearson	620,690 <sup>a</sup>	3	<,001	Razón de verosimilitud	632,286	3	<,001	N de casos válidos	20906			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>Significación aproximada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia</td> <td>,170</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>20906</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Valor	Significación aproximada	Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,170	<,001	N de casos válidos	20906	
		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)																							
	Chi-cuadrado de Pearson	620,690 <sup>a</sup>	3	<,001																							
	Razón de verosimilitud	632,286	3	<,001																							
N de casos válidos	20906																										
	Valor	Significación aproximada																									
Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,170	<,001																									
N de casos válidos	20906																										
IMC y Edad	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>gl</th> <th>Significación asintótica (bilateral)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chi-cuadrado de Pearson</td> <td>1835,478<sup>a</sup></td> <td>264</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>Razón de verosimilitud</td> <td>1825,392</td> <td>264</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>20906</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>a. 71 casillas (19,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.</p>		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Chi-cuadrado de Pearson	1835,478 <sup>a</sup>	264	<,001	Razón de verosimilitud	1825,392	264	<,001	N de casos válidos	20906			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>Significación aproximada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia</td> <td>,284</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>20906</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Valor	Significación aproximada	Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,284	<,001	N de casos válidos	20906	
		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)																							
	Chi-cuadrado de Pearson	1835,478 <sup>a</sup>	264	<,001																							
	Razón de verosimilitud	1825,392	264	<,001																							
N de casos válidos	20906																										
	Valor	Significación aproximada																									
Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,284	<,001																									
N de casos válidos	20906																										
IMC y Nivel de Estudios	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>gl</th> <th>Significación asintótica (bilateral)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chi-cuadrado de Pearson</td> <td>902,249<sup>a</sup></td> <td>21</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>Razón de verosimilitud</td> <td>914,039</td> <td>21</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>20906</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>a. 1 casillas (3,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,94.</p>		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Chi-cuadrado de Pearson	902,249 <sup>a</sup>	21	<,001	Razón de verosimilitud	914,039	21	<,001	N de casos válidos	20906			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>Significación aproximada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia</td> <td>,203</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>20906</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Valor	Significación aproximada	Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,203	<,001	N de casos válidos	20906	
		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)																							
	Chi-cuadrado de Pearson	902,249 <sup>a</sup>	21	<,001																							
	Razón de verosimilitud	914,039	21	<,001																							
N de casos válidos	20906																										
	Valor	Significación aproximada																									
Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,203	<,001																									
N de casos válidos	20906																										
IMC y Clase Social	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>gl</th> <th>Significación asintótica (bilateral)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chi-cuadrado de Pearson</td> <td>406,815<sup>a</sup></td> <td>15</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>Razón de verosimilitud</td> <td>413,043</td> <td>15</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>20065</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 31,39.</p>		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Chi-cuadrado de Pearson	406,815 <sup>a</sup>	15	<,001	Razón de verosimilitud	413,043	15	<,001	N de casos válidos	20065			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>Significación aproximada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia</td> <td>,141</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>20065</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Valor	Significación aproximada	Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,141	<,001	N de casos válidos	20065	
		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)																							
	Chi-cuadrado de Pearson	406,815 <sup>a</sup>	15	<,001																							
	Razón de verosimilitud	413,043	15	<,001																							
N de casos válidos	20065																										
	Valor	Significación aproximada																									
Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,141	<,001																									
N de casos válidos	20065																										

Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

Para abordar el segundo objetivo general de este trabajo, se examinará ahora el IMC en relación con la salud, tanto la autopercebida como la mental o el consumo de determinados medicamentos con fines adelgazantes, todo ello desde un enfoque de género, tal como se ha venido haciendo en todo el proyecto.

En las gráficas inferiores están plasmadas las diferencias por sexos en cuanto a la relación de la configuración corporal y la percepción subjetiva del estado de salud individual. Globalmente, los hombres que consideran tener un estado de salud óptimo (muy bueno) están en normopeso (el 48% de los casos), aunque también muchos con sobrepeso (41%). De hecho, la mayoría de los que se perciben con un estado de salud bueno están en sobrepeso (48%), sobrevalorando su condición. En las mujeres, tanto en las que consideran estar en un muy buen o buen estado de salud la mayoría son de peso normativo (con una proporción de normopeso mayor que los varones en ambos casos, 64 y 52%), al mismo tiempo que la proporción de obesas o sobrepeso es menor a la dada en el sexo contrario en esta misma categoría. Ahora bien, la idea de que se tiene peor estado de salud cuando se tiene sobrepeso u obesidad prevalece en ambos, siendo la valoración negativa de las mujeres mayor en caso de obesidad.

Nuevamente, conviene subrayar la cuestión del peso insuficiente femenino, pues la mayoría de las mujeres con infrapeso se asocian a sí mismas con tener un estado de salud inmejorable (muy bueno). Ahora bien, en este sentido aparece cierta paradoja. ¿Están satisfechas con su salud las mujeres en infrapeso por encajar en el ideal de delgadez extrema, o es el encajar en dicho ideal delgado lo que las hace valorarse positivamente?. Es decir, ¿influye la apariencia física en la autopercepción o la autopercepción en la apariencia?

Gráfico 11

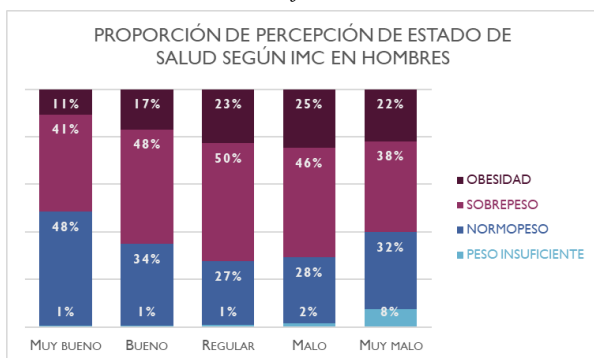
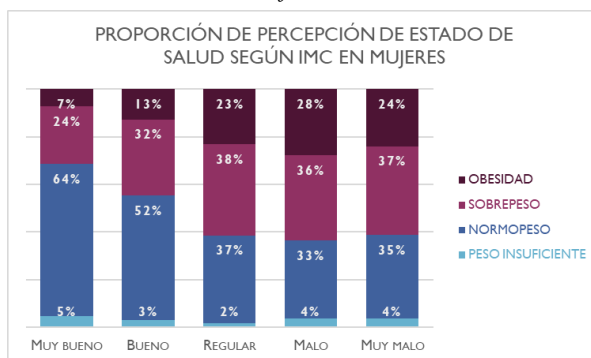


Gráfico 12



Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

El segundo apartado del objetivo B trata la salud mental en comparación con el IMC, y en esta ocasión se estudia con los indicadores de ansiedad y depresión por sexos. Lo que los resultados vistos a través de las Gráficas 13 y 14 indican es que, apenas habiendo diferencias entre ambas situaciones de adversidad mental, entre los que padecen alguna de ellas el estado físico en el que más se da es el sobrepeso, siendo la mayoría hombres. Por el contrario, ellas tienden a tener esta desventaja mental más bien cuando tienen o bien peso normativo o bien sobrepeso. Cuando se trata de individuos obesos, la salud mental de ambos es cuantiosamente similar, en sentido de que las cifras siguen patrones parecidos, salvando el caso la depresión, que se da más en las mujeres obesas que en hombres.

Gráfico 13

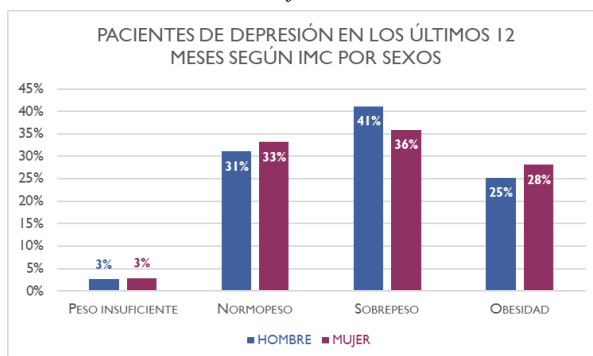
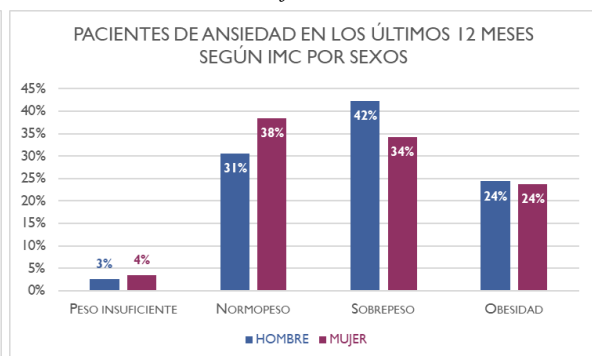


Gráfico 14



*Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).*

Siguiendo en la línea de salud, la frecuencia de consumo autónomo de medicamentos (no médicamente prescritos) con fines adelgazantes de entre el total que los consumen, es mucho mayor en las mujeres que en los hombres, con un 22% de diferencia entre ambos. Ahora, introduciendo el factor de masa corporal, se reproduce la misma tendencia: tanto las mujeres con sobrepeso como con normopeso toman más medicamentos de este tipo que los hombres con sobrepeso o normopeso. No obstante, en situación de obesidad, los hombres de esta categoría sí consumen mucho más estos productos que las mujeres obesas.

El fenómeno de las personas con un peso ya normativo que consumen medicamentos, o bien para bajar de peso, o para mantenerse en dicha normatividad, resulta extremadamente problemático por las posibles consecuencias que pueden suponer en su salud. Aunque lo más llamativo es el hecho de que este caso sea el doble de frecuente en mujeres que en hombres. Esta desigualdad por sexos puede relacionarse con la presión de las mujeres a verse a sí mismas lo más delgadas posibles (aún estando en su peso adecuado) como consecuencia del rígido cánon estético femenino impuesto que impulsa constantemente a las mujeres a hacer lo



que sea por alcanzarlo, siendo en este caso la malsana ingesta de medicamentos para intentar paliar su insatisfacción para con su condición física.

Gráfico 15

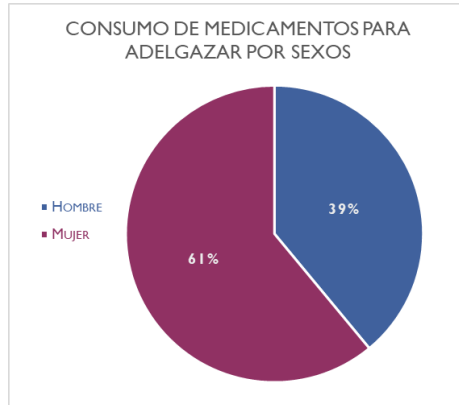
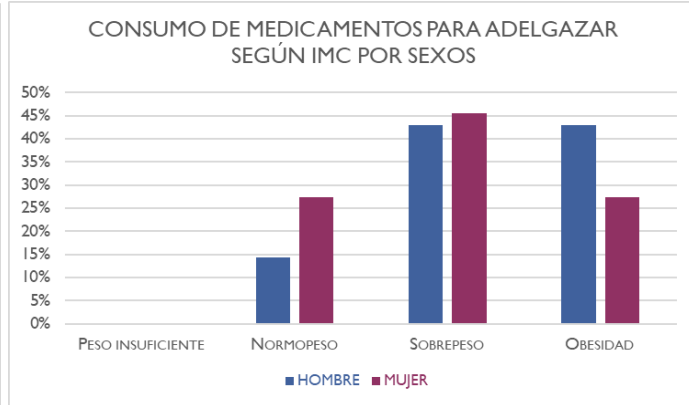


Gráfico 16



Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

Antes de pasar al segundo objetivo, puntualizar que, si se estudian las correlaciones tanto entre el IMC y autoconsumo de medicamentos adelgazantes, como el estado de salud autopercebido y autoconsumo de medicamentos adelgazantes, ambas muestran dependencia mutua con una significación menor a 0,001 en la prueba del chi cuadrado. Específicamente, aplicando el Coeficiente de Contingencia, muestra que el grado de correlación mayor se da entre el estado de salud autopercebido y consumo de medicamentos adelgazantes, con un valor de 0,390.

Tabla 2

<i>Correlaciones (IC 95%, P&lt;0.05)</i>	<i>Prueba de <math>\chi^2</math></i>	<i>Medidas simétricas</i>																									
IMC y Consumo de medicamentos adelgazantes (autorecetados)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>gl</th> <th>Significación asintótica (bilateral)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chi-cuadrado de Pearson</td> <td>507,808<sup>a</sup></td> <td>6</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>Razón de verosimilitud</td> <td>518,889</td> <td>6</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>20904</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>a. 2 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,35.</p>		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Chi-cuadrado de Pearson	507,808 <sup>a</sup>	6	<,001	Razón de verosimilitud	518,889	6	<,001	N de casos válidos	20904			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>Significación aproximada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia</td> <td>,154</td> <td>&lt;,001</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>20904</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Valor	Significación aproximada	Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,154	<,001	N de casos válidos	20904	
		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)																							
Chi-cuadrado de Pearson	507,808 <sup>a</sup>	6	<,001																								
Razón de verosimilitud	518,889	6	<,001																								
N de casos válidos	20904																										
	Valor	Significación aproximada																									
Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,154	<,001																									
N de casos válidos	20904																										
IMC y Consumo de medicamentos adelgazantes (autorecetados)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>gl</th> <th>Significación asintótica (bilateral)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chi-cuadrado de Pearson</td> <td>3949,833<sup>a</sup></td> <td>8</td> <td>,000</td> </tr> <tr> <td>Razón de verosimilitud</td> <td>4426,851</td> <td>8</td> <td>,000</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>22065</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>a. 4 casillas (26,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,33.</p>		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Chi-cuadrado de Pearson	3949,833 <sup>a</sup>	8	,000	Razón de verosimilitud	4426,851	8	,000	N de casos válidos	22065			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>Significación aproximada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia</td> <td>,390</td> <td>,000</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>22065</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Valor	Significación aproximada	Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,390	,000	N de casos válidos	22065	
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)																								
Chi-cuadrado de Pearson	3949,833 <sup>a</sup>	8	,000																								
Razón de verosimilitud	4426,851	8	,000																								
N de casos válidos	22065																										
	Valor	Significación aproximada																									
Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,390	,000																									
N de casos válidos	22065																										

Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

Para abordar el tercer objetivo planteado en la estructura metodológica de este proyecto, se procederá al escrutinio de las cifras relativas a los hábitos alimenticios de los varones y féminas y su posible interferencia en sus correspondientes apariencias físicas (IMC).

Tomando como referencia la Tabla 1, es apreciable en los datos subrayados que, a modo general, en el supuesto del hábito de consumo de alimentos “saludables”, las mujeres son mayoría en las categorías de consumo asiduo en comparación con los varones, quienes sí destacan en los apartados de menor frecuencia como “nunca” o “menos de una vez a la semana” de ingesta de este tipo de alimentos. Así, en el consumo de alimentos “no saludables”, los que más frecuentemente comen esta clase de comida son los hombres, con absoluta mayoría. Inversamente, en los que nunca o rara vez consumen comida rápida o aperitivos salados las mujeres suponen más de la mayoría. Esta preferencia femenina de alimentos “saludables” revela una mayor preocupación de las mujeres o bien por su estado de salud, o bien porque estos alimentos se relacionan tradicionalmente con dietas o hábitos que influyen en alcanzar un cuerpo más estilizado.

Tabla 3

Frecuencia de consumo	Comida “saludable”				Comida “no saludable”			
	VERDURAS, ENSALADAS Y HORTALIZAS		FRUTA FRESCA		COMIDA RÁPIDA		COMIDAS DE PICAR	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
<i>1 o &gt; veces al día</i>	40,7%	<b>59,3%</b>	44,1%	<b>55,9%</b>	<b>76%</b>	24%	<b>58%</b>	42%
<i>4-6 veces a la semana</i>	47,4%	<b>52,6%</b>	<b>54,1%</b>	45,9%	<b>66%</b>	34%	<b>54%</b>	46%
<i>3 veces a la semana</i>	53,3%	46,7%	54,5%	45,5%	56%	44%	54%	46%
<i>1-2 veces a la semana</i>	61,3%	38,7%	54,3%	45,7%	52%	48%	52%	48%
<i>&lt; de 1 vez a la semana</i>	<b>64,2%</b>	35,8%	<b>52,4%</b>	47,6%	46%	<b>54%</b>	47%	<b>53%</b>
<i>Nunca</i>	<b>69,3%</b>	30,7%	<b>54,0%</b>	46,0%	42%	<b>58%</b>	44%	<b>56%</b>

Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

Ahora bien, esta disparidad entre los hábitos de consumo entre sexos, ¿se verá influenciado también por su apariencia física? Para ello, en la serie de gráficos posteriores (17 y 18) se refleja que el consumo de alimentos “saludables” como verduras o frutas es mucho más frecuente en mujeres con peso insuficiente que en varones con infrapeso, quienes siguen un consumo más esporádico (ellos son más en categorías de frecuencia menor). También en las personas con obesidad (Gráficos 19 y 20), las categorías de consumo más repetido, bien sea diario o semanal, son lideradas por mujeres, y las secciones que indican un consumo más puntual, desde menos de 3 veces en semana hasta nunca, están más masculinizadas.

Puede afirmarse que las mujeres consumen en mayor medida frutas y verduras que los hombres, independientemente de su composición corporal, pues son mayoría en las frecuencias de más alta asiduidad en ambas categorías. *Por puntualizar, el caso en el que más diferencia por sexos se da es en el consumo diario de verduras y frutas de personas con peso insuficiente, en favor de las mujeres.*

Gráfico 17

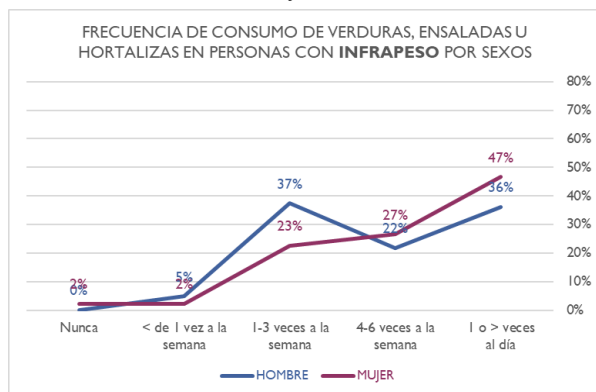


Gráfico 18

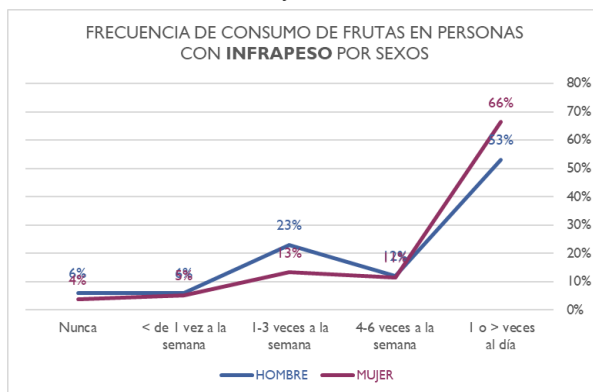


Gráfico 19

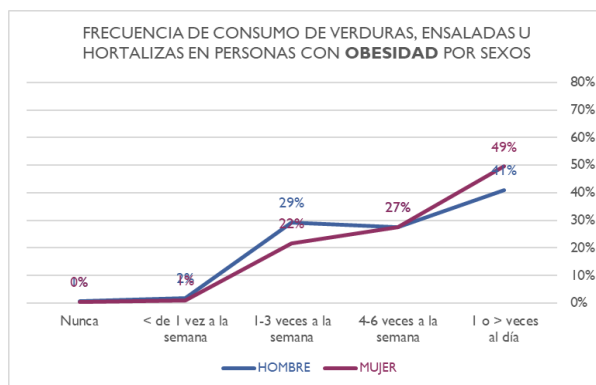
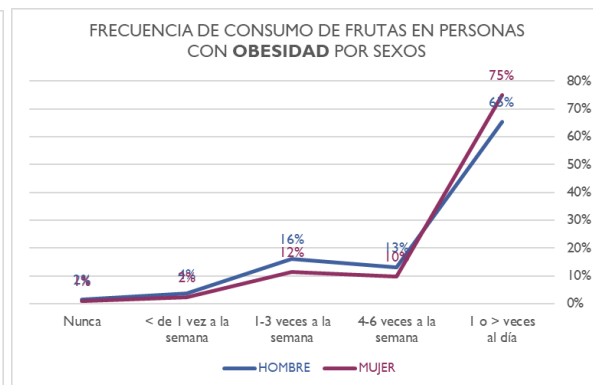


Gráfico 20



Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

Para apreciar, por otro lado, si el consumo de alimentos “no saludables” se ve influenciado de igual manera por el sexo y la apariencia corporal, las representaciones posteriores recogen

cómo el hábito de consumo de alimentos de esta índole es mucho menos corriente que el caso anterior. Comenzando por la alimentación de comida rápida, las mujeres tanto con infrapeso como obesas tienden a consumir nunca o muy poco comida rápida, y aún menos que los hombres, quienes se ven superados por ellas en un 10% en las categorías de “nunca”. Por lo general, en hombres y en mujeres con obesidad la asiduidad de ingesta de comida rápida es menor que en aquellos y aquellas con un peso insuficiente, para quienes un consumo esporádico de entre 1 y 3 veces a la semana es algo más usual.

Asimismo, ambos sexos siguen un patrón parecido en su consumo de comidas de picar saladas, siendo más las mujeres (sobre todo con obesidad) las que optan por un consumo menor de estos alimentos. En el lado masculino, ellos son ligeramente más usuales en las categorías de frecuencia más repetida, bien sea un par de veces semanales o incluso a diario. Estas dinámicas son similares en ambos sexos en personas con infrapeso y obesidad, aunque en las segundas la frecuencia de consumo es aún menos común.

Gráfico 21

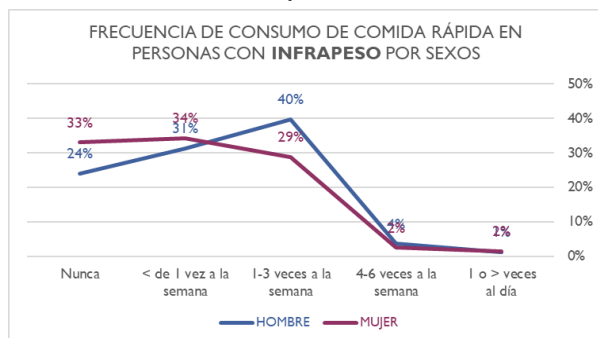


Gráfico 22

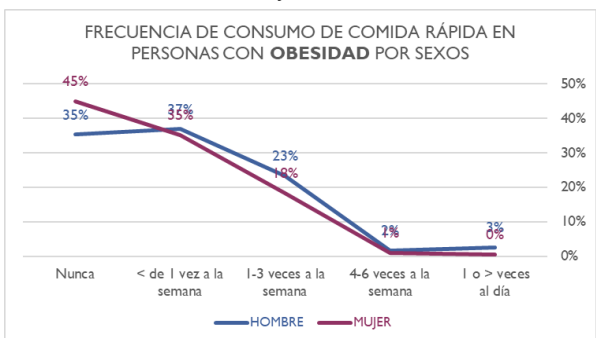


Gráfico 23

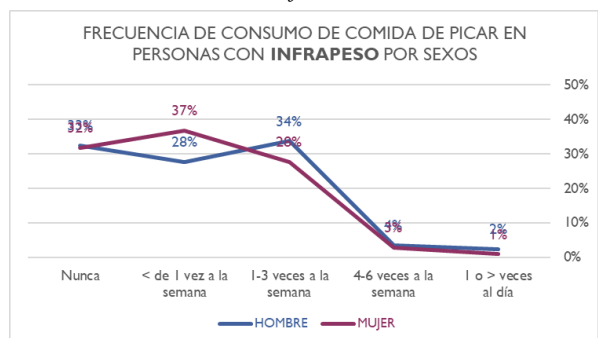
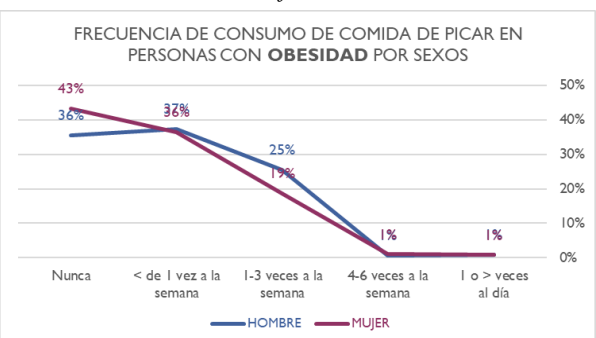


Gráfico 24



Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

## **VI. CONCLUSIONES**

Una vez culminado el estudio de resultados, es ahora posible, con el contraste de hipótesis relacionadas a los objetivos propuestos, aproximarnos a una visión global acerca de los hábitos de consumo alimenticio y salud en hombres y mujeres influenciados por los estereotipos de género y su composición física.

Como se ha podido comprobar, y acorde al primer objetivo planteado, las características sociodemográficas y la composición corporal de varones y féminas en España están estrechamente relacionadas. Especialmente el sexo, que en el ámbito de lo social (en forma de género) implica valoraciones distintas para con cada tipo de apariencia física, ha mostrado disparidades. La Hipótesis A.1 se ha corroborado con el hecho de que las mujeres sufren infrapeso en mayor medida que los hombres, pudiendo deberse a un mayor deseo de aproximación al cánón de la delgadez corporal como símbolo de belleza, puesto que, además, en las categorías menos socialmente valoradas como sobrepeso u obesidad, ellas lo son mucho menos que sus contrarios. Los hombres sí son más propensos a tener una disposición corporal más obesa, si bien es cierto que el estado corporal más repetido para ellos es el sobrepeso (que no implica que no presenten un físico musculado, lo que iría en consonancia con su correspondiente ideal físico).

Otra variable fundamental en el IMC es la edad. A edades más tempranas, resulta más frecuente tener un peso normativo, pero también un peso insuficiente. Aunque en este período etario no se dan grandes distinciones de IMC entre sexos (en esto la Hipótesis A.2 es equívoca), sí se dan en grupos de edad mayores. El infrapeso, cuyas mayores cotas se dan en el grupo más joven (15 a 17 años) mengua con el aumento de edad en ambos sexos, aunque la cifra decrece mucho más rápido en hombres que en mujeres.

Ahora bien, considerando el aspecto corporal (IMC) con el nivel de estudios, puede concluirse que la hipótesis planteada en relación a ella (A.3) es correcta, puesto que cuanto mayor es el nivel educativo de los individuos, más favorable resulta también su composición física, es decir, más se da en ellos el normopeso. El ejemplo más evidente es el de los universitarios, quienes suponen la categoría formativa con mayor proporción de individuos en peso normativo (53% de su categoría). Ahora bien, la creencia expuesta en la subhipótesis A.3.i en la que se propone que las diferencias entre sexos en la relación IMC-nivel de

estudios, si las hay, serían menores entre aquellos con un nivel formativo alto y más acentuadas en los niveles educativos más bajos, no es del todo correcta. Es incorrecta porque las diferencias entre sexos se dan independientemente, tanto en los niveles educativos inferiores como superiores.

La anterior dinámica se ve repetida en la relación entre apariencia física (IMC) y clase social al también reafirmarse su hipótesis (A.4) con una correlación positiva entre ambas variables: en la clase más elevada, la Clase I, tiene lugar la mayor proporción de sujetos en peso normativo, mientras que también es la categoría donde menor número de sujetos con categorías desfavorables de IMC (sobrepeso, obesidad o infrapeso) se incluyen. Su subhipótesis (A.4.i) es nuevamente equívoca, pues al igual que con el nivel de estudios, un mayor estatus social no implica necesariamente diferencias menores entre sexos del mismo estatus. Por el contrario, las diferencias entre sexos de IMC se dan en todos los grados sociales, tanto en los más altos como en los más bajos.

Ahora, estos dos últimos párrafos expresan una realidad ya expuesta por numerosos autores en el marco teórico: las posiciones sociales más favorecidas, esto es, aquellas clases con capacidad adquisitiva más elevada, tienen una mayor capacidad de elección y acceso a alimentos de calidad superior y menos procesadas, por lo que naturalmente su salud será mejor. Simultáneamente, el nivel educativo alto, aparte de guardar un paralelismo con el estatus social por implicar una posición laboral también alta, aporta el capital cultural e intelectual necesario para acceder, por ejemplo, a conocimientos médico-nutricionales más específicos y elaborados que implican una mejor aplicación de hábitos de vida saludables que fomentan un peso adecuado (normopeso). En suma, aun viviendo en una sociedad del bienestar, las condiciones vitales de las que los ricos pueden gozar no son universales, y, de hecho, les hacen tener un cuerpo más saludable que los pobres.

En lo que a la autopercepción de estado de salud se refiere, la composición corporal y la valoración subjetiva de salud están relacionadas en ambos sexos (la Hipótesis B es correcta). Ahora bien, como la naturaleza de la influenciabilidad mutua es dudosa debido a lo planteado anteriormente, sobre si es el IMC lo que influye a la autopercepción o la autopercepción al IMC, sólo es posible hipotetizar sin refutación posible. Con esto, en caso de asumir que sea el IMC lo que influya a la autopercepción y no viceversa, sí que pueden validarse las hipótesis B.1 y subhipótesis B.1.i. Bajo este pretexto, una opción sería considerar que el caso de

sobreestimación de salud propia en condición fisiológica de infrapeso de las mujeres se deba al enaltecimiento social dado a la delgadez y que la mayor o menor salubridad que ello conlleve pase a ser considerada una preocupación menor. En esta misma línea de correlación IMC-autopercepción, los hombres tienden a romantizar su estado de salud positivamente aun cuando su configuración corporal es poco favorable, como en casos de obesidad o sobrepeso. Hasta aquí se demostraría la Hipótesis B.1. En contraposición, las mujeres son (con ligera diferencia) más pesimistas con su salud que ellos sólo en caso de obesidad, pues cuando ambos tienen sobrepeso los hombres se perciben en peor estado de salud. Esta situación muestra que no necesariamente las mujeres se preocupan más por su salud que los hombres, desmintiéndose la subhipótesis B.1.i.

El que la presión sobre sentir rechazo social cuando se está obesa sea mayor para ellas que cuando ellos lo están puede tener consecuencias mentales, y así lo demuestran los datos: las mujeres obesas sufren más depresión que los hombres obesos. Esto es consecuente con lo planteado en la Hipótesis B2, salvo en los casos de sobrepeso, que son los hombres quienes con más frecuencia padecen depresión o ansiedad. Aparte, es llamativo que en las personas con pesos normativos los perjuicios mentales sean más frecuentes en las mujeres, quizás por la frustración fruto de tener una autopercepción disonante con la deseada.

También el consumo de medicamentos adelgazantes se ve atravesado por el sexo y por la composición física de las personas, y, de hecho, su práctica está más extendida entre las mujeres (sobretudo con peso normativo y sobrepeso) que en el sexo opuesto. Cual se exponía en el apartado teórico, ellas son más propensas a asumir conductas riesgosas para con la salud cuando de alcanzar un cuerpo concreto se trata. Es más, Luz (2013) afirmaba que la mayoría de las mujeres que siguen dietas no están en sobrepeso necesariamente. Ahora, la Hipótesis B.3 no es correcta en su totalidad porque las mujeres no son las más predispuestas al consumo de medicamentos adelgazantes en estado de obesidad o sobrepeso, ocupando los varones un lugar importante en este mismo sentido,

En cuanto a las posibles diferencias entre sexos que pueden darse en los hábitos, más o menos saludables, de consumo alimenticio individuales, se ha comprobado que las mujeres consumen con más asiduidad alimentos “saludables” como verduras o frutas que los varones (lo que supone la confirmación del planteamiento de la Hipótesis C.1.), para quienes el consumo de comida no saludable es mucho más habitual que para las féminas, siendo ellas

mayoría en las categorías de menor asiduidad de consumo (“nunca”) de estos alimentos. Aquí se encarna la clásica expresión femenina de “cuidar la línea”.

Sin embargo, si se incorpora al estudio del patrón alimentario la variante de la apariencia física (IMC), se descubre que sea cual sea la composición corporal de las mujeres, ellas suelen comer más frecuentemente fruta y verdura que los hombres. Por tanto, lo propuesta en la Hipótesis C.1.i. se confirma: las personas con peso insuficiente que más consumen frutas y verduras son mujeres, por lo que existe relación.

Inversamente, en lo que a comida insaludable se refiere, los varones ponen en práctica un consumo mucho más asiduo, dándole una menor importancia a las consecuencias corporales que este consumo puede significar (engordar) que las mujeres. Ellas son las que predominan en las categorías de consumo poco frecuente o nulo, aceptando así la Hipótesis C.2. Ahora bien, aún siendo ellas menos habituales en el consumo de comida rápida o de picar, no es cierto que quienes menos lo hagan sean las mujeres con infrapeso (la Hipótesis C. 2.i es anulada). Verdaderamente, el grupo de mujeres que en menor medida consume ambos de estos alimentos “no saludables” son las de configuración obesa, probablemente por dos motivos, o bien por su mayor enjuiciamiento en caso de que lo comieran asiduamente (bajo la discursiva social, como estar obesa es un estado a evitar o “enmendar”, poner en práctica hábitos que acentúen esta condición y no lo contrario implicaría aún más rechazo) o bien por una preocupación e insatisfacción con su cuerpo que le haga querer alcanzar un peso más normativo.

Para finalizar, el objetivo general del proyecto se ha alcanzado mediante la demostración de que tanto las características sociodemográficas como ciertas categorías de IMC configuran en hombres y mujeres una serie de hábitos de consumo alimentario, todo ello atravesado por la influencia de todo un repertorio de construcciones sociales relativas al género interiorizadas a lo largo de nuestros procesos vitales de socialización.

Tras una evaluación global, la situación femenina ha demostrado ser más desfavorable que la masculina en (casi) todos los sentidos. Casi, pues se salva el que asumir conductas médicamente más “saludables” las ha hecho ser mayoría, frente a los hombres, en lo que a tener un peso adecuado se refiere, implicando probablemente una mejor calidad y esperanza de vida. Sin embargo, ellas especialmente han interiorizado unas normas sociales en relación a su corporalidad, apariencia y expresión identitaria hasta el punto de haberlas naturalizado e



integrado en los aspectos más cotidianos de su vida diaria. Con esto, el control femenino basado en la imposición de estándares de belleza es una forma de violencia implícita y represión más que requiere de mayor reivindicación feminista.

Por ello, es fundamental cuestionar y poner en crítica tanto los mensajes totalizadores (subliminales o no) que nos son influidos día a día a través de las redes sociales o la publicidad tras los que se esconden grandes medios e industrias multimillonarias, como de los estereotipos que nosotros y nosotras mismas reproducimos inconscientemente en nuestras prácticas e interacciones cotidianas.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la escasez tanto de datos cuantitativos como de estudios en profundidad sobre la influencia del género en las prácticas cotidianas y de consumo de hombres y mujeres en el territorio nacional, y especialmente desde la sociología (la mayoría de la bibliografía relacionada se enmarca en la psicología social). Esto último puede servir en sí como inspiración para futuras líneas de investigación en proyectos de mayor escala y repercusión.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Barrera-Carranza, Y. Z. (2021). Ideal de cuerpo femenino y cultura de la dieta: retos y recomendaciones para la mujer de hoy. *Apuntes de bioética*, 4 (2), 56 –72. URL: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/682/1262>
- ❖ Entrena-Durán, F. y Jiménez-Díaz, J. F. (2013). La producción social de los hábitos alimenticios. Una aproximación desde la sociología del consumo. *Revista de Ciencias Sociales*, 19 (4), 683-693. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28029474007>
- ❖ Fernández Bustos, J.G. (2015). Relación entre imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47 (1), 25-33. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053415300030>
- ❖ Fundación FAD Juventud (2021). *Barómetro Juventud y Género 2021: Identidades, representaciones y experiencias en una realidad social compleja*.
- ❖ Garine, I. (2016). Antropología de la alimentación: entre naturaleza y cultura. *Antropología de la alimentación* (89-105). Universidad de Guadalajara.

- ❖ Instituto Nacional de Estadística (2019-2020). Encuesta Europea de Salud 2020. Estudio comparativo de dos periodos de la EESE2020: antes de la declaración del primer estado de alarma y posterior a este. URL: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2020\\_datos.htm](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020_datos.htm)
- ❖ Lipovetsky, G. (1999). *La tercera mujer: permanencia y revolución de lo femenino*. Editorial Anagrama.
- ❖ Lomas, C. (2005) ¿El otoño del patriarcado? El aprendizaje de la masculinidad y de la feminidad en la cultura de masas y la igualdad entre hombres y mujeres. *Cuadernos de Trabajo Social* (18), 259-278. URL: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1314218>
- ❖ Luz Esteban, M. L. (2013). Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio. *Edicions bellaterra*. URL: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6111490/mod\\_resource/content/1/Esteban%20-%20Antropologia%20del%20cuerpo.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6111490/mod_resource/content/1/Esteban%20-%20Antropologia%20del%20cuerpo.pdf)
- ❖ López Madrid, J.M. y Sallés Tenas, N. (2005). Construcción actual del modelo estético. *Prevención de la anorexia y la bulimia*, 73-80. Nau Llibres.
- ❖ Martín Crado, E. (2004). El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares (5), 93-118. *Revista Española de Sociología*. URL: <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64944>
- ❖ Martín Criado, E. (2007). La dieta desesperada. Algunas condiciones sociales que obstaculizan el control del peso entre madres de clases populares. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, (6) 578-599. URL: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/177180>
- ❖ Martín Criado, E. (2010). Las tallas grandes perjudican seriamente la salud. La frágil legitimidad de las prácticas de adelgazamiento entre las madres de clases populares. *Revista Internacional de Sociología*, 68 (2), 349-373. URL: <https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/327>
- ❖ Ministerio de Sanidad (2020). *Encuesta Europea de Salud en España 2020. Determinantes de Salud*. URL:

[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2020\\_datos.htm](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020_datos.htm)

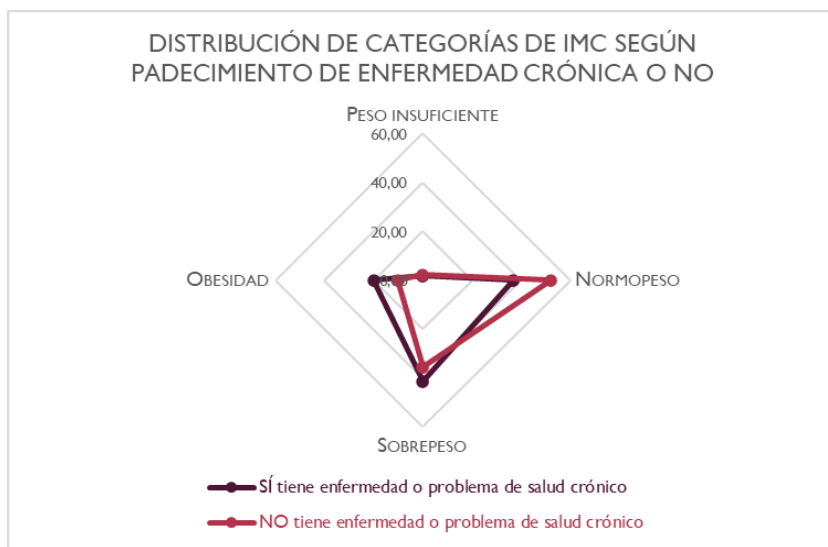
- ❖ Panier, H. (2009). La salud como consumo. La construcción del cuerpo saludable como dispositivo biopolítico en la Sociedad de Control. *V Jornadas de Jóvenes Investigadores*, Universidad de Buenos Aires. URL: <https://www.aacademica.org/000-089/208>
- ❖ Pineda, E. (2020). *Bellas para morir: estereotipos de género y violencia estética contra la mujer*. Prometeo Libros.
- ❖ Rodríguez, S. y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20 (1), pp. 131-137. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720118>
- ❖ Wolf, N., y Reynoso, C. (1992). El mito de la belleza. *Debate Feminista*, 5, 214-224. URL: [https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df\\_ojs/index.php/debate\\_feminista/article/view/1566](https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df_ojs/index.php/debate_feminista/article/view/1566)

## **VIII. ANEXOS**

Dentro del estudio de las características sociodemográficas individuales, cabe nombrar la posible influencia de otros determinantes de salud sobre el IMC que se estudia a lo largo del proyecto, como lo es el padecimiento o no de una enfermedad crónica. Así, en la Gráfica X se refleja cómo el tener una enfermedad crónica hace que las categorías desviadas del equilibrio que supone el normopeso, tanto el tener menos peso del que corresponde (infrapeso), como de más (sobrepeso u obesidad), se extremen, cerca de duplicarse su valor en ambos casos. Si se distingue entre sexos, cual se representa en el Gráfico Y, lo que más llama la atención es que, si bien la dinámica de que las categorías distintas del normopeso se multipliquen cuando se tiene una enfermedad crónica se mantiene, el impacto negativo de tener una enfermedad crónica parece influir más a las mujeres al darse un aumento mucho mayor en la probabilidad de tener sobrepeso y obesidad que los hombres, para quienes la padecen una enfermedad les influye (es decir, que aumenten en sobrepeso u obesidad) pero de manera menos drástica.

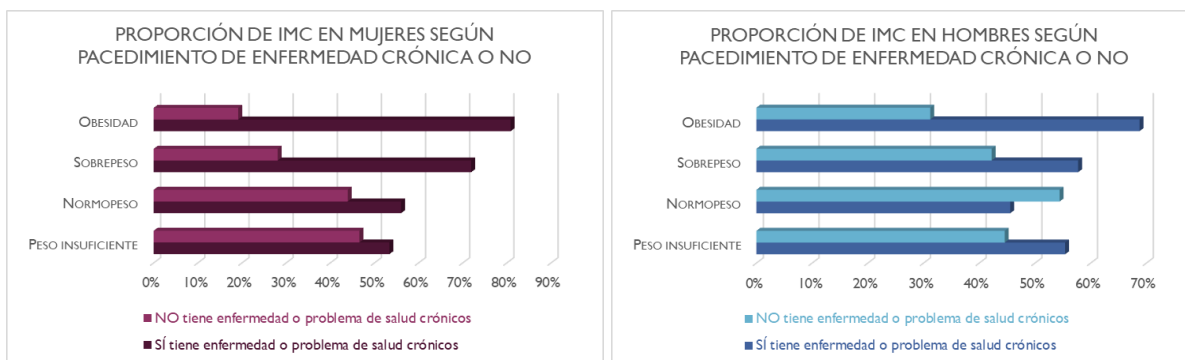
También, en aquellos con normopeso y lo que les ocurre si se encuentran en el caso de tener una enfermedad crónica o no resulta diferente entre hombres y mujeres. Esto es porque en situación de enfermedad, ellos son menos probables a tener un IMC adecuado o normativo, pues la mayoría de hombres en normopeso están libres de afección (54%). Por el contrario, ellas sí lo están aún con enfermedad, suponiendo más de la mitad de los casos en la categoría de peso normal femenina (56%).

Gráfico X



Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

Gráfico Y

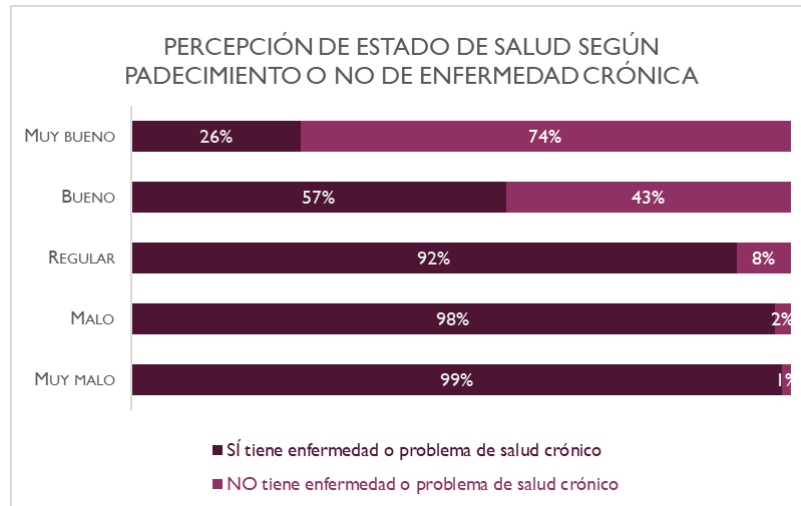


Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).

Igual de relevante puede ser el padecer una enfermedad crónica o no en la percepción subjetiva del estado de salud a analizar comparativamente con otras variables más adelante. Como muestra el Gráfico Z, es clara la relación entre tener una enfermedad o problema de salud crónico con autoevaluarse con una categoría de estado de salud peor. En datos, prácticamente la totalidad (99%) de los casos de individuos que se consideran en un estado de

salud muy malo padecen una enfermedad de este tipo. En el otro extremo, casi tres cuartas partes (74%) de aquellos que mejor se perciben en lo que a salud se refiere no cuentan con ninguna. También los hay que, aún padeciendo una enfermedad crónica son optimistas consigo mismos, pues en la categoría de estado de salud “bueno” suponen la mayoría frente a los plenamente sanos.

Gráfico Z



Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020, INE (2022).