



Connected
4Health



Connected
4Health

Editores: Anisoara Pop, Carlo Reis, Mónica Tarcea

Perspectivas culturales e históricas de la imagen corporal, la obesidad y los trastornos alimentarios

European Insights of Connected4Health Project - Un enfoque
basado en la medicina y las humanidades para abordar la
obesidad y los trastornos alimentarios en los jóvenes
Número de proyecto: 2021-1-RO01-fCA220-HED-000032108



Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

The European Commission's support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents, which reflect the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Perspectivas culturales e históricas de la imagen corporal, la obesidad y los trastornos alimentarios

European Insights of Connected4Health Project - Un enfoque basado en la medicina y las humanidades para abordar la obesidad y los trastornos alimentarios en los jóvenes Número de proyecto: 2021-1-RO01-KA220-HED-000032108



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission's support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents, which reflect the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Editores: Anisoara Pop
Carlo Rais
Mónica Tarcea

Revisores:

Prof. Verónica Mocanu, MD, PhD, Universidad de Medicina y Farmacia Gr. T. Popa, Iasi Prof. Anca Bacarea, MD, PhD, Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología GE Palade, Targu Mures



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-commercial 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Autores:

Adrian Naznean, George Emil Palade Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología de Targu Mures , Targu Mures , RUMANIA

Aelita Skarbaliene, Universidad de Klaipeda, Klaipeda, LITUANIA

Akvile Sendriute, Universidad de Klaipeda, Klaipeda, LITUANIA

Ana Margarida Machado, Instituto Politécnico de Braganza, Portugal, Braganca, PORTUGAL

Anisoara Pop, Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología George Emil Palade Targu Mures , RUMANIA

Anna Carolina Ribeiro, Instituto Politécnico de Braganza, Braganca, PORTUGAL

Carlo Rais, Pixel, Florencia, ITALIA

Cesar Agostinis - Sobrinho, Universidad de Klaipeda, Klaipeda, LITUANIA

Cristina González, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, ESPAÑA

Danka Sinadinovic, Universidad de Belgrado, Facultad de Medicina, Belgrado, SERBIA

Diana Silva, Instituto Politécnico de Braganza, Braganca, PORTUGAL

Egidijus Skarbalius, Universidad de Klaipeda, Klaipeda, LITUANIA

Emanuela Tegla, George Emil Palade Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología de Targu Mures , Targu Mures , RUMANIA

Eugenia Nadolu Vélez, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, ESPAÑA
Eva García Perea, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, ESPAÑA

Fernando Augusto Pereira, Instituto Politécnico de Braganza, Portugal, Centro de Investigacao e Intervenciao Educativas da Faculdade de Psicologia e Ciencias da Educacao da Universidade do Porto, PORTUGAL

Giordano Altarozzi, George Emil Palade Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología Targu Mure , RUMANIA

Hana Stritecka, Universidad de Defensa, Facultad de Ciencias de la Salud Militar, Hradec Kralove, REPÚBLICA
CHECA

Isabel María Martín Ruiz, autónoma, psicóloga clínica, musicoterapeuta y experta en urgencias

Jessica Ferreira, Unidade de Investigao Aplicada em Gestao (UNIAG), Instituto Politecnico de Braganca, Braganca, PORTUGAL

Jonathan McFarland, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, ESPAÑA

Juliana Almeida-de-Souza, Centro de Investigación de la Montaña (CIMO), Instituto Politécnico de Braganza, Portugal; Laboratorio Asociado de Sostenibilidad y Tecnología en Regiones de Montaña (SusTEC), Instituto Politécnico de Braganza, PORTUGAL

Lorenzo Martellini, Pixel, Florencia, Italia

Lukas Merz, Universidad Palacky de Olomouc, REPÚBLICA CHECA

Manuela Meireles, Centro de Investigación de la Montaña (CIMO), Instituto Politécnico de Braganza, Portugal; Laboratorio Asociado de Sostenibilidad y Tecnología en Regiones de Montaña (SusTEC), Instituto Politécnico de Braganza, PORTUGAL

María Luisa Cuesta SantaMaria, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, ESPAÑA

Monica Tarcea, Universidad George Emil Palade de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología de Targu Mures, RUMANÍA

Olivia Galvao de Podesta, Escola Superior de Saude, Instituto Politecnico de Braganca, Braganca, PORTUGAL; Centro Universitario Multivix, Vitoria, **Espirito Santo, Brasil; Grupo de Investigación en Epidemiología, Salud y Nutrición, Universidade Federal do Espirito Santo, Vitoria - ES, BRASIL**

Roxana Maria Martin-Hadma , George Emil Palade Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología de Targu Mures, RUMANIA

Sanja Mazie, Universidad de Belgrado, Facultad de Medicina, Belgrado, SERBIA

Stevan Mijomanovic, Universidad de Belgrado, Facultad de Medicina, Belgrado, SERBIA

Vera Ferro-Lebres, Centro de Investigación de la Montaña (CIMO), Instituto Politécnico de Braganza, Portugal; Laboratorio Asociado de Sostenibilidad y Tecnología en Regiones de Montaña (SusTEC), Instituto Politécnico de Braganza, PORTUGAL

Índice

Introducción: Una perspectiva humanista sobre la imagen corporal, la obesidad y los trastornos alimentarios -

Perspectivas europeas del proyecto *Connected4Health* 7

1. Pacientes con obesidad y trastornos alimentarios: estigmatizados y vulnerables 7
2. Campo de proyecto: Un método integrado de la medicina y las humanidades a la obesidad y TCA en jóvenes.....8
3. Manual sobre imagen corporal, obesidad y trastornos alimentarios 9

Área I - PERSPECTIVAS HISTÓRICAS Y CULTURALES SOBRE LA OBESIDAD Y LA IMAGEN CORPORAL 11

Una perspectiva histórica de la imagen corporal 13

1. Introducción 13
2. Civilizaciones prehistóricas 14
3. Antiguas civilizaciones de Oriente Próximo y el Norte de África 15
 - 3.1 Sumerios, babilonios y fenicios 16
 - 3.2 Antiguo Egipto 18
4. El periodo clásico 19
 - 4.1 Griego clásico 19
 - 4.1 Etruscos y romanos 22
5. Edad Media 25
6. Humanismo y Renacimiento 29
7. Manierismo y Barroco 33
8. Edad contemporánea 36
9. Conclusión 43

ÁREA II - PERSPECTIVA DE LAS HUMANIDADES SOBRE LA OBESIDAD Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (TCA) 4

9

1. Perspectiva humanística de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria en la República Checa 51
 - 1.1 Datos actuales 51
 - 1.2 El culto a la belleza 53
 - 1.3 El impacto de la tecnología digital 54
 - 1.4 Debate sobre la positividad corporal y el "fat shaming" en la República Checa 57
 - 1.5 Conclusión 61

2.	La doble cara de Jano: Informe local español	63
2.1	Introducción	63
2.2	Emociones y trastornos alimentarios	65
2.3	Distorsión de la imagen corporal	66
2.4	Uso de terapias artísticas: artes plásticas, música, danza y movimiento	67
2.5	Experiencia personal	70
3.	Tendencias y perspectivas de la imagen corporal en Lituania	77
3.1	Introducción	77
3.2	La imagen del cuerpo gordo en Lituania	78
3.3	La cultura de la esbeltez o llevada a la perfección	82
3.4	Conclusiones	84
4.	Perspectiva histórica y cultural de la obesidad y la imagen corporal en Portugal	87
4.1	Introducción	87
4.2	La cultura de la delgadez: estudio de caso de las portadas de revistas	89
4.3	Impacto de la comunicación de los medios de comunicación en el estigma social de las personas que padecen obesidad o trastornos alimentarios.....	91
5.	Perspectiva humanística de la obesidad y los trastornos alimentarios (TCA) en Rumanía	99
	Imagen corporal y vergüenza	99
5.1	Introducción	99
5.2	Vergüenza y control	101
5.3	Vergüenza corporal en Rumanía	102
	La cultura de la esbeltez o llevada a la perfección	103
5.4	El cuerpo humano: mitología, arte y percepción cultural	104
5.5	El sector	105
5.6	Los extremos en las jóvenes rumanas	105
5.7	Los medios de comunicación en Rumanía	106
5.8	Conclusión	107
6.	Perspectiva humanística de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria en Serbia	111
6.1	Introducción	111
6.2	Investigación sobre la obesidad y las disfunciones eréctiles en los jóvenes - Perspectiva serbia	112
6.3	Metodología	114
6.4	Resultados	115

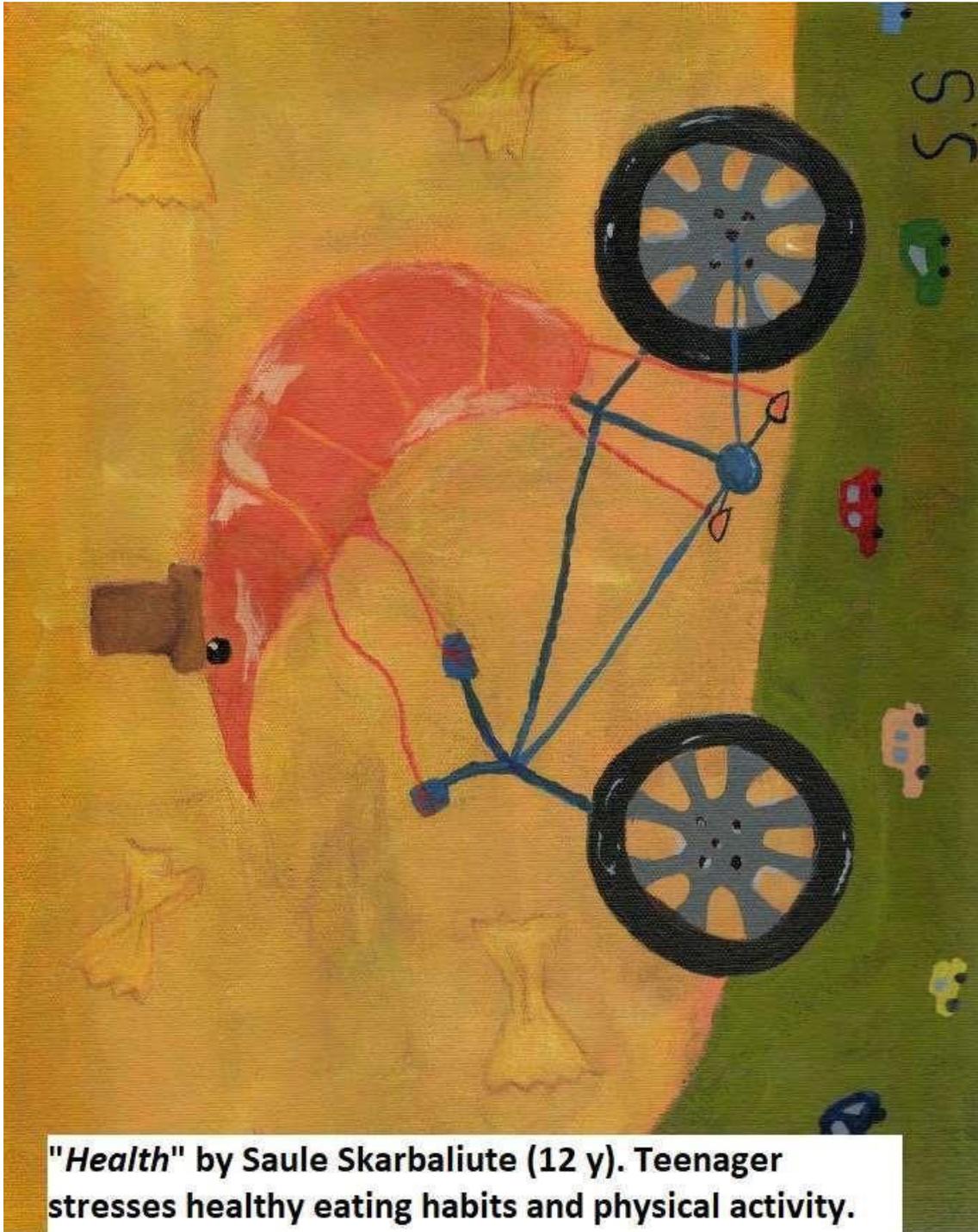
6.5	Conclusión	123
-----	------------	-----

7. Viñetas culturales y lingüísticas sobre imagen corporal, obesidad y trastornos alimentarios de seis países europeos - Informe transnacional del C4H127

Área III - CAPÍTULO DE ALIMENTACIÓN SANA PARA JÓVENES CON OBESIDAD Y COMEDORES TRASTORNOS 133

1.	Alimentación sana para jóvenes con obesidad y TCA - Informe local República Checa .	135
1.1	Prevalencia del exceso de peso	135
1.2	Prevalencia de las urgencias	139
1.3	Directrices y normas	140
1.4	Iniciativas nacionales y locales	142
1.5	Conclusión	146+
2.	Capítulo de alimentación saludable para jóvenes con obesidad y TCA. Informe local - España	149
2.1	Introducción	149
2.2	Prevalencia	150
2.3	Guías y normas	154
2.4	Iniciativas nacionales y locales	157
3.	Informe local lituano - Iniciativas nacionales de alimentación sana	163
3.1	Introducción	163
3.2	Organización de la nutrición infantil y juvenil en Lituania	164
3.3	Iniciativas del Ministerio de Sanidad para mejorar el comportamiento alimentario saludable y la actividad física en niños y adolescentes	165
3.4	Recomendaciones del Consejo Nacional de Salud sobre un sistema de nutrición infantil más saludable en Lituania	165
3.5	Recomendaciones de los especialistas lituanos en salud pública	167
3.6	Iniciativas no gubernamentales	167
3.7	Conclusiones	170
4.	Reportaje local - Portugal	173
4.1	Introducción	173
4.2	Prevalencia de la obesidad y los trastornos alimentarios en Portugal	173
4.3	Directrices y normas	178
4.4	Iniciativas nacionales y locales de fomento de la salud	180
5.	Informe local - Rumanía	189
5.1	Prevalencia	189
5.2	Guías y normas	193
5.3	Iniciativas nacionales y locales	195

6.	Obesidad y trastornos alimentarios - Informe local en Serbia	199
6.1	Introducción	199
6.2	Alimentación sana para jóvenes con obesidad y TCA - Perspectiva serbia	200
6.3	Directrices y normas	204
6.4	Fomento del bienestar: iniciativas nacionales y locales	207
6.5	Conclusión	209
7.	Datos epidemiológicos y programas nutricionales para jóvenes europeos con obesidad y trastornos alimentarios - Informe transnacional	
	213
7.1	Introducción	213
7.2	Prevalencia de datos	213
7.3	Guías y normas	215
7.4	Conclusión	218



"Health" by Saule Skarbaliute (12 y). Teenager stresses healthy eating habits and physical activity.

Introducción: Una perspectiva humanista de la imagen corporal, la obesidad y los trastornos alimentarios - Perspectivas europeas del proyecto *Connected 4Health*

Anișoara Pop

GE Palade Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología

Târgu Mureș, Rumanía.

Correo electrónico: anisoara.pop@umfst.ro

Resumen. *Este capítulo introductorio define los antecedentes, el contexto y el nicho del proyecto Connected4Health, sus objetivos generales y específicos, de los que la presente publicación representa el primer resultado. Define cómo la investigación responde a las necesidades identificadas a través de una perspectiva histórica diacrónica sobre la cuestión de la imagen corporal, la gordura y la idealización de hoy en día, así como informes nacionales sincrónicos y estudios de casos que definen la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) desde el punto de vista conjunto de la medicina y las humanidades en los países europeos que participan en el proyecto.*

1. Pacientes con obesidad y trastornos alimentarios: estigmatizados y vulnerable

Las personas con tallas corporales grandes a las que generalmente se denomina con sobrepeso, gordas u obesas (término médico) suelen ser estigmatizadas, sufren burlas, prejuicios laborales e inequidad en la contratación, así como prejuicios en las relaciones sociales de vergüenza y exclusión, o pueden tener expectativas laborales educativas inferiores. Mientras que los estereotipos de las personas gordas como acomodadas o perezosas son frecuentes en los medios de comunicación de masas, las personas con obesidad también pueden ser culpabilizadas y juzgadas erróneamente por los propios profesionales sanitarios, todo ello derivado de la creencia de que el peso es una cuestión de elecciones personales y totalmente controlable por el individuo. Dada la discriminación a la que se ven sometidas las personas gordas, no es de extrañar que sean más propensas que otras a sufrir depresión, ansiedad y baja autoestima, lo que a su vez puede conllevar una mayor probabilidad de que coman por comodidad [1].

La insatisfacción corporal se refiere a los sentimientos y pensamientos negativos sobre el propio cuerpo y a la discrepancia percibida entre la talla corporal actual y la ideal [2]. Al igual que los jóvenes con obesidad, los pacientes con trastornos alimentarios (anoréxicos, bulímicos, comedores compulsivos) tienen una baja autoestima, están insatisfechos con su imagen corporal y su peso, y tienden a aislarse, sin buscar ayuda especializada, en un círculo vicioso continuo de prejuicios-culpas-vergüenza. Según la bibliografía, los TCA se asocian con algunos de los niveles más altos de discapacidad médica y social de los trastornos psiquiátricos [3].

Causas y desencadenantes

Los retos que plantean tanto la obesidad como las TCA son complejos, con múltiples causas y factores ajenos al control personal, entre los que se incluyen influencias genéticas, biológicas, sociales y ambientales. A estos se superpusieron los periodos de aislamiento asociados al encierro de Covid-19, que han agravado aún más la situación a través de las restricciones de comunicación social y, especialmente, a través de atención constante al estigma del cuerpo gordo y el aumento de peso, tal y como reflejan los memes y chistes pandémicos, que sirven de mensaje erróneo a las personas con sobrepeso y TCA. En este contexto, cabe mencionar que el peso de un joven es un tema delicado de abordar, ya que

la anorexia y las otras TCA pasan desapercibidas, se pasan por alto y no se tratan durante largos periodos de tiempo, a pesar de estar asociadas a graves consecuencias para la salud y a altas tasas de morbilidad. Esta evidencia muestra una necesidad urgente de cambio e intervención hacia un enfoque conjunto médico, comunicativo y educativo de los jóvenes con obesidad y TCA.

2. Campo de proyecto: Un enfoque integrado de la obesidad y los TCA en los jóvenes basado en la medicina y las humanidades

La nutrición es sólo uno de los componentes del tratamiento de la obesidad, las disfunciones eréctiles y los trastornos alimentarios, y su eficacia es temporal a menos que estas enfermedades se aborden desde múltiples perspectivas, como la comunicación empática, el asesoramiento, la terapia motivacional y la actividad física personalizada, además de la medicación.

Aunque a menudo se han fomentado las redes asistenciales, poco se sabe o se ha hecho en cuanto a un enfoque integrado de la obesidad y los TCA en muchos países europeos. La adquisición de conocimientos basados en la evidencia y de habilidades complementarias para abordar y tratar a estos pacientes de forma holística puede realizarse a través de la formación médica continuada, como la promovida por el proyecto titulado *Connected4Health (C4H) - An integrated medical and humanities-based approach to obesity and EDs in young people* [4].

Socios del proyecto

Connected4Health está coordinado por el GEP UMPHST Târgu Mureş y en él participan otras seis universidades e instituciones europeas: la Universidad Palacký de Olomuc (República Checa), la Universidad de Klaipeda (Lituania), la Universidad de Belgrado (Serbia), Pixel (Italia), el Instituto Politécnico de Bragança (Portugal) y la Universidad Autónoma de Madrid (España).

Objetivos del proyecto - Un enfoque salutogénico

Los objetivos generales del proyecto Connected4Health son:

- fomentar la diversidad, los hábitos alimentarios saludables, la comprensión y el bienestar de los jóvenes de tallas diferentes;
- Sensibilizar a los grupos destinatarios (profesores, médicos de cabecera y otros médicos, residentes, estudiantes, pero también padres, personal sanitario, organizaciones juveniles, compañías de seguros, la sociedad en general, etc.) sobre el estigma y los prejuicios asociados a la obesidad y los trastornos alimentarios.
- cambiar la forma en que la población en general piensa y percibe el estigma del peso en la obesidad y las TCA y sus consecuencias sociopsicológicas (discriminación) desarrollando un enfoque de la salud pública no estigmatizador y salutogénico en lugar de únicamente patogénico.

Objetivos específicos y resultados previstos del proyecto

Más concretamente, los socios del proyecto colaboran en la elaboración de materiales didácticos y de autoaprendizaje basados en un enfoque interdisciplinar y de equipo del tratamiento de la obesidad y los trastornos alimentarios que:

- ï Fomentar la investigación, el cambio y la intervención en el abordaje y la gestión de la obesidad y los TCA que cartografíen la situación en los países participantes, mostrando y deconstruyendo el sesgo de los discursos públicos, muy agravado

por la pandemia de COVID, al tiempo que se subrayan las iniciativas y los programas locales de mejores prácticas.

- Para ello, *A Handbook on Body Image, Obesity, and Eating Disorders (Manual sobre imagen corporal, obesidad y trastornos alimentarios)*, es decir, el libro actual que se publica en las lenguas de asociación y en inglés, ofrece una perspectiva histórica y cultural de la obesidad y la imagen corporal.
 - El Manual incluye informes locales y se esfuerza por responder a algunas preguntas clave: ¿Por qué el cuerpo gordo ha llegado a ser tan vilipendiado y tachado de enfermo, objeto de discusiones y debates tan intensos sobre las maneras de reducir su tamaño a dimensiones social y médicamente aceptables?
¿Cómo contribuyen la cultura de la delgadez, la selfie-holic y el idealismo digital de las redes sociales a los trastornos y desórdenes alimentarios?
¿Cómo difieren entre lugares geográficos, entre grupos sociales y culturas?
- ï Proporcionar a los profesores/formadores de educación superior en nutrición/dietética, diabetología, endocrinología, pediatría, comunicación, psicoterapia, educación física y fitness/gestión del peso, otros profesores de medicina general que enseñan nutrición (pediatría, cirugía, medicina interna, neurología, etc.) habilidades, conocimientos, métodos y herramientas para explorar y abordar la enseñanza/formación de la obesidad y las DE a través de un enfoque transdisciplinar. El proyecto ayuda a otros especialistas de distintos campos médicos a adquirir nuevos conocimientos y competencias transdisciplinares para tratar eficazmente a estos pacientes marginados, sesgados y de alto riesgo.
 - Para ello, los especialistas del proyecto proporcionarán a los usuarios destinatarios planes de estudios interdisciplinares en forma de un programa de estudios interactivo en línea de 7 semanas de duración - *Enfoque multidisciplinar de los jóvenes con obesidad y trastornos alimentarios* - una herramienta didáctica completa para una enseñanza integrada de la obesidad y los trastornos alimentarios (que incluye recursos multimedia, evaluación, cuestionarios de evaluación sumativa y bibliografía adicional).
- ï Mejorar los conocimientos y las habilidades prácticas de los futuros especialistas (residentes, estudiantes de máster y estudiantes de años clínicos que realizan prácticas y etapas prácticas), consolidar sus conocimientos y habilidades en el abordaje de pacientes con obesidad y trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la alimentación, especialmente debido a la reticencia de estos últimos a buscar ayuda y comunicarse abiertamente, y a la dificultad de los primeros para ser abordados desde una perspectiva médica y de ejercicio físico limitada, únicamente.
 - Para ello, los socios del proyecto crearán un paquete de autoformación en línea - *Manejo eficaz de pacientes jóvenes con obesidad y trastornos de la conducta alimentaria*- que aportará más información y consolidará conocimientos y habilidades mediante entrevistas con especialistas de los países socios y diálogos simulados de buenas prácticas con pacientes.

3. Manual sobre imagen corporal, obesidad y trastornos alimentarios

Los jóvenes, los adolescentes en particular, se centran cada vez más en su aspecto y atractivo físico, siendo frecuente la insatisfacción corporal, que predice una mala salud

física y psicológica. Aunque muchos jóvenes considerados obesos o con sobrepeso se esfuerzan por luchar contra sus kilos de más, pueden sufrir discriminación, prejuicios y humillaciones, mientras que los jóvenes con anorexia y otras TCA suelen ser marginados, tachados de débiles y su estado pasa desapercibido, no se diagnostica y, por tanto, no se trata, a pesar de que estas afecciones se asocian a una elevada comorbilidad y a graves consecuencias para la salud.

Una perspectiva diacrónica y sincrónica

El presente libro viene a colmar una laguna de conocimiento en el abordaje de la obesidad y los TCA en los jóvenes. Propone una novedosa perspectiva sincrónica (europea) y diacrónica (histórica) interdisciplinar: el enfoque médico (informes de médicos locales) se enriquece con la aportación de las humanidades (informes basados en revisiones y estudios de casos).

¿Cuál es exactamente la situación en los países europeos respecto a los jóvenes con obesidad y TCA?

¿Cómo se define y representa la delgadez y la gordura, y cómo ha cambiado con el tiempo? (perspectiva histórica)

1. ¿Cuáles son las representaciones y los mensajes de la publicidad y las redes sociales en relación con la gordura, la delgadez, las dietas y la alimentación sana/insana? Cuáles son los factores de riesgo de la obesidad (publicidad de alimentos), la anorexia (presión percibida para estar delgado, internalización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal y afecto negativo) en la publicidad de los medios de comunicación locales y los medios sociales, videoclips musicales en los países participantes. (dimensión socio- humana).
2. ¿Cuáles son las actuales directrices e iniciativas internacionales/locales para concienciar y prevenir la obesidad y las urgencias a nivel europeo? (perspectiva médica)

En conclusión, *el Manual sobre la imagen corporal, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria* pretende profundizar en el conocimiento de la obesidad, los trastornos de la *conducta* alimentaria, su estigmatización y sus prejuicios desde la base (perspectiva histórica, social y personal), deconstruyendo las narrativas actuales en los discursos públicos de la publicidad y los mensajes de los medios de comunicación social (gordura frente a delgadez) y aspira a crear una nueva narrativa que contribuya a reducir el estigma y los prejuicios sobre la forma corporal.

Referencias

[1] <https://theconversation.com/what-does-fat-discrimination-look-like-10247>

[2] <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/9780195173642.001.0001/med-9780195173642-chapter-17> BLOG

<https://www.edreferral.com/blog?page=4&>

[3] <https://www.edreferral.com/blog/the-facts-about-eating-disorders>

[4] Proyecto Connected4Health: <https://connected4health.pixel-online.org/index.php>

**Área I - PERSPECTIVAS HISTÓRICAS Y CULTURALES SOBRE LA
OBESIDAD Y LA IMAGEN CORPORAL**

Una perspectiva histórica de la imagen corporal

Giordano Altarozzi

Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología *George Emil Palade*

Târgu Mureș, Rumanía

giordano.altarozzi@umfst.ro

Resumen. *Cada cultura ha desarrollado una imagen específica del cuerpo humano, asignándole una serie de significados y estableciendo modelos de referencia aceptados y a menudo contradictorios. A medida que el concepto de "cuerpo humano" ha ido cambiando a lo largo del tiempo, en función de los cambios culturales, sociales, económicos y políticos, también lo ha hecho la forma en que se ha percibido y presentado. Este estudio pretende ofrecer una introducción a la forma en que el hombre se ha relacionado con la imagen de sí mismo y cómo el cuerpo humano se ha convertido en un paradigma de referencia para expresar una visión del mundo específica para cada edad.*

1. Introducción

A lo largo de la historia, la humanidad siempre ha estado preocupada por la imagen que tiene de sí misma. El cuerpo humano se ha convertido así en objeto de estudio y profundización, pero también en instrumento a través del cual artistas, escritores y filósofos construirían una imagen colectiva. Cada época, cada civilización, independientemente del tiempo y del lugar, ha sentido a su vez la necesidad de desarrollar una representación específica de la figura humana, capaz de satisfacer sus necesidades estéticas, simbólicas y culturales. La representación corporal, tal y como la conciben todas las épocas y todas las civilizaciones y culturas, puede considerarse un reflejo directo de la autopercepción, así como un espejo de lo que nuestro cuerpo significa para los demás. El estudio de la evolución de la imagen corporal presupone una cartografía de las distintas formas en que se ha construido la imagen de uno mismo y de los demás a lo largo de la historia.

La pluralidad de interpretaciones y representaciones del cuerpo en distintos momentos históricos y espacios culturales dificulta cualquier intento de definición unitaria. Más allá del aspecto cronológico y cultural, la dificultad de definir el cuerpo representado deriva de otro aspecto. En cuanto a su interpretación, la forma en que se retrata, descifra y transmite, el cuerpo humano siempre se ha percibido como un todo, compuesto tanto de elementos físicos como espirituales. Cuerpo y alma, material y espiritual, inmanente y trascendente, bueno y malo son las dicotomías que confluyen en la forma en que se expresa la imagen corporal. El hombre siempre se ha considerado un organismo complejo, de hecho, el mecanismo más complejo que jamás haya existido, y esta extraordinaria complejidad procede precisamente de su doble naturaleza espiritual y material, respectivamente. Esta compleja estructura, ya arquetípica, se transmite con mayor claridad en el mito fáustico: Fausto renuncia a su alma -por tanto, a su parte espiritual- a cambio de satisfacer todos sus deseos corporales y mundanos. Su trato con el Diablo, sin embargo, puede tener lugar precisamente porque ambas partes -el cuerpo y el alma- pertenecen a Fausto, es decir, son partes del yo de las que puede disponer.

Definir y elaborar sucesivas interpretaciones del cuerpo humano en términos de "entidad humana" pertenece principalmente a la filosofía, en gran parte debido a la dualidad contradictoria del concepto de cuerpo humano. A través de esta continua elaboración y reelaboración, la imagen corporal ha sufrido una "mutación", pasando con bastante rapidez del estatus de manifestación natural de la vida al de tema cultural y simbólico. Esta evolución es bastante visible en el caso de la cultura y la filosofía

occidentales, pero debe afinarse para las grandes civilizaciones orientales, donde cuerpo y alma se funden en una entidad unitaria, y el dualismo filosófico se manifiesta de forma menos radical que en el pensamiento occidental, y especialmente helénico. La imagen corporal más integrada y unitaria de las civilizaciones orientales depende de una sensibilidad especial que manifiestan hacia los temas religiosos. La producción filosófica, artística y literaria asiática -y, en general, la del mundo extraeuropeo, incluida también en la civilización europea, América en la era de los descubrimientos post-geográficos- está fuertemente vinculada a aspectos y cuestiones religiosas, funcionando la imagen corporal como elemento de elección para la representación de la divinidad, como demuestra, por ejemplo, el mito cosmogónico chino de P'an-ku, descrito por Mircea Eliade, nacido: "en la época en que el Cielo y la Tierra eran un caos parecido a un huevo". Cuando P'an-ku muere, su cabeza se convierte en: "un pico sagrado, sus ojos se convirtieron en el sol y la luna, su grasa en los ríos y los mares, el pelo de su cabeza y su cuerpo en árboles y otras plantas" [1]. Como reconoce el propio Eliade, este mito no es en absoluto aislado, ya que su tema fundamental está presente en numerosos mitos cosmogónicos de civilizaciones extraeuropeas [2]. Analizando este arquetipo religioso, es evidente que para las civilizaciones extraeuropeas la importancia de la figura humana tiene raíces profundas, que llegan hasta la creación del propio universo, aunque a veces pueda identificarse una finalidad estética más claramente definida.

Empezando por los primeros usos con fines simbólicos, pasando por la canonización del mundo clásico, las representaciones distorsionadas de la Edad Media, el verdadero culto al cuerpo expresado por la civilización renacentista, la continua tensión corporal entre el éxtasis y el martirio propia del Barroco de la Contrarreforma, hasta las perturbaciones culturales del siglo XX, la historia del cuerpo imaginado es una serie de interpretaciones sucesivas y a menudo contradictorias. Así pues, la imagen corporal es funcional para describir simbólicamente la visión del mundo (o "weltanschauung", por utilizar un término filosófico alemán) propia de la sociedad que la expresa y, en consecuencia, la afirma.

En el presente enfoque, constructivista por vocación, recurriremos principalmente a fuentes artísticas y literarias, sin descuidar por completo los conceptos y claves de interpretación procedentes de otros campos de investigación. El objetivo último es ofrecer una lectura clave de cómo el hombre se ha percibido a sí mismo, manifestando a través de su autoimagen los valores y la visión del mundo propios de cada época y espacio cultural.

2. Civilizaciones prehistóricas

El proceso de reconstrucción de la imagen corporal de las civilizaciones primitivas es intrincado no necesariamente porque carezcamos de fuentes escritas. A pesar de los enormes avances de la arqueología, sobre todo en los últimos tiempos, nuestros conocimientos sobre nuestros antepasados siguen siendo fragmentarios e imperfectos, y cualquier interpretación corre el riesgo de verse dramáticamente trastocada por los nuevos descubrimientos que se producen casi a diario en todo el mundo.

Sin embargo, las excavaciones arqueológicas han proporcionado abundantes fuentes que atestiguan que, desde sus inicios, el ser humano ha sentido la necesidad y ha intentado representar el cuerpo humano, aunque utilizando formas e hipótesis diferentes. En sus inicios, el arte funciona no sólo como un lenguaje útil para expresar experiencias, sino sobre todo como una forma de interacción con las fuerzas naturales y con el mundo trascendente. Esta función de medio de comunicación entre diferentes planos de existencia surge desde las primeras formas de representación del cuerpo humano, como demuestran las pinturas rupestres del Paleolítico, y especialmente la transformación simbólica del cuerpo

femenino, visible en una serie de artefactos de diferentes épocas y zonas geográficas, todos ellos con los mismos temas fundamentales. Generalmente denominadas "Venus", estas estatuillas -la más conocida de las cuales es la llamada "Venus de Willendorf", que data de los años 30.000 y 22.000 a.C. (fig. 1)- son las primeras formas de representación escultórica del cuerpo humano. Estos primeros artefactos reproducen un cuerpo femenino definido por las generosas formas de los pechos, las caderas y el vientre. A pesar de su pequeño tamaño, las estatuillas muestran ya toda la complejidad de las obras de arte, dotadas de significado simbólico y conceptual. Para analizar únicamente la llamada "Venus de Willendorf", se trata de una pequeña estatuilla -sólo 11 cm- que reproduce a una mujer obesa, pero la manera es profundamente realista, combinando la forma naturalista del tema con esquemas estilísticos propios de Arte paleolítico [3]. Las formas generosas, incluso obesas, de la imagen se han interpretado como un símbolo de fertilidad, probablemente relacionado con el culto a la Diosa Madre. Es muy probable que este deseo de utilizar el cuerpo femenino con fines simbólicos esté relacionado con las necesidades primarias que sentían las primeras comunidades humanas: la reproducción y, por tanto, la perpetuación de la especie [4], el acceso a los alimentos y la capacidad de sobrevivir a las hambrunas [5], lo que probablemente condujo de forma más o menos consciente a la idealización de las formas generosas del cuerpo femenino, mientras que los cuerpos masculinos se representan con formas más delgadas, necesarias para el acceso a los recursos alimentarios en un sistema social organizado en grupos de cazadores-recolectores, como muestran las escenas de caza de las pinturas rupestres, como las de la Cueva del Caballo de la Valltorta (España; fig. 2).

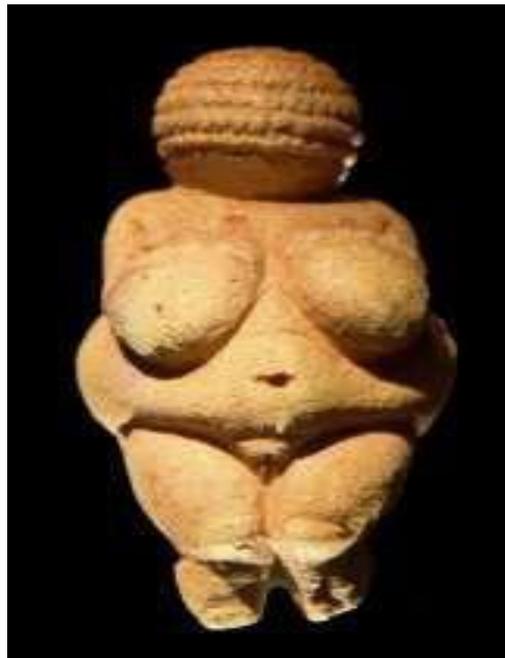


Fig. 1 - Venus de Willendorf (Naturhistorisches Museum, Viena)

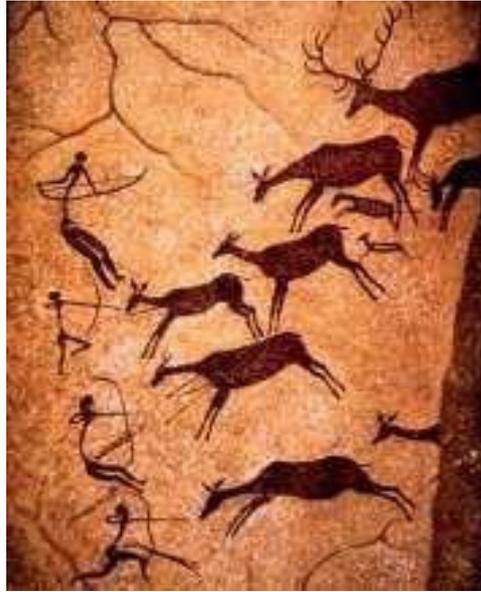


Fig. 2 - Pinturas rupestres con episodios de caza (Cueva de los Caballos en Valltorta, España)

3. Antiguas civilizaciones de Oriente Próximo y el Norte de África

Al pasar de la prehistoria a la historia, es imperativo comenzar nuestro análisis por el Creciente Fértil, territorio considerado con razón la cuna de las primeras grandes civilizaciones humanas, Sumerios, babilonios y fenicios.

Tradicionalmente, el Creciente Fértil se considera la cuna de la civilización humana. El denominador común que se exige en las distintas culturas específicas es el uso de la imagen humana con una doble finalidad religiosa y encomiástica. En consecuencia, la representación humana sigue un canon estereotipado desprovisto de un alto grado de complejidad. Un ejemplo es la Bandera de Ur (fig. 3), una caja de madera perteneciente a las primeras dinastías sumerias, que representa una serie de figuras, representadas en tres registros, y cuyo objetivo es celebrar los éxitos militares de Ur. Curiosamente, la representación humana hace caso omiso de las proporciones y los detalles naturalistas, ya que los cuerpos se representan de forma desproporcionada en comparación con la cabeza, que es mucho más grande. También cabe mencionar que, a diferencia de los vencedores, los enemigos derrotados son retratados fuera del canon y están desnudos, lo que demuestra que el desnudo es un símbolo negativo.

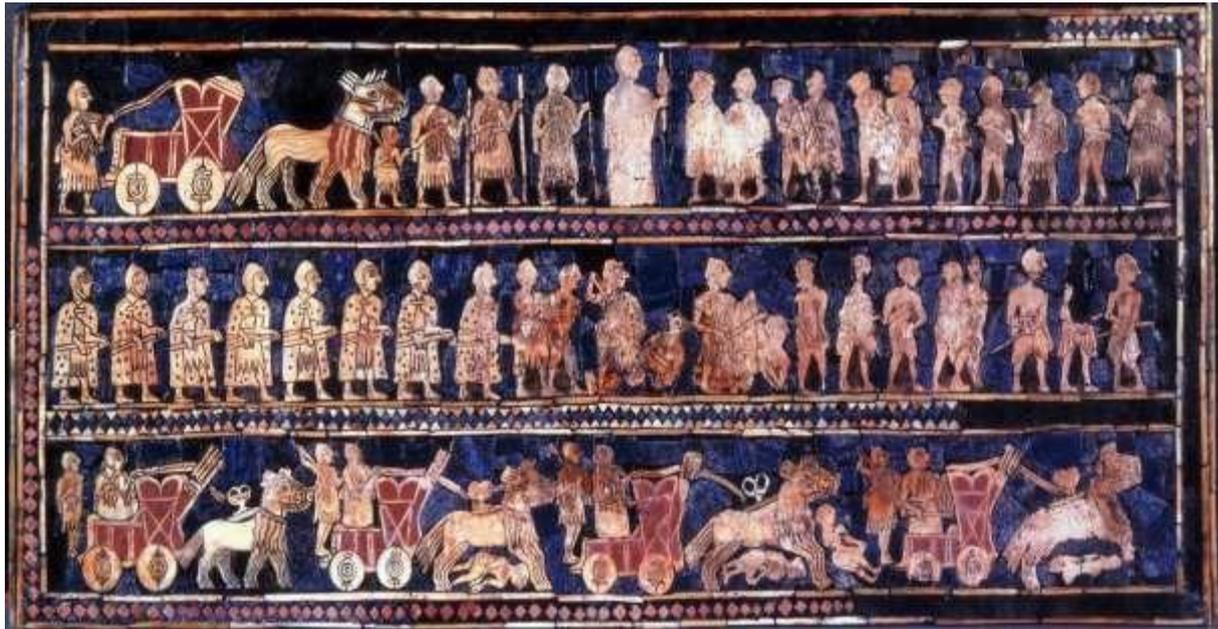


Fig. 3 - La bandera de Ur (Museo Británico, Londres)

A pesar de las diferencias estilísticas, el establecimiento del imperio acadio por Sargón el Grande no conlleva cambios fundamentales en la representación de la imagen corporal y su finalidad. Por el contrario, durante este periodo se observa una amalgama de los dos fines atribuidos a la imagen humana por la civilización sumeria: el religioso y el encomiástico.

La mezcla de ambas es bastante evidente en la llamada Estrella de Naram-Sin (fig. 4), que describe el auge del imperio acadio bajo el gobierno de Naram-Sin. En este bajorrelieve tallado en piedra caliza se aprecia una mayor atención a la conservación de las proporciones y a ciertos detalles naturalistas, aunque siga siendo visible el estereotipo de la imagen corporal. El propósito encomiástico es claro: la imagen del rey es casi el doble de grande que las otras, que representan los cuerpos de soldados enemigos derrotados. Al mismo tiempo, el rey apunta notablemente hacia el cielo, donde brilla un sol estilizado, símbolo de la divinidad. Estos elementos nos permiten identificar una primera asociación del soberano con la divinidad, que se expresará de forma más conmovedora en la civilización del antiguo Egipto, donde el faraón es considerado divino y, por tanto, se le rinde culto. Una vez más, el desnudo se utiliza con una connotación negativa -según el canon típico del arte sumerio anterior- y se asigna a los enemigos, mientras que el rey triunfante y sus tropas aparecen completamente vestidos y armados.



Fig. 4 - *Estrella del Naram-Sin* (Museo del Louvre, París)

El arte babilónico no aporta cambios sustanciales en la reproducción de la imagen corporal. La finalidad encomiástico-religiosa sigue siendo dominante, como ilustran los bustos y estrellas de distintos soberanos. Ejemplos en este sentido son la Estrella de Hammurabi -el más famoso de los reyes babilonios-, pero también la Tabla de Shamash (o Tabla del Dios Sol). De hecho, en el arte babilónico se presta mayor atención a la reproducción de los detalles anatómicos, aunque el canon compositivo permanece fundamentalmente inalterado, es decir: representación del cuerpo y el ojo de frente, mientras que la cabeza y las piernas aparecen de perfil.

De las civilizaciones mesopotámicas, la asiria es la única que empleó sistemáticamente imágenes del cuerpo humano. Los asirios crearon un poderoso imperio centrado en lo militar. El papel encomiástico de la producción artística es, pues, mucho más fuerte en comparación con el de civilizaciones anteriores, ya que el arte está destinado a promover la imagen pública del imperio y de sus soberanos. Las figuras humanas muestran un equilibrio mucho más acentuado entre la representación naturalista y la estilización. Las partes expuestas del cuerpo se representan cuidadosamente con detalles anatómicos, aunque el desnudo sigue teniendo connotaciones negativas. El bajorrelieve que representa al rey Sargón II y a un dignatario (fig. 5) es un ejemplo de la mayor atención asignada al elemento anatómico, incluido el intento de reproducir con mayor precisión el perfil de la figura.



Fig. 5 - Bajorrelieve con Sargón II y un dignatario (Museo Británico, Londres)

3.1 Antiguo Egipto

El antiguo Egipto, considerado habitualmente como el precursor de la civilización occidental, debería considerarse más exactamente como el eslabón entre los mundos asiático y europeo. Este papel de plataforma giratoria entre Oriente y Occidente queda demostrado por su historia milenaria, en la que Egipto mantuvo relaciones -no siempre pacíficas- con los pueblos de Mesopotamia, Palestina y Persia, así como con la cultura grecorromana que se impondría más tarde en la cuenca mediterránea.

La antigua civilización egipcia siempre había prestado especial atención al cuerpo humano e, implícitamente, a su uso simbólico. La importancia asignada al cuerpo humano se deriva de la mayor consideración que los antiguos egipcios mostraban por el cuidado del cuerpo tanto durante la vida como después de su muerte física. Dichos en el arte médico, que se basaba en el análisis pragmático de los mecanismos del funcionamiento físico, los egipcios eran extremadamente prudentes en cuanto al cuidado del cuerpo incluso y después de la muerte, como demuestra la práctica del embalsamamiento, a pesar de que sólo se aplicaba de forma selectiva, para determinados estratos sociales. Ni que decir tiene, pues, que los antiguos egipcios fueron de las pocas civilizaciones que desarrollaron un método codificado de representación del cuerpo, aplicado tanto en la escultura como en la pintura. El método consiste en dibujar la imagen humana dentro de una "cuadrícula" que funcionaba como referencia para la colocación de las distintas partes anatómicas (fig. 6 - El canon egipcio y el sistema de representación, véase: <https://www.studiarapido.it/wp-content/uploads/2017/11/canone-egizio1.jpg>).

Aunque el sistema indica una atención especial a la representación del cuerpo (en realidad, tanto para los humanos como para los animales, necesaria para preservar las proporciones correctas), su uso conduce a una marcada rigidez de la representación humana. Se sacrifica la fidelidad naturalista en favor de las proporciones. Por tanto, la imagen corporal se representa de forma estereotipada, la cabeza y las extremidades en vista de perfil, y el cuerpo en vista frontal. Asimismo, las ropas -siempre presentes en la representación egipcia- desempeñan un papel esencial en la composición pictórica, sirviendo de nexo entre sus diferentes planos.

La especial atención prestada a la representación de la figura humana según un canon matemático ilustra en realidad la perspectiva fundamental de la antigua

civilización egipcia. La armonía que rige el universo se ilustra más fielmente mediante la armonía numérica. Partiendo de este principio, el hombre debía representarse según normas proporcionales específicas, dictadas precisamente por el canon pictórico. A pesar de la voluntad de racionalizar la imagen humana, sublimada por un canon rígido y tendente al estereotipo, hay que reconocer la especial atención prestada a la caracterización del cuerpo, como es evidente, por ejemplo, en la estatua de madera de Kaaper (fig. 7), en la que los detalles fisonómicos están extremadamente cuidados, al igual que otros detalles como las mayores dimensiones, que demuestran un estatus social privilegiado, pero también un estilo de vida sedentario relacionado con el trabajo.



Fig. 7 - Estatua de Kaaper (Museo Egipcio de El Cairo)

En conclusión, la antigua civilización egipcia desarrolló un rico reflejo intelectual y artístico del cuerpo humano, reflejo que despliega una amplia gama de valores estéticos y simbólicos, destinados a representar un hito para las civilizaciones vecinas, tanto de Oriente Próximo como de la cuenca mediterránea.

4. El periodo clásico

Aunque las grandes civilizaciones antiguas del área extraeuropea muestran cierto interés por la imagen corporal, dictado por diversos fines, el hombre se convierte en el principal tema de análisis intelectual con las grandes civilizaciones europeas. Desde la antigua Grecia hasta la civilización latina, pasando por las experiencias nada desdeñables del helenismo o de las culturas itálicas, el hombre y, como tal, su imagen corporal se convierte en el tema central de todos los campos del saber, sentando las bases de una visión duradera del ser humano, hasta las reformulaciones del mundo moderno y, especialmente, de las "fracturas de la modernidad" *6+ que lo caracterizan.

4.1 Griego clásico

La imagen del cuerpo en la antigua civilización helénica, con sus características de belleza y armonía, está estrechamente vinculada a la centralidad humana. Así, el antropomorfismo característico del arte helénico deriva de la visión racional profundamente inherente a esta civilización. La realidad trascendente e inmanente -tanto natural como humana- se reduce a un sistema orgánico, a un orden superior en el que todos los elementos se integran perfectamente. Al representar la figura humana, la cultura helénica pretende reflejar simbólicamente y alegóricamente el macrocosmos del universo dentro del microcosmos humano.

Las deidades olímpicas, los héroes mitológicos -humanos y al mismo tiempo semidioses- representan fuerzas positivas de la razón y la belleza, capaces de imponerse a las fuerzas irracionales que representan las distintas figuras monstruosas a las que se enfrentan. La relación dialéctica entre lo bello y lo racional, por un lado, y la degeneración física e irracional, por otro, subraya el valor de modelo absoluto que la

antigua civilización griega atribuye al cuerpo humano.

Más que en el caso de las civilizaciones extraeuropeas analizadas anteriormente, la Grecia clásica aporta un claro solapamiento entre estética y ética, que se define por el concepto específico de "kalokagathia" [7]. El término incluye dos adjetivos, *kalos*, que describe la perfección exterior (es decir: "bella"), y *agathos*, que define la perfección interior (que podría traducirse como "buena", e s d e c i r : moral). De hecho, tanto el arte como la literatura griegos -desde sus primeras formas de manifestación- definen al héroe positivo como bello y virtuoso al mismo tiempo.

Baste recordar el retrato de Tersites en uno de los pasajes más conocidos de la "Ilíada", donde habla contra Agamenón [8] y es confrontado y reducido al silencio por Odiseo, el héroe positivo que, de todos los protagonistas de las novelas homéricas, representa la personificación de la razón. Tersites, como antihéroe, se convierte en un *topos* del arte helénico, de la literatura y de la cultura clásica en general, siendo aún empleado en el siglo II d.C., como demuestra una imagen tallada en un sarcófago de Asia Menor, con Aquiles, el héroe positivo, tirándole de los pelos (fig. 8). Cabe destacar que, a diferencia de las civilizaciones mesopotámicas o incluso del antiguo Egipto, en el ejemplo mencionado el héroe aparece desnudo, mientras que el antihéroe está completamente vestido, lo que subraya que la civilización helénica invierte por completo la relación con la desnudez, adquiriendo ésta un valor positivo.



Fig. 8 - Sarcófago de Aurelia Botania Demetria (detalle; Museo Arqueológico de Antalya, Turquía)

No es de extrañar, por tanto, que la imagen corporal helénica esté higiénicamente idealizada. La tendencia a la abstracción es evidente en la descripción de la forma del cuerpo, en un intento de trascender los límites de la individualidad y representar paradigmas universales. Dicho de otro modo, se identifica claramente el deseo de sintetizar dos tendencias aparentemente opuestas: por un lado, una representación fiel de los aspectos naturalistas y, por otro, un enfoque matemático y racional propio del pensamiento filosófico. La reproducción de la naturaleza humana se enriquece con el arte griego, que alcanza una cima de realismo durante el periodo clásico, superando así el esquematismo y la estilización propios de las civilizaciones extraeuropeas. Concomitantemente, el naturalismo propio del arte helénico -y especialmente de la escultura-, aun surgiendo de una observación detallada de la realidad, se esfuerza por retratar *al hombre*, no al individuo.

Un rasgo definitorio viene dado por la búsqueda casi espasmódica de proporciones ideales prescritas por normas que determinan la relación entre las partes constituyentes y entre éstas y el todo. Entre estos cánones, el elaborado por Policleto en el siglo V a.C. [9] representa un modelo consagrado. Sin embargo, es necesario un cierto nivel de abstracción para lograr una armonía global, y esto lo garantiza la relación matemática entre los elementos constitutivos del cuerpo humano.

Otro elemento central de la imagen corporal de la Antigua Grecia es el desnudo, asignado a personajes positivos con una función idealizadora. El desnudo heroico está atestiguado desde las primeras formas de representación del cuerpo humano desarrolladas por los antiguos griegos. El cuerpo humano desnudo tiene una finalidad idealizadora, elevando al ser humano al nivel de símbolo de la perfección divina. Inicialmente, sin embargo, este rasgo sólo se atribuía al cuerpo masculino. Así, si convencionalmente los *kouroi* ("chicos"; fig. 9) se representan sin ropa, su equivalente femenino llamado *korai* ("chicas"; fig. 10) van vestidas.



Fig. 9 - Kouros de Nueva York (Museo Metropolitano de Arte, Nueva York)



Fig. 10 - Kore Acrópolis (Museo de la Acrópolis, Atenas)

Aunque se caracterizan por una marcada rigidez, los ejemplos mencionados atestiguan un especial cuidado por los detalles anatómicos, desconocido en otras experiencias artísticas anteriores. El énfasis en el aspecto naturalista, en la reproducción exacta de la fisonomía humana, sigue aumentando, alcanzando su punto culminante con la escultura de los siglos VI y V a.C., época de altísimo nivel de realismo. No obstante, se mantiene el papel de la imagen humana como perfección del universo de personificación, que se expresa, por ejemplo, en el rostro estandarizado e impersonal.

Por lo tanto, cualquier representación del cuerpo humano que muestre un mínimo de imperfección simplemente se descarta. El hombre ideal de la civilización helénica es joven, esbelto, atlético, sano, con un cuerpo armoniosamente construido. Se descarta cualquier elemento negativo, cualquier signo de vejez, enfermedad o defecto. Esto explica por qué la civilización helénica clásica no dejó pruebas de obesidad ni de trastornos alimentarios [10]. Sólo más tarde, a partir del siglo IV a.C., comenzó a diversificarse la representación de los seres humanos, junto con el sincretismo cultural característico del periodo helenístico. A diferencia de la época clásica, el periodo helenístico se caracteriza por una mayor atención a los aspectos realistas. La imbricación entre ética y estética establecida a lo largo del periodo helenístico se hace más sutil. En cuanto a la búsqueda del realismo de la figura humana, se observa un abanico de temas, mientras que a la atlética figura del joven se añaden otras representaciones de personas de distintas edades, desde la infancia hasta la vejez, sin descuidar tabúes antes considerados, como los relacionados con la enfermedad, la decadencia física o moral. Las pasiones, los vicios y el sufrimiento corporal se presentan con un patetismo adicional que expresa un dramatismo único, como muestra el famoso "Laocoonte y sus hijos" de los Museos Vaticanos (fig. 11).

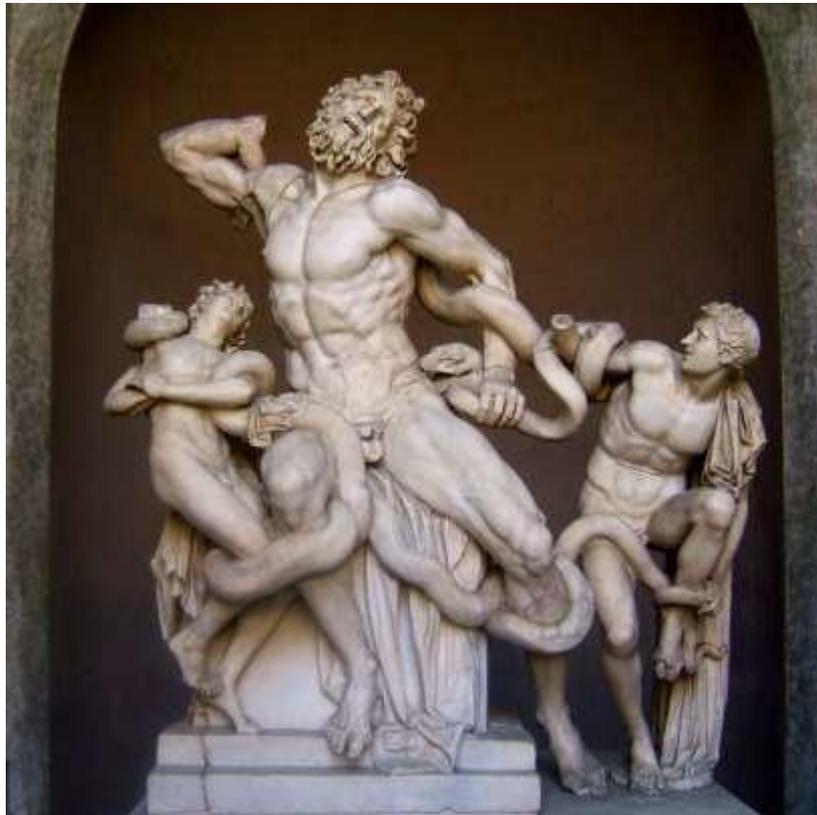


Fig. 11 - *Laocoonte y sus hijos* (Museos Vaticanos, Roma)

4.1 Etruscos y romanos

La idealización del cuerpo humano, específica de la cultura helénica, desaparece en el contexto cultural de la península itálica. Tanto en el contexto cultural etrusco como en los sucesivos romanos, especialmente la cabeza se convierte en el principal foco de atención del cuerpo humano.

En cuanto a la civilización etrusca, de la que aún se desconocen en gran medida sus elementos definitorios debido a la imposibilidad de descifrar su lengua, es evidente su concentración en la cabeza, y especialmente en las expresiones faciales, frente al resto del cuerpo, apareciendo este último mucho más estilizado, sin destacar el elemento naturalista. Este enfoque es evidente, por ejemplo, en el famoso "Sarcófago de los novios" de Cerveteri (fig. 12), cerca de Roma.



Fig. 12 - Sarcófago de los *novios* (Museo Nacional Etrusco de Villa Giulia, Roma)

Probablemente del siglo VI a.C., el sarcófago triclinico presenta a una pareja de novios, tumbados, probablemente durante un banquete. Sus detalles permiten ciertas interpretaciones relacionadas con: el estatus social privilegiado de la pareja, la paridad entre mujeres y hombres (a diferencia de la cultura latina, las mujeres etruscas parecían ser aceptadas en los banquetes). En cuanto a la imagen corporal, las esculturas etruscas muestran poca atención a los detalles físicos. Los cuerpos se representan de forma casi estilizada, mientras que la estructura orgánica propia de la cultura helénica desaparece. Aunque la cabeza muestra una presentación más detallada en comparación con el resto del cuerpo, está claro que en la escultura etrusca no se busca un modelo ideal, ni se persigue la caracterización individual de una persona.

La civilización etrusca ejerce una enorme influencia en la formación de la sucesiva civilización latina, que depende del servilismo político, económico y cultural de la Roma primitiva (señalar que, según la tradición, los dos últimos reyes de la Roma monárquica son etruscos). La centralidad de la cabeza en la representación de la imagen corporal se encuentra en la predilección romana por los retratos. Esta representación, que favorece la cabeza en detrimento del cuerpo, tiene motivos religiosos, y está particularmente vinculada al culto romano especial de los antepasados, pero también a elementos sociales y políticos, ya que según un acto legislativo, el llamado "ius imaginum", sólo las familias capaces de demostrar un origen antiguo tienen derecho a exponer las imágenes de sus antepasados [11].

La cabeza se convierte así en el elemento físico que representa y transmite la personalidad profunda de la persona, acentuando su individualidad. Se puede afirmar, por tanto, que la civilización latina trastocó el punto de vista griego sobre la imagen corporal. Para los griegos, la imagen corporal debía definir al "hombre" (el general) en detrimento de la "persona" (el individuo); con los romanos, esta perspectiva se invierte y el retrato debía rendir a la "persona" (el individuo), en detrimento del "hombre" (el general). Por ello, siempre que se presenta un cuerpo humano en su totalidad, la mayoría de las veces se utiliza el cuerpo como soporte de la cabeza, estando el primero generalmente cubierto o revestido.

A pesar de una influencia estilística que sería más evidente durante el periodo imperial, esta evolución depende en gran medida de un enfoque de la vida sustancialmente diferente. Al enfoque especulativo helénico, que privilegia el idealismo filosófico, se contraponen una cultura pragmática, que construye todo su universo de

valores sobre una base más material e inmanente. Roma prefiere los aspectos más pragmáticos a los grandes sistemas filosóficos, concentrándose en las estructuras militares y los elementos concretos: el ejército, la arquitectura y, sobre todo, los acueductos, así como el sistema viario, elementos fundamentales sobre los que se construye la eminencia de Roma.

Ciertos cambios se inician con el periodo tardorrepblicano y especialmente durante el periodo imperial, cuando se percibe una mayor influencia del arte y la cultura griega y la imagen corporal comienza a seguir el canon helenístico estandarizado. Así, especialmente en el retrato imperial, la figura recuerda a las estatuas de origen griego, con especial atención a los detalles anatómicos. A menudo, la figura se representa desnuda y se caracteriza por la misma armonía que tiende a idealizar el cuerpo humano, propia de la civilización helénica. Sin embargo, incluso en estos casos, la imagen creada por los artistas romanos sigue destacando el realismo, relacionado básicamente con la representación del rostro.

Podríamos añadir que las diferencias fundamentales entre las civilizaciones griega y romana se muestran desde otra perspectiva. A diferencia del mundo griego, unificado culturalmente pero no políticamente, Roma es una potencia política basada en el éxito militar. Los triunfos y las victorias se celebran en obras de distinta naturaleza, desde escritos históricos, que representan una vertiente específica de la literatura latina (que, sin embargo, tiene un modelo en los historiadores griegos anteriores), como los de Tácito, Suetonio o incluso Julio César, hasta obras de arte que incluyen arcos triunfales o columnas narradas (por ejemplo: la Columna de Trajano; fig. 13).



Fig. 13 - Columna Trajana en Roma (detalle)

Una vez más, la diferencia de diseño en términos de imagen corporal entre las civilizaciones helénica y romana es evidente. Los griegos prefieren los temas mitológicos, que utilizan el cuerpo humano como modelo ideal de la armonía del universo; los romanos, por su parte, prefieren los temas históricos, con un mayor grado de fidelidad en la representación de la imagen corporal, que tiene una sólida finalidad encomiástica y propagandística.

Frente a la época clásica, en el periodo imperial tardío se manifiesta un cambio relevante. Las influencias orientales se hacen más evidentes, sobre todo en lo que respecta a la visión fundamental del poder divino y la naturaleza del emperador. Aunque desde los primeros siglos de nuestra era se observa una cierta tendencia a la sacralización del poder político, este elemento es definitorio en el periodo maduro del imperio. Los emperadores romanos, a menudo de dimensiones colosales, subrayan el

valor simbólico de la figura humana. La imagen corporal está llamada a resaltar el aspecto sagrado de la majestad. La expresividad hierática de la figura humana viene dada por una representación antinatural del cuerpo humano: el rostro pierde sus rasgos realistas propios de la escultura clásica, representándose frontalmente, como en los retratos y máscaras funerarias de los faraones egipcios, primeros ejemplos de soberano divinizado. Sus colosales dimensiones transmiten una sensación de grandeza desconocida en las representaciones de épocas anteriores. La propia rigidez de la composición, a su vez antinatural, pone de relieve el carácter especial, casi divino, del emperador. La figura humana adquiere así una nueva finalidad, el cuerpo humano se convierte en un instrumento a través del cual se pone en primer plano la excepcionalidad del poder imperial, como la de Dios. La continua afirmación del cristianismo, convertido en religión oficial del Imperio durante el reinado de Teodosio I, pero tolerado desde Constantino el Grande, contribuye a consolidar el valor simbólico de la figura humana. La propia visión del cuerpo humano experimenta cambios significativos. Alejándose parcialmente de la visión romana de la naturaleza y el papel del cuerpo humano, y redescubriendo la tradición filosófica socrático-platónica del cuerpo humano como prisión del alma [12], la representación corporal pierde el naturalismo grecorromano en favor de un enfoque constante en el elemento trascendente. Así, el cuerpo humano comienza a representarse de forma bastante esquemática y simplificada, mientras que ciertos detalles, como los ojos que reflejan el alma, se ponen de relieve (fig. 14).



Fig. 14 - La estatua colosal del emperador Constantino I (Museos Capitolinos, Roma)

La pérdida de realismo es funcional a otro aspecto. La sociedad que se había ido estructurando desde la época tardo imperial, y que se consolidaría a principios de la Edad Media, es más rígida. La nueva estructura social, más cerrada, se manifiesta a través del empleo generalizado de proporciones jerárquicas. Ya visibles en la tradición del Imperio tardío, las nuevas tendencias se consolidan y normalizan en el Imperio bizantino, continuador de la tradición imperial de Roma. Con el establecimiento definitivo del cristianismo, sobre todo a partir del siglo V d.C., la representación del cuerpo a través de la escultura se limita notablemente. La nueva religión oficial del imperio, aún insegura de su estatus y aplicando el segundo mandamiento, pretende evitar cualquier forma de expresión que pueda recordar a las divinidades paganas. Los relieves y, sobre todo, los mosaicos se convierten en los principales canales a través de los cuales se representa la imagen del cuerpo; son, sin embargo, representaciones fragmentadas, desprovistas de naturalismo,

que transmiten un sentido conspicuo de la sacralidad del poder, que es a la vez religioso y político. El cuerpo humano y toda la realidad física se subliman, adquiriendo un significado simbólico más claramente visible.

El mundo antiguo toca a su fin, y la Edad Media, con esa derrota del cuerpo magistralmente descrita por el historiador medieval francés Jacques Le Goff, se vislumbra en el horizonte [13].

5. Edad Media

El paso de la Antigüedad a la Edad Media representa un cambio radical de la percepción del cuerpo humano en la mentalidad colectiva. La Edad Media está dominada y definida por la religión y la cuestión de la redención del alma, un cambio de paradigma que se hace evidente en la ausencia general de desnudos representaciones, mantenidas sólo parcial y exclusivamente para temas religiosos, como la crucifixión de Jesucristo, pasajes del Génesis o escenas martiriales de los primeros santos. Asimismo, el cuerpo desnudo se emplea a veces en escenas de juicio, pero siempre para describir cuerpos pecadores condenados al infierno eterno.

La Edad Media considera que el lado terrenal y material del hombre es débil, vulnerable a la tentación y propenso al pecado. Más que ser la prisión del alma en la tradición platónica, la Edad Media veía el cuerpo humano como la fuente del mal, a menudo asociado con la muerte y el pecado, que representa la muerte del alma. El modelo positivo de conducta es el que mortifica el cuerpo. El ascetismo, mediante el arrepentimiento y la mortificación, que presuponen la abstinencia de los placeres corporales, la renuncia a la vida mundana y la proclamación de la espiritualidad se convierte en el modelo virtuoso de vida.

La representación corporal, mortificada y sacrificada en sus manifestaciones hedonistas, encuentra, sin embargo, una oportunidad de afirmación en la representación del sufrimiento físico. Las imágenes de santos y mártires torturados y asesinados en atroces tormentos recuerdan la victoria del alma contra el cuerpo. El énfasis en la vida ascética determina una predilección por los cuerpos flexibles y demacrados, en algunos casos cercanos a la anorexia. Por otra parte, la grasa corporal se condena como pecaminosa y tolerante de una conducta reprobable [14]. Además, el imaginario medieval desarrolla un mito real del monstruo, omnipresente en la mente colectiva de la época, símbolo de la fornicación, el pecado, el vicio y, en definitiva, del poder demoníaco. Estas figuras, comunes en todas las formas de la cultura medieval, dan testimonio de una mentalidad profundamente atormentada por la condenación del alma [15]. En una época violenta, en la que el sufrimiento y la muerte son realidades cotidianas, el bienestar físico se vuelve insignificante, incluso peligroso para la salvación del alma.

Junto con la primacía de lo trascendente sobre lo inmanente, la estructura social de la Edad Media influye a su vez en la percepción del cuerpo. La sociedad medieval lleva a cabo el cambio de estructura social que había comenzado a finales de la Antigüedad. En Occidente, el colapso del Imperio Romano deja un vacío de poder que se traduce en la desintegración de los centros de poder. El gran comercio internacional se reduce y los nuevos centros políticos -más o menos grandes- desarrollan sistemas económicos autorreferenciales y en gran medida autárquicos. La falta de una autoridad central fuerte, las guerras incesantes, a las que se superponen sucesivas oleadas migratorias, especialmente desde las estepas centroasiáticas, conducen a una inseguridad continua, una especie de guerra de todos contra todos ("bellum omnium contra omnes"), descrita siglos después por Thomas Hobbes como la principal característica del estado natural que precede a la fundación de la sociedad y el poder político [16].

La sociedad medieval se organiza así según una rígida estructura piramidal, en la que la movilidad social es casi totalmente imposible. El individuo tiende a desaparecer, confundiéndose con el estatus social al que pertenece. Las relaciones de subordinación están claramente codificadas, cada persona ocupa un lugar bien definido en la sociedad, destacado por los privilegios que garantiza el estatus social. Esta estructura social rígidamente organizada tiene un impacto significativo en la mentalidad colectiva, que conduce a una visión

específica del mundo. La jerarquía social determina una civilización material especial que marcará la conciencia de los europeos durante mucho tiempo. La visión que la Edad Media tiene del hombre está influida por esta rígida organización. Del mismo modo que las personas no son iguales en el plano social, tampoco lo son en el físico.

Así, la dieta adecuada para un noble se considera inapropiada e incluso perjudicial para un campesino. Los nobles comen carne en exceso, sobre todo de caza, mientras que a los campesinos se les aconseja comer alimentos que crecen más cerca de la tierra [17]. En el arte médico (ya que aún no podemos llamarlo ciencia), influido desde muchos puntos de vista por la autoridad consagrada de la tradición clásica (sobre todo Galeno), se considera que los seres humanos son diferentes en su estructura anatómica según el estatus social, que manifiestan enfermedades específicas, pero que también tienen tratamientos más o menos eficaces según su estatus social [18]. La cultura medieval refleja esta estructura social, caracterizada por un fuerte sentido de las diferencias y las jerarquías [19]. El pensamiento teológico y jurídico, la filosofía, la literatura, el arte, las actividades recreativas y de ocio, las costumbres y los hábitos, en esencia, todos los aspectos de la existencia humana se perciben de acuerdo con esta perspectiva. La visión medieval del cuerpo sufrió los primeros cambios en el siglo XII, sobre todo en el espacio italiano, que, antes que otros, se abrió al gran comercio internacional. El aumento del comercio, el redescubrimiento de las antiguas rutas abandonadas junto a otras nuevas, abren un contacto más amplio con otros espacios de civilización. Al mismo tiempo, surgen nuevos estratos sociales. Nace una nueva nobleza urbana, especialmente en el sector comercial y productivo que dará lugar al nacimiento de los primeros núcleos de proto-burguesía mercantil.

Los cambios económicos y sociales que se producen a partir del año 1000 y se consolidan a principios del siglo XII conducen a una auténtica revolución cultural, no por casualidad denominada "primer renacimiento" o "renacimiento del siglo XII" [20]. La nueva visión sobre el hombre, y como tal sobre la imagen del cuerpo, es el resultado de los importantes cambios experimentados en el arte pictórico. Aunque los temas siguen inspirándose en la tradición religiosa, la reproducción del cuerpo humano cambia significativamente, alejándose paulatinamente del modelo establecido de origen bizantino.

A modo de ejemplo, esta evolución puede observarse en la representación de la crucifixión. A partir del siglo XII, el tema iconográfico de la crucifixión conocido como "Christus Triumphans", que sigue el modelo bizantino con Jesucristo aún vivo en la cruz (fig. 15), da paso gradualmente a un nuevo enfoque, denominado "Christus patiens", en el que Jesucristo yace muerto.



Fig. 15 - Alberto Sotio, Crucifijo (Cúpula de Spoleto, 1187)

La imagen del dolor humano, del hombre que sufre (no por casualidad este canon pictórico se denomina también "vir dolorum"), sustituye a la imagen consagrada del Hijo de Dios que vence al dolor y a la muerte. Esta transición de un modelo a otro tiene profundos significados, pues muestra una mayor atención a los aspectos inmanentes en detrimento de los trascendentes. Así, la relación entre lo material y lo espiritual se reequilibra a favor de lo primero. Con el nuevo estilo pictórico, el medieval empieza a reconsiderar el lado humano de Jesús, con el que puede identificarse más fácilmente. Siendo más humano, Jesús -el Hijo del Hombre, como Él mismo se define según los Evangelios

- empieza a retratarse de forma más realista. La figura ideográfica de la tradición oriental, todavía visible por ejemplo en la obra de Cimabue [fig. 16], es sustituida progresivamente por una nueva imagen, más perceptiva de los detalles anatómicos, como muestra la obra de Giotto (fig. 17).



Fig. 16 - Cimabue, Crucifijo (Iglesia de la Santa Cruz, Florencia, 1287-1288)



Fig. 17 - Giotto, Crucifijo (Iglesia de Santa María Novella, Florencia, 1290-1300)

Aunque ambos ejemplos se inscriben en la nueva tradición pictórica, la obra de

Cimabue sigue dependiendo de la tradición bizantina, mientras que la de Giotto es mucho más realista, con el cuerpo de Jesucristo mucho más pesado sobre la cruz, la cabeza y el cuerpo inclinados hacia delante, las palmas de las manos curvadas, todo lo cual confiere un exceso de realismo al conjunto de la composición.

La religión, al igual que toda la cultura, se humaniza, mientras que la imagen corporal revierte hacia formas de representación más naturales. El hombre recupera poco a poco su importancia, como demuestra no sólo la evolución pictórica, sino también la literaria. La nueva literatura, expresada en el lenguaje vulgar -es decir, del hombre corriente-, tiene en su centro la figura humana. Las novelas de caballería francesas e italianas, los poemas que presentan y representan los valores de la corte, las obras de Dante Alighieri, Francesco Petrarca y Giovanni Bocaccio tienen al hombre en sus diversos componentes como principal protagonista.

Aunque la "Commedia" de Dante -obra maestra absoluta de la literatura medieval- sea una síntesis, una "summa" de la teología medieval, el protagonista del poema es el hombre. En la obra de Dante, que introduce sucesivamente el Humanismo, redescubrimos poco a poco la visión clásica del cuerpo humano. El redescubrimiento de los valores clásicos se produce desde el principio, al elegir a Virgilio como guía del poeta a través de los dos primeros reinos de ultratumba. Como en la visión clásica, la belleza viene dada por la armonía física y espiritual y se manifiesta en su grado más alto en el Paraíso, donde Virgilio es sustituido por Beatriz, el ideal del amor de Dante. Por otra parte, los defectos físicos, las deformidades y la obesidad se utilizan como alegorías del pecado, más evidentes en el Infierno, más matizadas en el Purgatorio.

El humanismo, sólo sugerido en la obra de Dante, se manifiesta plenamente en la obra literaria de Petrarca y, sobre todo, en la de Bocaccio. Una tradición historiográfica que se remonta al siglo XIX considera el Humanismo -y la civilización renacentista que se desarrollará a partir de él- como lo contrario, la negación radical de la Edad Media [21]. Sería más exacto considerar el Humanismo -junto con el historiador holandés Johan Huizinga- como el "Otoño de la Edad Media" [22].

Aunque surgido de la tradición y la evolución cultural de la Edad Media, el Humanismo aporta una visión radicalmente distinta del hombre y la sociedad, la naturaleza y la historia. La cultura empieza a ser "laica", menos atenta a los aspectos espirituales, más libre de las restricciones impuestas por la tradición y la autoridad, incluida la religión. Según la tradición filosófica de la Antigüedad clásica, el hombre vuelve a ser la "medida de todas las cosas".

6. Humanismo y Renacimiento

La cultura humanística aplica una revisión en profundidad de cómo se ve, se analiza y, en consecuencia, se reproduce la realidad circundante. El centro de la nueva construcción intelectual es el hombre, visto en su totalidad como cuerpo y alma. El origen de los cambios que se manifiestan plenamente a partir del siglo XV se encuentra en el redescubrimiento de las fuentes clásicas de la civilización grecorromana, pero comenzó en los últimos siglos de la Edad Media. El redescubrimiento de la tradición clásica, que se produce inicialmente en Italia, donde los vestigios antiguos son más visibles y donde las obras de los grandes autores -especialmente latinos- se han conservado en mayor número, tiene al principio una connotación moral, como deseo de resucitar las virtudes de los antiguos. Alejándose de la tradición cristiana que sitúa la edad de oro de la humanidad en un futuro lejano, cuando Jesucristo regrese a la tierra para instaurar su reino de mil años, los humanistas idealizan el pasado, visto como modelo y fuente de inspiración.

La centralidad del hombre en la construcción cultural del Humanismo se traduce en una mayor atención a su imagen corporal. En este sentido, un pasaje esencial es el redescubrimiento de la perspectiva, que ya se encuentra en algunas obras medievales, por ejemplo las de Giotto, pero que es estudiada y codificada por los artistas humanistas.

La perspectiva permite la representación racional del espacio, considerado ahora como escenario de la acción humana. Se produce así un cambio significativo, a saber, se pasa de las proporciones esquemáticas del cuerpo humano, propias de la Edad Media, a formas basadas en un análisis empírico. El hombre se convierte realmente en la medida de todas las cosas, las proporciones del cuerpo humano se utilizan en arquitectura para definir la armonía y, en consecuencia, la belleza. El cuerpo humano se convierte así en un sistema de medida, un paradigma de referencia, como demuestra el famoso Hombre de Vitruvio de Leonardo da Vinci (fig. 18)



Fig. 18 - Leonardo da Vinci, *El hombre de Vitruvio* (Galerías de la Academia, Venecia, hacia 1490)

Los cambios son evidentes en la forma de reproducir la imagen humana. Alejándose de la tradición anterior, a principios del siglo XV Masaccio produce formas humanas con características individuales y concretas, capaces de expresar sentimientos perennes. El contexto paisajístico y arquitectónico en el que se inscriben sus figuras les confiere un acentuado carácter inmanente, un marcado carácter histórico. El hombre ya no se sublima, sino que se representa en su aspecto material (fig. 19).



Fig. 19 - Masaccio, *Adán y Eva desterrados del Paraíso* (Capilla Brancaccio, Iglesia de Santa María del Carmine, Florencia, 1424-1425)

La reafirmación de la centralidad del hombre en el universo y el redescubrimiento de los valores clásicos vuelven a poner de moda la escultura de la imagen humana. Ya con la obra de Donatello, el cuerpo humano pierde parte de los significados alegóricos que le atribuía la Edad Media. La individualización de la figura humana reintroduce la moda del retrato tanto en escultura (el modelo se toma principalmente de la tradición romana, fácilmente accesible gracias a los vestigios disponibles), como en pintura. No obstante, independientemente de la forma de expresión, el humanismo La cultura pretende reproducir una imagen del hombre lo más realista posible. Las proporciones, los movimientos, el contexto se plasman de forma rigurosa.

Para lograr este resultado, el hombre empieza a ser contemplado en todos sus aspectos, incluidos los interiores. La estructura anatómica del hombre se estudia con detalle, desafiando a menudo las prohibiciones impuestas por las autoridades eclesiásticas. La atención por el estudio anatómico, junto con el redescubrimiento de los valores y la tradición grecorromanos, favorece el redescubrimiento del desnudo como medio de expresión de la visión humanista sobre el hombre e, implícitamente, sobre el mundo.

El mayor logro artístico en lo que respecta al desnudo, omnipresente en la reproducción de la imagen corporal durante el Humanismo y el Renacimiento, se encuentra en la obra de Miguel Ángel. Sin embargo, el artista florentino supone un nuevo punto de inflexión en la forma de representar al hombre. En los cánones anteriores, el cuerpo humano sigue estando idealizado. Es el caso de la escultura de Donatello o de la pintura de Sandro Botticelli, que, entre otras cosas, reintroduce el desnudo femenino en algunas composiciones mitológicas (fig. 20), signo posterior de la secularización del pensamiento que es una de las características fundamentales de la civilización renacentista.

La escultura de Miguel Ángel presenta algunos rasgos nuevos, que derivan de su visión filosófica, influida por el movimiento neoplatónico de Marsilio Ficino y Pico della Mirandola, así como del deseo de lograr una congruencia entre los valores clásicos y cristianos. Si el hombre es imagen de Dios, y si la belleza humana es imagen de la perfección divina, la imagen corporal del hombre no es más que un canal a través del cual se expresa una belleza superior y trascendente. Para Miguel Ángel, la escultura significa la liberación del espíritu que encierra todo elemento físico; a través del acto escultórico se produce el paso de lo material a lo espiritual, que es esencialmente el sentido del "non finito" característico de la obra de Miguel Ángel, ya visible en la famosa "Piedad" vaticana

(fig. 21), y obviamente en la llamada "Piedad Rondanini" de Florencia (fig. 22).



Fig. 20 - Sandro Botticelli, *El nacimiento de Venus* (Galería de los Uffizi, Florencia, hacia 1485)



Fig. 21 - Miguel Ángel Buonarroti, *La Piedad* (Basilica de San Pedro, Vaticano, 1497-1499)



Fig. 22 - Miguel Ángel Buonarroti, *Pietà Rondanini* (Castello Sforzesco, Milán, 1564)

Con *Pietà Rondanini*, el contraste entre materia y espíritu se hace evidente. No es casualidad, pues, que esta obra pueda considerarse el momento final del Renacimiento italiano. La labor de una época, constantemente perturbada por tendencias materialistas y espirituales en conflicto, alcanza su punto álgido. Pero si es cierto que, hasta cierto punto, el Renacimiento italiano termina con Miguel Ángel, continúa y se desarrolla en el resto de Europa, donde adquiere un carácter más propósito pragmático, relacionado con los

profundos cambios económicos y sociales que se producen en el periodo de la primera modernidad.

7. Manierismo y Barroco

La representación de la figura humana durante el siglo XVI tiene sus orígenes en la tradición anterior del Renacimiento, pero está fuertemente influida por los conflictos religiosos generados por la afirmación de la Reforma protestante y la crisis del universalismo de la Iglesia católica. Bajo el impulso de los cambios fundamentales que aparecen a lo largo del siglo, las certezas del Humanismo, la visión antropocéntrica de la realidad sobre la que se construye, la equivalencia entre naturaleza y razón, la idea del hombre como artífice de su propio futuro, alcanzan un punto crítico. Los efectos de esta crisis se dejan sentir con fuerza en la forma de ver e interpretar el cuerpo humano. De las certezas derivadas del acatamiento de las reglas de la proporción, pasamos a la excepción, a la disconformidad, a la arbitrariedad. El cuerpo humano aparece ahora deformado, aparecen imágenes que cambian el modelo del cuerpo, siguiendo una imagen imaginaria que se niega a ajustarse a la imagen natural, sino a proporcionar la visión de un mundo angustioso.

La imagen corporal se redefine con nuevos cánones, y el deseo de suscitar asombro - que se convertirá en el rasgo definitorio del Barroco- produce nuevas formas de expresión, en las que lo grotesco, lo extraordinario, lo ilusorio se utilizan sistemáticamente. La realidad física se distorsiona, tanto en sus aspectos naturales, como ocurre en Bomarzo [23] (fig. 23), como en los humanos, como en el caso de Giuseppe Arcimboldo (fig. 24).



Fig. 23 - *Hércules y Caco* (Parque de los Monstruos, Bomarzo, Italia)



Fig. 24 - Giuseppe Arcimboldo, Rodolfo II, representado como el dios Vertumnus (Castillo de Skokloster, Estocolmo, 1591)

La interpretación naturalista del hombre que ofrece Caravaggio, el representante más ejemplar de la pintura barroca es completamente distinta. El cuerpo humano recupera su tamaño real. La imagen corporal se utiliza de nuevo simbólicamente. Empleando la técnica del claroscuro, Caravaggio destaca el cuerpo humano, inundado de luz, en la plenitud de sus acciones. Se trata de una imagen más realista, menos idealizada en comparación con la tradición renacentista. El hombre es un símbolo de la condición humana, por lo que los temas elegidos son de los más variados.

Existe, por supuesto, una influencia local. En Italia, dominada por los valores cristianos reafirmados por la Iglesia de la Contrarreforma postridentina, los temas privilegiados son de carácter sagrado, aunque las figuras se representen con un marcado realismo, que no descuida los aspectos menos estéticos. Es el caso, por ejemplo, de la pintura de Caravaggio y sus sucesores (fig. 25).

Fig. 25 - Caravaggio, *Judith decapitando a Holofernes* (Palacio Barberini, Roma, 1598)



En la Península Ibérica, el aspecto naturalista se acentúa en la obra de Diego Velázquez, que reproduce figuras humanas sin discriminación. Reyes y nobles, niños, ancianos, bufones y enanos son retratados sin mesura, representando una humanidad compuesta. Sin embargo, persiste la búsqueda del sentimiento de asombro, como demuestra, por ejemplo, la famosa ópera "Las meninas" (fig. 26), realizada con un grado de realismo exasperado que lleva al espectador a preguntarse dónde acaba la realidad y empieza la ficción.

El mundo nórdico, en cambio, se ve más afectado por profundos cambios económicos y sociales. El siglo XVII, definido como siglo de crisis [24], supone en algunas partes de Europa la afirmación del capitalismo y la aparición de la burguesía. El ascenso de la burguesía se deja sentir especialmente en los Países Bajos, donde la afirmación de la Reforma -que adquiere valor político con la Guerra de la Independencia- libera a la cultura de las restricciones religiosas. El protestantismo calvinista es contrario a las imágenes religiosas, lo que favorece los temas profanos en la reproducción de la imagen humana. Escenas de la vida cotidiana, de la vida familiar, se convierten en los temas privilegiados que permiten un análisis de la condición humana desde una perspectiva naturalista, pero cargada de un significado emocional que penetra en las profundidades del alma humana. La atención a los detalles naturalistas del cuerpo humano se pone de relieve en una de las obras maestras del barroco holandés, "La lección de anatomía" de Rembrandt (fig. 27), verdadero manifiesto de la continua tensión entre inmanencia y trascendencia, entre los reinos material e inmaterial, que define todo el movimiento barroco.



Fig. 26 - Diego Velázquez, *Las Meninas* (Museo del Prado, Madrid, hacia 1656)



Fig. 27 - Rembrandt, *La lección de anatomía del doctor Nicolás Tulp* (Mauritshuis, La Haya, 1632)

A pesar del redescubrimiento del aspecto sagrado de la existencia, la naturaleza, y con ella el hombre, siguen siendo centrales. El problema de la existencia material, del paso del tiempo, son profundamente sentidos por la cultura barroca, como lo demuestra la predilección de este movimiento por las imágenes macabras, que recuerdan el carácter pasajero de la existencia humana. El "Memento mori" de la época medieval es redescubierto por una época caracterizada por la violencia, las guerras, las hambrunas y las epidemias. Un siglo de oro, pero también un siglo de acero plantea constantemente la cuestión de la transitoriedad del ser humano, como ilustra el uso espasmódico del esqueleto humano como elemento decorativo.

Esta visión del cuerpo humano permanecerá casi inalterada hasta mediados del siglo XVIII. La afirmación de la cultura de la Ilustración, la primera verdadera ideología cultural que marca la emergencia de la modernidad plena y allana el camino a la contemporaneidad. Construida sobre el culto a la razón humana, la Ilustración se ocupará casi exclusivamente del lado material de la existencia, afirmando una perspectiva plenamente laica de la cultura y la existencia.

8. Edad contemporánea

El siglo XVIII es un siglo de cambios radicales. Es un siglo de revoluciones, aunque el planteamiento filosófico de la Ilustración, todo él construido en torno al mito de la razón humana, prefiera soluciones reformistas. Los cambios económicos son revolucionarios, acompañados de la aparición del nuevo modelo capitalista. Y, tras la revolución económica, a finales de siglo, llega el momento propicio para la revolución política que, con la Gran Revolución Francesa, destruye no sólo un sistema político -el absolutista del antiguo régimen- sino también la sociedad estratificada por estatus sociales. Es el momento en que la burguesía afirma plenamente su primacía, primero económica y luego política. Estos cambios se producen en un contexto cultural dominado por la nueva Ilustración, definida por Immanuel Kant como "la salida del hombre de su inmadurez autoimpuesta" [25]. La inmadurez autoimpuesta viene dada por una cultura en la que predominan las falsas creencias, las supersticiones que no están justificadas por un análisis racional de la existencia. La razón humana, única instancia capaz de iluminar la existencia humana, es elevada al rango de divinidad. Se reafirma categóricamente la centralidad del hombre. El hombre es el centro del universo, el único creador de su propio futuro. La visión ilustrada del mundo viene determinada por la plena confianza en el poder creador del hombre, que, liberado de las ataduras del oscurantismo, generará un progreso sin fin. La imagen del hombre que proyecta la

cultura de la Ilustración es, pues, lo más positiva posible, y en un primer momento esta creencia conduce al redescubrimiento del modelo clásico, que se manifiesta en las tendencias neoclásicas. El cuerpo humano, reproducido de forma realista pero idealizado, se utiliza para transmitir a sus contemporáneos el carácter laico, racional y didáctico de la Ilustración. Sin embargo, la elección del modelo clásico para definir la imagen corporal cumple otra función, la de crítica del sistema del antiguo régimen, representado por la cultura barroca. La visión del mundo promovida por la Ilustración se expresa así mediante el orden, la armonía, incluso la rigidez de los cuerpos humanos que denota el control absoluto de la razón sobre el cuerpo, como ocurre, por ejemplo, en el "Juramento de los Horacios" de Jacques-Louis David (fig. 28).



Fig. 28 - Jacques-Louis David, *Juramento de los Horacios* (Museo del Louvre, París, 1785)

Por otra parte, la centralidad del hombre, y especialmente del aspecto racional, en la construcción cultural de la época no puede descuidar por completo los factores subjetivos y emocionales. Ya en las últimas representaciones neoclásicas, y especialmente con la afirmación de las tendencias prerrománticas, el hombre comienza a ser visto como un todo, y el cuerpo humano empieza a representar también los aspectos psicológicos, que se harán más evidentes en el Romanticismo. Un verdadero manifiesto de esta nueva visión es "El sueño de la razón produce monstruos" (fig. 29), de Francisco Goya, que, a finales del siglo XIX, produce una síntesis entre ambas concepciones, vinculando razón y sentimiento.

Fig. 29 - Francisco Goya, *El sueño de la razón produce monstruos* (Museo del Prado, Madrid, ca. 1799)



El siglo XIX está, pues, más atento a la dimensión interior del hombre, a sus sentimientos, a los aspectos individualistas, pero también a las connotaciones sociales. La imagen humana se libera de las restricciones impuestas por una determinada cultura. La connotación social, de denuncia, atribuida al arte por la Ilustración es conservada por los románticos. Se denuncian los grandes problemas del mundo contemporáneo, causados por los cambios radicales impuestos especialmente por la revolución industrial, y la imagen corporal se convierte en la principal herramienta utilizada. En literatura, los grandes problemas sociales se expresan a través de imágenes distorsionadas, a veces grotescas, descritas por Honoré de Balzac en el ciclo "La Comédie Humaine" [26]. En pintura, los grandes problemas sociales del mundo contemporáneo se describen apelando a la imagen corporal, especialmente de los marginados. Es el caso, por ejemplo, del famoso "El bebedor de absenta" de Edgar Degas (fig. 30), en el que las imágenes humanas, distorsionadas por el alcoholismo, denuncian de hecho la alienación producida por los cambios revolucionarios de la sociedad contemporánea. Es también el caso de las prostitutas de los burdeles parisinos, retratadas por Henri de Toulouse-Lautrec (fig. 31), también discapacitado y, como tal, marginal, a pesar de sus orígenes aristocráticos. Es, por último, el caso de Vincent Van Gogh, que a través de sus autorretratos denuncia, voluntariamente o no, la locura que afecta al hombre contemporáneo (fig. 32).



Fig. 30 - Edgar Degas, *El bebedor de absenta* (Museo de Orsay, París, 1875-1876)



Fig. 31 - Henri de Toulouse-Lautrec, *La Toilette* (Museo de Orsay, París, 1889)

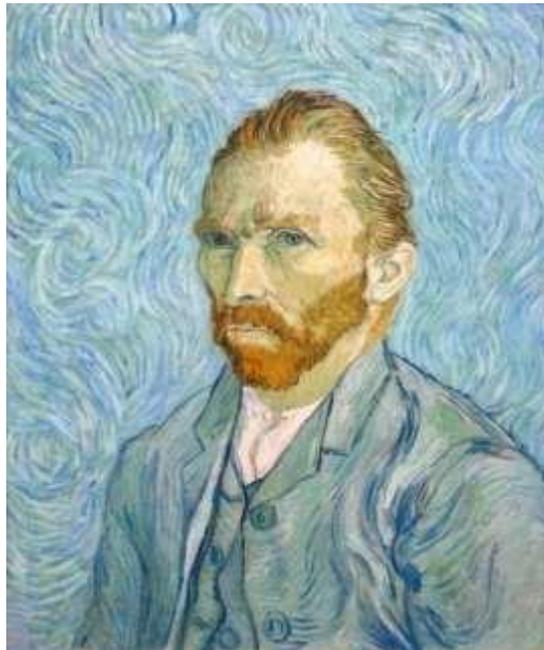


Fig. 32 - Vincent Van Gogh, *Autorretrato* (Museo de Orsay, París, 1889)

A finales del siglo XIX y principios del XX, el proceso de modernización abierto a finales de la Edad Media alcanza su punto álgido. El desarrollo tecnológico de finales del siglo XIX determina una nueva etapa de la Revolución Industrial, también llamada Revolución Tecnológica. Las nuevas tecnologías facilitan el desarrollo de nuevos sistemas de producción (por ejemplo, la cadena de producción introducida por Henry Ford en sus fábricas), lo que permite aumentar la productividad y estandarizar el producto acabado. El espíritu del capitalismo se afirma definitivamente, transformando cualquier actividad

humana en un producto capaz de generar beneficio. Los efectos de estos cambios son ambivalentes. No cabe duda de que han tenido consecuencias positivas. Así pues, desde el punto de vista económico, el mundo está experimentando un desarrollo económico sin precedentes. Las nuevas técnicas y tecnologías permiten aumentar la productividad no sólo en el ámbito industrial, sino también en la agricultura. La creciente disponibilidad de recursos alimentarios, junto con los avances en el campo científico, permiten una mejora significativa de las condiciones de vida. La tasa de mortalidad disminuye gradualmente, gracias a los nuevos conocimientos en el campo médico, pero también a algunas políticas de salud pública. El comercio internacional aumenta y las innovaciones en el sector del transporte reducen las distancias. Los nuevos sistemas de comunicación -el telégrafo, el teléfono, la radio, el cine- facilitan el flujo de información e ideas. El uso de la electricidad modifica masivamente los hábitos relacionados con la vida cotidiana. La mentalidad del hombre moderno, ya orientada en un sentido progresista, cambia en el sentido de mitificar el progreso, y la edad de oro de la humanidad, que el Renacimiento situó en el pasado clásico grecorromano mientras que el Romanticismo de la primera mitad del siglo XIX en la Edad Media cristiana, se traslada a un futuro igualmente mitificado.

Sin embargo, los avances introducidos por la evolución histórica de finales del siglo XIX también traen consigo algunos aspectos problemáticos. Desde el punto de vista económico, los efectos positivos se ven duplicados por la aparición de crisis cíclicas, propias del sistema capitalista, con momentos de depresión económica de mayor o menor intensidad (la más conocida, por los efectos producidos, es la Gran Depresión de 1929). La estructura social experimenta cambios radicales. El desarrollo de la industria atrae un gran fenómeno migratorio, especialmente del campo a los grandes centros industriales. El tamaño de las ciudades aumenta y aparecen nuevos barrios -especialmente en torno a las industrias-, la mayoría de las veces carentes de cualquier tipo de infraestructura. Los nuevos barrios que albergan a los trabajadores de las fábricas suelen caracterizarse por un alto grado de promiscuidad, convirtiéndose a menudo en focos de infección. El desempleo, la explotación, la violencia, la delincuencia, la prostitución y el alcoholismo se convierten en fenómenos endémicos. El hombre contemporáneo comienza a padecer nuevos trastornos, al tiempo que el desarraigo y la alienación se convierten en rasgos típicos de las nuevas masas sociales, privadas de los elementos de estabilidad que ofrecen la tradición y las viejas costumbres, marginadas por la nueva sociedad de masas.

Como admite Paul Trachtman: "En los años anteriores a la Primera Guerra Mundial, Europa parecía estar perdiendo el control de la realidad. El universo de Einstein parecía ciencia ficción, las teorías de Freud ponían la razón en manos del inconsciente y el comunismo de Marx pretendía poner la sociedad patas arriba, con el proletariado en la cima" [27]. No es de extrañar, pues, que el hombre empiece a cambiar su forma de percibir y, en consecuencia, de reproducir la imagen corporal.

Con el Modernismo, se imponen nuevos medios de expresión. El fauvismo, el expresionismo, el cubismo resaltan el aspecto subjetivo en detrimento del objetivo dado. El cubismo es probablemente el movimiento artístico más conocido de la era modernista, siendo los objetivos centrales de los cubistas: "(...) descartar las convenciones del pasado de mera imitación de la naturaleza y comenzar en una nueva línea para resaltar la dimensionalidad plana del lienzo" [28].

Los nuevos inventos tecnológicos, la fotografía y la cinematografía, modifican la forma de representar el cuerpo humano y, por tanto, la imagen corporal que proyectan. En particular, la fotografía se considera, en sus inicios y en plena sintonía con la actitud positivista dominante, un medio que permite reproducir con exactitud la imagen de uno mismo. Esta creencia se transmitirá al cine emergente, que en muchos sentidos es una evolución de la fotografía. No tardará, sin embargo, y bajo la influencia del movimiento psicoanalítico de origen freudiano, en reafirmarse el subjetivismo de las imágenes. La capacidad de denuncia de los grandes problemas sociales e individuales, abiertos por el mundo contemporáneo, atribuida a la imagen corporal en el siglo XIX, se refleja en la

producción artística de principios del siglo XX.

Así, los sentimientos de alienación e inutilidad que experimenta el hombre contemporáneo tras la mecanización de la producción son retratados magistralmente por Charlie Chaplin en la película "Tiempos modernos" de 1936, en la que el cuerpo del protagonista es aplastado por el artefacto mecánico que está llamado a maniobrar (fig. 33).



Fig. 33 - Charlie Chaplin, *Tiempos modernos* (EE UU, 1936)

En nuestra opinión, la imagen paradigmática de la profunda desesperación a la que se enfrenta el hombre contemporáneo viene dada una vez más por la pintura, y pertenece al movimiento expresionista. El grito" de Edvard Munch (fig. 34) contiene todo el dramatismo del hombre contemporáneo. El cuerpo humano, distorsionado en sus elementos físicos, anonimizado en su fisonomía, es ejemplar para el abismo de desesperación en el que se ha hundido el hombre contemporáneo.

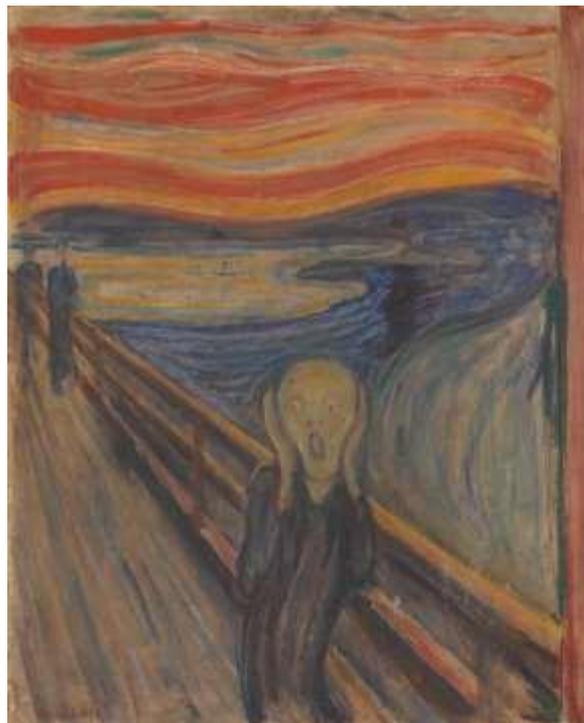


Fig. 34 - Edvard Munch, *El grito* (Museo Nacional de Arte, Arquitectura y Diseño, Oslo, 1893)

Al mismo tiempo, la afirmación de la primacía económica en todos los aspectos de la vida conduce a la necesidad de construir una nueva imagen. Las consideraciones económicas ponen en primer plano una imagen corporal que responde a nuevas necesidades. La imagen corporal empieza a construirse según criterios que responden a las necesidades de la sociedad industrial. El concepto de belleza pierde sus connotaciones morales -aunque los cánones de belleza sigan transmitiendo un mensaje similar al de "kalokagathia" propio de la civilización de la antigua Grecia- y corresponde más bien a el nuevo concepto de belleza, propio de la sociedad contemporánea, se expresa en su forma más pura mediante una nueva categoría social, la "diva":



Fig. 35 - *Díptico Marilyn* (Tate Gallery, Londres 1962)

El hombre pasa a formar parte del sistema de producción, con una doble función: como medio de producción y como consumidor, convirtiéndose en esclavo de la sociedad a la que pertenece [29]. La imagen corporal se convierte así en un medio para afirmar la visión del mundo desarrollada por la sociedad consumista, que promueve una imagen falsa e inalcanzable. La imagen creada por el fotógrafo italiano Oliviero Toscani, famoso por sus campañas publicitarias en las que critica abiertamente todas las miserias del mundo contemporáneo, denuncia el problema de la anorexia; para ello, utiliza como modelo a una joven afectada por este trastorno alimentario (fig. 35).



9. Conclusión

Al final de este largo excursos cronológicos, ha quedado patente que la imagen del cuerpo humano representa un arquetipo. Cada sociedad, cada cultura, independientemente de la época histórica o del espacio cultural en el que se haya formado, ha construido una imagen de sí misma que ha utilizado como medio para expresar su visión del mundo. La era contemporánea no es una excepción, ya que la imagen corporal se ha convertido en un medio, un vector a través del cual se promueven y afirman sus valores fundamentales. El presente enfoque, por tanto, cobra relevancia para comprender y explicar la actitud de la cultura actual ante las dos realidades a las que se enfrenta, a saber: la obesidad y la anorexia, fenómenos no sólo individuales, sino con una pesada carga social. Así pues, su comprensión, incluso desde una perspectiva social y cultural, adquiere importancia para cualquier intervención posterior y tratamiento eficaz.

Referencias

- [1] Eliade, M. "A History of Religious Ideas", 3 vols, Chicago - Londres, University of Chicago Press, 1982, vol. 2, "From Gauthama Buddha to the Triumph of Christianity", pág. 13.
- [2] Ibid.
- [3] Antl-Weiser, W. "Las figurillas antropomorfas de Willendorf", *Wissenschaftliche Mitteilungen aus dem Niederösterreichischen Landesmuseum*, St. Pölten, 2008, n. 19, pág. 19.
- [4] Woodhouse, R. "Obesity in Art - A Brief Overview", en Korbonits, M. "Obesity and Metabolism", Basilea, Karger Publishers, 2008, página 271.
- [5] Haslam, D. "Obesity: a medical history", *Obesity Review*, vol. 8, Issue s1, marzo de 2007, página 31.
- [6] Giddens, A. "Modernity and self-identity", Cambridge, Polity Press 1991.
- [7] Nikityuk, E. "Kalokagathia: a una pregunta sobre la formación de una imagen de la persona ideal en la Antigüedad y durante la Edad Moderna", *Studia Antiqua et Archaeologica*, Iași, 2019, nº 25(2), páginas 429-442.
- [8] Homero, "Ilíada", II, 211-277.
- [9] Tobin, R. "The Canon of Polykleitos", *American Journal of Archaeology*, Chicago, 1975, vol. 79, n. 4, pp. 307-321.
- [10] Woodhouse, R. "Obesity in Art - A Brief Overview", en Korbonits, M. "Obesity and Metabolism", Basilea, Karger Publishers, 2008, página 273.
- [11] Bianchi Bandinelli, R. "Roma. El arte en el centro del poder. Dalle origini al II secolo d.C.", Milán, Rizzoli, 2005, páginas 104-106.
- [12] Platón, "Fedón", en "Opere complete", vol. IV, Bucarest, Editura Științifică și Enciclopedică, 1983, pp. 51-140.
- [13] Le Goff, J. "Il corpo nel Medioevo", Laterza, Roma-Bari, 2005.
- [14] Woodhouse, R. "Obesity in Art - A Brief Overview", en Korbonits, M. "Obesity and Metabolism", Basilea, Karger Publishers, 2008, página 273.
- [15] Sebenico, S. "Monstruos en el Occidente medieval: fuentes y difusión de razas humanas monstruosas, híbridos y animales fantásticos", Universidad de Trieste, Trieste, 2015.
- [16] Hobbes, T. "De Cive", Oxford, Clarendon Press, 1983, página 81.
- [17] Montanari, M. "Hambre y abundancia. Storia dell'alimentazione in

- Europa", Laterza, Roma-Bari, 1997.
- [18] Motta, G. "In bona salute de animo e de corpo. Malati, medici e guaritori nel divenire della storia", FrancoAngeli, Milán, 2007.
- [19] Costa, P. "Immagini della sovranità fra medioevo ed età moderna: la metafora della verticalità", *Scienza & Politica*, Bologna, 2004, n. 31, pp. 9-19. Verger, J. "La Renaissance du XII^e siècle", París, Le Cerf, 1999.
- [20] Burckhardt, J. "La civiltà del Rinascimento in Italia", Sansoni, Florencia, 1955.
- [21] Huizinga, J. "El crepúsculo de la Edad Media", Editorial Univers, Bucarest 1970.
- [22] García Martín, P. "Imágenes Paradisi. Historia de la percepción del paisaje en la Europa moderna", Caja Madrid, Madrid, 2000.
- [23] Romano, R. "Europa entre dos crisis. XIV e XVII secolo", Einaudi, Turín, 1980. [25] Kant, I. "Respuesta a la pregunta: ¿Qué es la Ilustración?", Königsberg, 1784
<https://users.manchester.edu/Facstaff/SSNaragon/Online/texts/318/Kant,%20Enlightenment.pdf>.
- [26] Tygstrup, F. "Realisms: Images of the body in Balzac, Flaubert, and Proust", *Orbis Litterarum*, Dinamarca, 2000, n. 55, páginas 463-480.
- [27] Trachtman, P. "Breve historia del dadaísmo. The irreverent, rowdy revolution set the trajectory of 20th-century art", en "Smithsonian Magazine", mayo de 2006 (<https://www.smithsonianmag.com/arts-culture/dada-115169154/>).
- [28] Anderson, M. "10 Modernist Art Movements", en "Encyclopedia Britannica", 7 mar. 2014 (<https://www.britannica.com/list/10-modernist-art-movements>).
- [29] Marcuse, H. "L'uomo a una dimensione", Einaudi, Turín, 1999.

Bibliografía

Libros

- [1] Bianchi Bandinelli, Ranuccio, *Roma. L'arte nel centro del potere*, Milán, Rizzoli, 2005.
- [2] Burckhardt, Jakob, *La civiltà del Rinascimento in Italia*, Florencia, Sansoni, 1955.
- [3] Burke, Peter, *El Renacimiento europeo: centros y periferias*, Roma - Bari, Laterza, 2009.
- [4] Corbin, Alain, Courtine, Jean-Jacques, Vigarello, Georges (coord.), *La historia del cuerpo*, 3 vols, Bucarest, Art, 2008.
- [5] Eco, Umberto, *Historia de la belleza*, Milán, Bompiani, 2012.
- [6] Eco, Umberto, *Historia de la fealdad*, Milán, Bompiani, 2007.
- [7] Eliade, Mircea, *A History of Religious Ideas*, 3 vols, Chicago - Londres, University of Chicago Press, 1982.
- [8] García Martín, Pedro, *Imagina Paradisi. Historia de la percepción del paisaje en la Europa moderna*, Madrid, Caja Madrid, 2000.
- [9] Garin, Eugenio (ed.), *L'uomo del Rinascimento*, Roma - Bari, Laterza, 2017.
- [10] Giddens, Anthony, *Modernity and self-identity*, Cambridge, Polity Press, 1991.
- [11] Gilman, Sander L., *Dietas y regímenes. A Cultural Encyclopedia*, Nueva York - Londres, Routledge, 2007.
- [12] Gilman, Sander L., *Fat Boys. A Slim Book*, Lincoln - Londres, University of Nebraska Press, 2004.
- [13] Gilman, Sander L., *Gordo. A Cultural History of Obesity*, Cambridge, Polity Press, 2008
- [14] Gilman, Sander L., *Obesity. The Biography*, Oxford - Nueva York, Oxford University Press, 2010.
- [15] Gilman, Sander L., *Picturing Health and Illness. Images of Identity and Difference*, Baltimore - Londres, The Johns Hopkins University Press, 1995.

- [16] Haslam, David & Haslam, Fiona, *Fat, Gluttony and Sloth: Obesity in Literature, Art and Medicine*, Liverpool, Liverpool University Press, 2009.
- [17] Haslam, David W., Sharma, Arya M., le Roux, Carel W. (eds.), *Controversies in Obesity*, Londres, Springer, 2014.
- [18] Hauser, Arnold, *Sociología del arte*, Turín, Einaudi, 1977.
- [19] Hauser, Arnold, *Storia sociale dell'arte*, Turín, Einaudi, 2003.
- [20] Hobbes, Thomas, *De Cive: la versión latina*, Oxford, Oxford University Press, 1983.
- [21] Huizinga, Johan, *El crepúsculo de la Edad Media*, Bucarest, Editura Univers 1970.
- [22] Le Goff, Jacques (ed.), *L'uomo medievale*, Roma - Bari, Laterza, 2006.
- [23] Le Goff, Jacques, *Il corpo nel Medioevo*, Roma - Bari, Laterza, 2005.
- [24] Le Goff, Jacques, Truong, Nicolas, *Une histoire du corps au Moyen Âge*, París, Éditions Liana Levi, 2017.
- [25] Marcuse, Herbert, *L'uomo a una dimensione*, Turín, Einaudi, 1999.
- [26] Montanari, Massimo, *Hambre y abundancia. Storia dell'alimentazione in Europa*, Roma - Bari, Laterza, 1997.
- [27] Motta, Giovanna (ed.), *In bona salute de animo e de corpo. Malati, medici e guaritori nel divenire della storia*, Milán, FrancoAngeli, 2007.
- [28] Motta, Giovanna (ed.), *Alimentación y cultura. Historia Sociedad Comunicación*, Roma, Edizioni Nuova Cultura, 2017.
- [29] Homero, *Ilíada*, Turín, UTET, 1998.
- [30] Platón, *Opere*, Bucarest, Editorial Científica y Enciclopédica, 1983.
- [31] Romano, Ruggiero, *Europa entre dos crisis. XIV e XVII secolo*, Turín, Einaudi, 1980.
- [32] Schildgen, Brenda Deen, Zhou, Gang, Gilman, Sander L. (ed. por), *Otros Renacimientos. A New Approach to World Literature*, Nueva York, Palgrave MacMillan, 2006.
- [33] Sebenico, Sara, *Los monstruos del Occidente medieval: fuentes y difusión de razas humanas monstruosas, híbridos y animales fantásticos*, Trieste, Universidad de Trieste, 2015.
- [34] Verger, Jacques, *La Renaissance du XII^e siècle*, París, Le Cerf, 1999.
- [35] Vigarello, Georges, *Las metamorfosis de la grasa. A History of Obesity*, Nueva York, Columbia University Press, 2013.

Artículos científicos

- [1] Anti-Weiser, Walpurga *Las figurillas antropomorfas de Willendorf*, en "Wissenschaftliche Mitteilungen aus dem Niederösterreichischen Landesmuseum", nº 19, 2008, pp. 19-30.
- [2] Bradley, Mark, *Obesity, Corpulence and Emaciation in Roman Art*, en Papers of the British School at Rome. Vol. 79, noviembre de 2011, pp. 1-41.
- [3] Caballero, Benjamín, *The Global Epidemic of Obesity: An Overview*, en "Epidemiologic Review", vol. 29, 2007, pp. 1-5.
- [4] Costa, Pietro, *Immagini della sovranità fra medioevo ed età moderna: la metafora della verticalità*, en "Scienza & Politica", vol. 16, nr. 31, 2004, pp. 9-19.
- [5] Ferrucci, Luigi *et alii*, *Obesity in Aging and Art*, en "Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES", vol. 65A, nº 1, 2010, pp. 53-56.
- [6] Haslam, David W., James, Philip T, *Obesity*, en "The Lancet", vol. 366, nº 9492, October 2005, pp. 1197-1209.
- [7] Haslam, David, *Obesity: a medical history*, en "Obesity Review", vol. 8, Issue s1, marzo de 2007, pp. 31-36.
- [8] Nikityuk, Elena, *Kalokagathia: a una pregunta sobre la formación de una imagen de la persona ideal en la Antigüedad y durante la Edad Moderna*, en "Studia Antiqua et Archaeologica", nº 25(2), 2019, pp. 429-442.

- [9] Pontius, Anneliese A., *Tipos de obesidad en el arte de la Edad de Piedra. A Study in Iconodiagnosis*, en *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 499, nº 1, junio de 1987, pp. 331-334.
- [10] Thomas, Cheryl D., *Stable vs Unstable Weight History, Body-image, and Weight Concern in Women of Average Body Weight*, en *Psychological Reports*, nº 68, 1991, pp. 491- 499.
- [11] Tobin, Richard, *The Canon of Polykleitos*, en "American Journal of Archaeology", vol. 79, no. 4, 1975, pp. 307-321.
- [12] Tygstrup, Frederik, *Realisms: Images of the body in Balzac, Flaubert, and Proust*, en "Orbis Litterarum", n. 55, 2000, pp. 463-480. Woodhouse, Rosalind, "Obesity in Art - A Brief Overview", en Korbonits, Márta (ed.), *Obesity and Metabolism*, Basilea, Karger Publishers, 2008, pp. 271-286.

Lista de cifras

Fig. 1 - Venus de Willendorf (Naturhistorisches Museum, Viena), GNU Free Documentation License CC BY 2.5, Mathias Kabel http://www.nhm-wien.ac.at/NHM/Prehist/Homepage_PA_E.html

Fig. 2 - Pinturas rupestres con episodios de caza (Cueva de los Caballos en Valltorta, España), Dominio público, <https://tinyurl.com/yc3amepr>

Fig. 3 - La bandera de Ur (Museo Británico, Londres, dominio público, https://en.wikipedia.org/wiki/Standard_of_Ur#/media/File:Standard_of_Ur_-_War.jpg

Fig. 4 - Estrella del Naram-Sin (Museo del Louvre, París), CC BY-SA 3.0 FR, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Victory_stele_of_Naram_Sin_9068.jp

Fig. 5 - Bajorrelieve con Sargón II y un dignatario (Museo Británico, Londres) Dominio público, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sargon_II_and_dignitary.jpg#/media/File:Sargon_II_and_dignitary.jpg

Fig. 6 - El canon egipcio y el sistema de representación <https://www.studiarapido.it/wp-content/uploads/2017/11/canone-egizio1.jpg>

Fig. 7 - Estatua de Kaaper (Museo Egipcio de El Cairo), CC BY-SA 4.0, <https://tinyurl.com/y3cps9ec>

Fig. 8 - Sarcófago de Aurelia Botania Demetria (detalle; Museo Arqueológico de Antalya, Turquía), Reconocimiento-CompartirIguual 2.5 Genérico (CC BY-SA 2.5) https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Antalya_Museum_-_Sarkophag_5a_Achilles_schl%C3%A4gt_Thersites.jpg

Fig. 9 - Kouros de Nueva York (Museo Metropolitano de Arte, Nueva York), Dominio público, <https://www.metmuseum.org/art/collection/search/253370>

Fig. 10 - Kore Acropolis (Museo de la Acrópolis, Atenas), <https://www.theacropolismuseum.gr/en/statue-kore-12>

Fig. 11 - Laocoonte y sus hijos (Museos Vaticanos, Roma) - Dominio público Museo Pío-Clementino, Vaticano, https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_the_nude_in_art#/media/File:Laocoon_Pio-Clementino_Inv1059-1064-1067.jpg

Fig. 12 - Sarcófago de los novios (Museo Nacional Etrusco de Villa Giulia, Roma), CC BY-SA 4.0, https://en.wikipedia.org/wiki/Sarcophagus_of_the_Spouses#/media/File:Sarcophagus_of_the_Spouses_of_Villa_Giulia_in_Roma.jpg

Fig. 13 - Columna de Trajano en Roma (detalle), GNU Free Documentation License, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Relief_Kolumna_Trajana.jpg

Fig. 14 - La estatua colosal del emperador Constantino I (Museos Capitolinos, Roma), CC BY-SA 2.0,

https://en.wikipedia.org/wiki/Colossus_of_Constantine#/media/File:Constantine's_head_at_capitoline_-_Flickr_-_cking.jpg

Fig. 15 - Alberto Sotio, Crucifijo (Cúpula de Spoleto, 1187) Reconocimiento 3.0 Unported (CC BY 3.0), https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Alberto_sotio_crocifisso_del_duomo_di_spoletto_1187_01.jpg

Fig. 16 - Cimabue, Crucifijo (Iglesia de la Santa Cruz, Florencia, 1287-1288), CC BY-SA 4.0, https://en.wikipedia.org/wiki/Crucifix_%28Cimabue,_Santa_Croce%29#/media/File:Crucifix._Cimabue._Santa_Croce_before_1966.jpg

Fig. 17 - Giotto, Crucifijo (Iglesia de Santa Maria Novella, Florencia, 1290-1300), Dominio público, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Giotto_the_crucifix-1290-1300_Florence_Santa_Maria_Novella.jpg

Fig. 18 - Leonardo da Vinci, El hombre de Vitruvio (Galerías de la Academia, Venecia, hacia 1490), Dominio público, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Uomo_Vitruviano.jpg

Fig. 19 - Masaccio, Adán y Eva desterrados del Paraíso (Capilla Brancaccio, Iglesia de Santa María del Carmine, Florencia, 1424-1425) Dominio público, https://en.wikipedia.org/wiki/Expulsion_from_the_Garden_of_Eden#/media/File:Masaccio-TheExpulsionOfAdamAndEveFromEden-Restoration.jpg

Fig. 20 - Sandro Botticelli, El nacimiento de Venus (Galería de los Uffizi, Florencia, hacia 1485) créditos Daniela Parenti, <https://www.uffizi.it/en/artworks/birth-of-venus>

Fig. 21 - Miguel Ángel Buonarroti, La Piedad (Basílica de San Pedro, El Vaticano, 1497-1499), Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0), https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Michelangelo%27s_Piet%C3%A0,_St_Peter%27s_Basilica_%281498%E2%80%931499%29.jpg

Fig. 22 - Miguel Ángel Buonarroti, Piedad Rondanini (Castillo Sforzesco, Milán, 1564), Reconocimiento Compartir Igual 3.0 no adaptado (CC BY-SA 3.0), https://ro.m.wikipedia.org/wiki/File:Michelangelo_piet%C3%A0_rondanini.jpg

Fig. 23 - Hércules y Caco (El Parque de los Monstruos, Bomarzo, Italia) CC0 1.0 Universal (CC0 1.0) Dedicación de dominio público, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hercules_and_Cacus_-_Parco_dei_Mostri_-_Bomarzo,_Italy_-_DSC02619.jpg

Fig. 24 - Giuseppe Arcimboldo, Rodolfo II, representado como el dios Vertumnus (Castillo de Skokloster, Estocolmo, 1591), Dominio público, <https://tinyurl.com/392bs8nw>

Fig. 25 - [Caravaggio](#), Judith decapitando a Holofernes (Palacio Barberini, Roma, 1598) Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-SA 4.0) https://en.wikipedia.org/wiki/Judith_Beheading_Holofernes_%28Caravaggio%29#/media/File:Judith_Beheading_Holofernes_-_Caravaggio.jpg

Fig. 26 - Diego Velázquez, Las Meninas (Museo del Prado, Madrid, ca. 1656), Dominio Público, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Las_Meninas,_by_Diego_Vel%C3%A1zquez,_from_Prado_in_Google_Earth.jpg

Fig. 27 - Rembrandt, La lección de anatomía del doctor Nicolaes Tulp (Mauritshuis, La Haya, 1632), Dominio público https://en.wikipedia.org/wiki/The_Anatomy_Lesson_of_Dr._Nicolaes_Tulp#/media/File:Rembrandt_-_The_Anatomy_Lesson_of_Dr_Nicolaes_Tulp.jpg

Fig. 28 - Jacques-Louis David, Juramento de los Horacios (Museo del Louvre, París, 1785), Dominio público, https://en.wikipedia.org/wiki/Oath_of_the_Horatii#/media/File:%22Oath_of_the_Horatii%22_by_Jacques-Louis_David.jpg

Fig. 29 - Francisco Goya, El sueño de la razón produce monstruos (Museo del Prado, Madrid, hacia 1799), Dominio público, <https://tinyurl.com/4ypa5cxy>

Fig. 30 - Edgar Degas, El bebedor de absenta (Museo de Orsay, París, 1875-1876), Dominio público, https://en.wikipedia.org/wiki/L%27Absinthe#/media/File:Edgar_Degas_-_In_a_Caf%C3%A9_-_Google_Art_Project_2.jpg

Fig. 31 - Henri de Toulouse-Lautrec, La Toilette (Museo de Orsay, París, 1889), Dominio público, https://en.wikipedia.org/wiki/La_Toilette_%28Toulouse-Lautrec%29#/media/File:Henri_de_Toulouse-Lautrec_-_Rousse_-_Google_Art_Project.jpg

Fig. 32 - Vincent Van Gogh, Autorretrato (Museo de Orsay, París, 1889), Dominio público, https://ro.m.wikipedia.org/wiki/Fi%C8%99ier:Self-Portrait_%28Van_Gogh_September_1889%29.jpg

Fig. 33 - Charlie Chaplin, Tiempos modernos (EE.UU., 1936), Dominio público, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Chaplin_-_Modern_Times.jpg

Fig. 34 - Edvard Munch, El grito (Museo Nacional de Arte, Arquitectura y Diseño, Oslo, 1893), Dominio público, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Edvard_Munch_-_Museo_Nacional_de_Arte,_Arquitectura_y_Dise%C3%B1o.jpg

Fig. 35 - Díptico de Marilyn 1962 (Tate Gallery), Uso legítimo, https://en.wikipedia.org/wiki/Marilyn_Diptych#/media/File:Marilyndiptych.jpg

Fig. 36 - Oliviero Toscani, No Anorexia (campana de sensibilización, 2007) <https://kongres>

- [magazine.eu/2019/10/oliviero-toscani-in-the-city-of-design/oliviero-toscani-no-anorexia-2007/](https://kongresmagazine.eu/2019/10/oliviero-toscani-in-the-city-of-design/oliviero-toscani-no-anorexia-2007/)

ÁREA II - PERSPECTIVA DE LAS HUMANIDADES SOBRE LA OBESIDAD Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (TCA)

1. Perspectiva humanística de la obesidad y los trastornos alimentarios (TCA) en la República Checa

Lukas Merz¹ , Hana Stritecka²

¹Universidad Palacký de Olomouc, República Checa

²Universidad de Defensa, Hradec Králové, República Checa

Resumen: *Este texto tiene dos objetivos: el primero es examinar los datos actuales sobre el peso anormal y los trastornos alimentarios en la República Checa y mostrar las tendencias en las medidas de población. El segundo es ofrecer una visión general del debate público sobre la imagen corporal y los trastornos alimentarios y cómo se presenta en los medios de comunicación y en el espacio público. Se presentan dos estudios: uno entre profesionales sanitarios y otro entre adolescentes y adultos jóvenes. Dos podcasts que tratan de la imagen corporal y los trastornos alimentarios, uno desde la perspectiva de las mujeres y el segundo desde la de los hombres, sirven para ilustrar las tendencias de la sociedad checa y el debate que este tema suscita entre mujeres y hombres.*

1.1 Datos actuales

En esta sección se ofrecen brevemente los datos actuales sobre la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la República Checa y las tendencias que recogen los datos estadísticos. Es importante tener en cuenta estas cifras y tendencias a la hora de debatir el impacto de los medios digitales en una sociedad amenazada por una epidemia de obesidad y un número creciente de personas con trastornos alimentarios. En el área 3 del Manual se incluyen cifras más detalladas.

Los siguientes datos proceden de la Encuesta Europea de Salud (EHIS) realizada en 2018- 2020 que incluyó a personas mayores de 15 años. El 18,5 % de los checos padece obesidad, es decir, el 20 % de los hombres y el 18 % de las mujeres de toda la población. El 47 % de los hombres y el 33 % de las mujeres tienen un ligero sobrepeso. El valor medio del IMC (índice de masa corporal) de los habitantes de la República Checa alcanzó 25,2, justo por encima del límite superior de un peso saludable normal. Este valor es similar al de Eslovenia, por ejemplo, pero la tasa de obesidad es más alta, tanto entre las mujeres como entre los hombres.

El peso está relacionado con un movimiento saludable y una dieta equilibrada. Las actividades físicas de ocio, como el deporte y el fitness, entre otras, influyen en el estado de cada uno de nosotros. Los resultados de la encuesta por muestreo fueron alarmantes en este sentido: el 40% de los adultos checos no practica ningún deporte ni actividad física recreativa. El movimiento físico está más cerca de los hombres, que dedican una media de 3,6 horas semanales, mientras que las mujeres sólo dedican 3,2. Las mujeres se preocupan más por la dieta que por el ejercicio. Lo positivo es que más del 21% de las mujeres comen fruta dos o más veces al día. Sólo el 12% de los hombres disfruta hasta tal punto. Las mujeres también superan ampliamente a los hombres en el consumo de verduras.

En el contexto europeo, en 2014 la República Checa ocupaba el puesto 7th entre los países europeos, con un 18,8 % de población obesa[1]. En las estadísticas de 2019, la proporción de población con sobrepeso (IMC superior a 25) alcanzó el 60 % de la población checa en la franja de edad de 18 años o más y el país se situó en el puesto 3rd

entre otros países europeos[2]. Esto significa que seis de cada diez personas tienen sobrepeso y una de cada cinco padece algún grado de obesidad (IMC > 30).

Lo interesante es que, en el caso de las mujeres, está muy estrechamente relacionado con el nivel de estudios alcanzado, o con el entorno socioeconómico, que está vinculado a la educación[3]. Existe una diferencia de 20 pp. entre las universitarias checas y las mujeres con estudios básicos. El 38 % de las mujeres con estudios universitarios tienen sobrepeso, mientras que el 58 % de las mujeres con estudios básicos tienen sobrepeso. Los datos indican claramente que existe una correlación negativa entre el nivel CINE alcanzado y el porcentaje de personas con sobrepeso. Por eso son necesarias la educación y la concienciación, a pesar de la creencia general de que las mujeres prestan más atención al peso corporal que los hombres. En los hombres, no existe una relación clara entre el nivel de estudios y el sobrepeso, y las diferencias en la prevalencia del sobrepeso en función del nivel de estudios suelen ser mucho menores que en las mujeres.

Las estadísticas más alarmantes muestran un aumento global de la obesidad infantil. Mientras que en 1991 el 7 % de los niños checos tenía sobrepeso y el 3 % se consideraba obeso, en 2001 había un 9 % de niños con sobrepeso y un 6 % obesos. Esto significa que la cifra se duplicó en una década. [4] Si observamos datos más recientes de 2014, en la República Checa se ha multiplicado por dos el número de personas con sobrepeso dentro de todo el espectro de población desde 1991. Demuestra que el número de niños obesos se ha duplicado en la población infantil checa. Uno de cada cuatro niños tenía sobrepeso en la infancia y uno de cada siete era obeso. [5] Existen pruebas suficientes de que la edad a la que se desarrolla la obesidad desempeña un papel fundamental. Un IMC más elevado en la adolescencia está estrechamente relacionado con el desarrollo de problemas de salud relacionados con la obesidad en edades posteriores. Un IMC más elevado al principio de la edad adulta (entre 25 y 40 años) conlleva un mayor riesgo de complicaciones que un IMC más elevado a una edad más avanzada. En otras palabras, cuanto antes se desarrolle la obesidad, mayor será el riesgo y la gravedad de las complicaciones resultantes.

La tendencia de 20 años en el número de niños con sobrepeso, comprobada estadísticamente mediante la prueba de tendencia de Armitage, aumentó significativamente tanto en niñas como en niños. La excepción fueron los niños de cinco años, con una prevalencia de sobrepeso/obesidad estable en los últimos veinte años, entre 2011 y 2016 incluso disminuyó. Las tendencias varían ligeramente entre otros grupos de edad y años, pero la tendencia general es alarmante. En adolescentes (17 años), la incidencia de sobrepeso/obesidad se viene monitorizando desde 2001, observándose un aumento significativo entre 2006 y 2011 [6]. Otros estudios confirman las preocupantes cifras [7] y la conclusión es que la tendencia creciente de los últimos años entre los niños se ha visto acelerada por los encierros en COVID, la falta de deporte y un hábito alimentario inadecuado. El cuadro 1 muestra la tendencia en los niños (hasta los 18 años), siendo el porcentaje relativo al conjunto de la población. Tamaño de la muestra: 4386 niños.

año	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021
sobrepeso	7.0 %	5.3 %	5.8 %	7.2 %	7.8 %	7.5 %	9.6 %
obesos	3.0 %	5.5 %	7.4 %	7.8 %	10.2 %	10.3 %	16.4 %

Tabla 1 [8].

Para ser justos, hay que decir que la prevalencia de la obesidad está aumentando significativamente también en la categoría de edad de 50 a 69 años[9] La República Checa muestra un rápido aumento de los casos de obesidad entre 2007 y 2015 (por ejemplo, entre los hombres, la cifra pasó del 23 % en 2007 al 35 % en 2015).

Estas cifras más elevadas también crecieron más rápidamente en comparación con otros países europeos. Los estudios no responden a la importante pregunta de cuál es exactamente la causa de la tendencia descrita:

¿es consecuencia del crecimiento económico? ¿Existe un cambio en el estilo de vida o una tendencia hacia una menor actividad física? ¿Ha cambiado la norma social sobre la obesidad?

Los datos sobre trastornos alimentarios son más difíciles de encontrar. A diferencia de los registros antropométricos, los trastornos de la conducta alimentaria se registran bajo códigos diagnósticos (6B80-6B8Z) y entran en una categoría de enfermedades de la salud. En 2017, hubo 3.731 pacientes ambulatorios tratados con TCA y 454 fueron hospitalizados en salas psiquiátricas. En 2020, un total de 5.167 personas fueron tratadas por TCA en ambulatorios y hubo 606 hospitalizaciones. En diez años, el aumento del número de casos se sitúa en torno al 15 %. El número de pacientes aumentó más entre los adolescentes de 15 a 17 años. En 2020 se trataron 1.093, lo que supone un asombroso 89 % más que en 2010. La mayoría de los pacientes, el 87%, eran mujeres y niñas. La mortalidad supera el 10 %. Los pacientes mueren a una edad media de 25 años. La mortalidad duplica la de otros diagnósticos psiquiátricos y es diez veces superior a la de la población general. El riesgo de suicidio aumenta hasta 200 veces. La duración media de la enfermedad es de 6 años, pero un tercio de los pacientes tienen un curso crónico que dura de 20 a 30 años hasta la muerte prematura. En una encuesta realizada en 2011 y 2017, el mayor número de casos hospitalizados se registró entre los jóvenes de 15 a 17 años, pero el aumento más rápido entre 2011 y 2017 fue notable en la categoría de edad de 10 a 14 años.

También se informó de que la pandemia de coronavirus tuvo un efecto negativo en el número de nuevos casos: el tiempo que se pasaba en casa, con una actividad física limitada, y en el que el aislamiento social real se compensaba en las redes sociales y los blogs hizo que más jóvenes empezaran a compararse con estrellas de cine y famosos de los medios de comunicación.

1.2 El culto a la belleza

En las sociedades occidentales desarrolladas, el éxito, la felicidad, la juventud y la aceptación social se asocian generalmente a la delgadez. El sobrepeso significa falta de atractivo físico, pereza, falta de voluntad y de control[11] Para las mujeres, lo ideal es ser delgadas y bellas. Para los hombres, esto significa un cuerpo musculoso definido. El incumplimiento de estos ideales tiene una serie de consecuencias sociales negativas. Muchas personas no están genéticamente predispuestas a la delgadez, por lo que tienen que trabajar para conseguirlo con dieta y ejercicio. La sociedad actual trata con prejuicios a quienes no son guapos y delgados, como demuestra la investigación de Sarah Grogan. Han demostrado que a las personas con sobrepeso se les asignan estereotipos negativos como insatisfacción, baja autoestima, pereza, resentimiento, falta de autocontrol, etc. Por ello, en muchos casos se estigmatiza a las personas obesas, y el estigma de la obesidad es uno de los menos tolerados por el resto de la sociedad. El culto a la delgadez mueve literalmente al mundo entero.

Por eso no es de extrañar que la población actual se centre excesivamente en su aspecto y deje de lado sus otros objetivos, como la educación, la carrera profesional, la formación de una familia, las relaciones con los amigos, etc. Por desgracia, a menudo se hace hincapié en el buen aspecto de una persona en lugar de en su carácter y su individualidad. En lugar de mirar a nuestro alrededor para ver cómo es el mundo, sólo nos interesa lo que nosotros parecemos para el mundo. El cuerpo se toma como la parte más visible de nuestra identidad y, como tal, a través de los llamados regímenes corporales (principalmente en el ámbito del consumo de alimentos y la salud), pasa a formar parte de un proyecto de vida reflexivo. De este modo, queda abierto a la transformación activa, especialmente a través de lo que ofrece el mercado de consumo.

Y puesto que se considera que los consumidores tienen todos los medios a su alcance para crear un cuerpo exitoso, e s d e c i r , casi ideal, si no logran este objetivo, son personalmente responsables de tal carencia. El cuerpo se convertía así en un indicador del nivel de autocontrol (visto como un indicador de las cualidades morales) de su propietario. Se toma como lo más valioso que tenemos, como objeto de prestigio y de valoración por los demás, como medio de comunicación y objeto de cuidados necesarios.

Se ha demostrado que entre las principales consecuencias negativas del culto a la delgadez figuran los trastornos alimentarios, que amenazan a jóvenes de todas las clases sociales, independientemente de su educación y lugar de residencia. Los países occidentales desarrollados se enfrentan actualmente a una epidemia de problemas relacionados con la propaganda mediática de una delgadez inalcanzable.

La principal paradoja del ideal de belleza actual es que la figura idealizada que retratan los medios de comunicación no ha dejado de adelgazar desde la llegada de la era de los modelos de moda, mientras que la población engorda debido a las enfermedades de la civilización, la comida rápida, las presiones sociales y las dietas poco saludables. La propagación de problemas relacionados también se debe a la mayor disponibilidad de medios de comunicación y a la facilitación de la comunicación a través de Internet, desde donde nos llegan cada día miles de artículos y fotos de famosos demacrados. Por desgracia, mucha gente no se da cuenta de que modelos, actrices, actores y cantantes pasan varias horas al día en el gimnasio y siguen dietas estrictas para mantenerse delgados y salir bien en la pantalla. Detrás de su aspecto hay todo un equipo de peluqueros, maquilladores, diseñadores de moda, preparadores físicos personales, nutricionistas, y sus fotos perfectas las hace un artista gráfico experto en retoques. Para el ciudadano medio, el ideal de belleza actual es inalcanzable. La sociedad contemporánea persigue constantemente este ideal. El vacío creado por la brecha entre el ideal y la realidad suele causar baja autoestima, sentimientos de inferioridad, depresión y trastornos alimentarios. El impacto de la tecnología digital

La influencia de las tecnologías digitales, especialmente en las generaciones más jóvenes, aumenta constantemente. El acceso a una amplia gama de contenidos puede, especialmente en individuos con una mayor sensibilidad y susceptibilidad a las influencias externas, provocar un trastorno alimentario en relación con el culto a la delgadez, cada vez más discutido. Muchos estudios han confirmado que las personas con mayor propensión a estas enfermedades son muy sensibles a las imágenes idealizadas del cuerpo humano, a los medios de comunicación en línea y a las comunidades que intentan presentar este ideal como un estilo de vida. Sin embargo, en relación con este impacto negativo, también hay otros estudios que investigan la posibilidad de tratar o mitigar los trastornos alimentarios, precisamente a través de medios digitales, por ejemplo, apps, o programas de autotratamiento.

Opinión de los profesionales

En un estudio de 2018 titulado *Reflexiones de los profesionales sobre el impacto de las tecnologías digitales en los trastornos alimentarios*, los autores investigaron cómo se refleja la influencia de las tecnologías digitales en los pacientes que sufren uno de los trastornos alimentarios.*11+ Los autores Michal Čevelíček, Martina Šmahelová y David Šmahel realizaron 30 entrevistas a expertos checos que trabajan habitualmente con clientes que sufren trastornos alimentarios. El análisis cualitativo se dividió en 4 áreas. Analiza los atributos de la tecnología que tienen un impacto directo en los pacientes que sufren trastornos alimentarios, así como las características específicas de la personalidad de estos pacientes que influyen en su interacción con las tecnologías digitales. Por último, el estudio se centra tanto en los riesgos como en los beneficios del uso de las tecnologías digitales por parte de personas psicológicamente desequilibradas.

Los resultados se discuten en relación con el modelo teórico de Rodgers que explica las relaciones entre los trastornos alimentarios y el uso de las tecnologías digitales.

Rodgers describe la relación entre Internet, las redes sociales, la imagen corporal y los trastornos alimentarios utilizando una combinación de cinco teorías: sociocultural, de la identidad social, de la satisfacción, de la impresión y de la objetivación personal. Este modelo describe tres niveles de interacciones con Internet y las redes sociales. El primer nivel describe las redes y los medios sociales como "no participativos", lo que significa que no interactúan con sus usuarios de ninguna manera. Desde este punto de vista, los trastornos alimentarios pueden estar causados por la prevalencia general del culto a la delgadez y la posibilidad de comparar las presentaciones corporales personales.

El segundo nivel describe las redes, en cambio, como un espacio de comunicación e interacción con los demás. La presentación del propio cuerpo está influida y en parte formada por la expresión de los usuarios suscritos al mismo contenido o que operan en la misma plataforma mediática. Estos comentarios obligan al usuario a controlar y vigilar constantemente su propio cuerpo en relación con el ideal de belleza, en este caso el culto a la delgadez. El resultado frecuente de estas afecciones es una mayor insatisfacción con el propio cuerpo y un aumento de los síntomas de los trastornos alimentarios. Estos comentarios y expresiones directas obligan al usuario a retratar su yo ideal, que, sin embargo, en muchos casos es visualmente diferente del verdadero yo, por lo que este ideal no puede alcanzarse en ningún otro lugar que no sea el mundo o el entorno online. Esta comparación entre el yo ideal y el real provoca tensión y ansiedad, sobre todo porque la apariencia real se considera insuficientemente atractiva. Los intentos de alcanzar ese ideal se llevan a cabo en forma de dietas estrictas y actividad física excesiva, que en muchos casos acaban de nuevo en un trastorno alimentario.

El tercer nivel describe Internet como una herramienta gracias a la cual grupos específicos preocupados principalmente por el peso y la imagen corporal pueden comunicarse mejor con otros usuarios y modificar los contenidos presentados. Dichos grupos pueden invitar a otros grupos específicos a suscribirse a los contenidos, por ejemplo, los llamados pro-ana (término que designa los contenidos creados por personas con anorexia nerviosa) de pro-mía (contenidos creados por y para personas con bulimia nerviosa), blogueros y otros. Este tipo de entorno en línea es ideal para reforzar y confirmar ideas y opiniones sobre el propio aspecto físico, gracias a la comunicación periódica entre usuarios individuales. Compartir una actitud vital similar creará una ilusión de aprobación y aceptación por parte del mundo exterior, que a la larga puede conducir a la confirmación y aceptación del trastorno alimentario como parte de la propia identidad.

Los estudios demuestran que la observación demasiado frecuente de representaciones idealizadas de figuras humanas aumenta la agresividad, despierta un sentimiento de ira e insatisfacción y, por último, pero no por ello menos importante, reduce significativamente la confianza en uno mismo. Aún más susceptibles son grupos específicos de personas con sobrepeso u obesidad, personas que buscan un ideal de belleza en el culto a la delgadez e individuos con baja autoestima. Esta muestra aumentos leves y significativos del estado de ánimo depresivo y de la insatisfacción corporal, debidos principalmente al visionado frecuente de contenidos que muestran una delgadez extrema. En general, a través de Internet y las redes sociales, las personas tienen la oportunidad de compararse directamente y aumentar así el riesgo de enfermedad para sí mismas y para los demás.

Los estudios demuestran que el uso de la tecnología puede reducir el sentimiento de vergüenza que suelen experimentar las personas con trastornos alimentarios. El uso de tecnologías y aplicaciones modernas orientadas a la autoayuda influye positivamente en el tratamiento, por lo que se considera un valor añadido y una actividad bienvenida por parte del paciente. Los estudios con un enfoque similar también muestran que el porcentaje de resultados positivos del tratamiento es el mismo tanto para el uso de la tecnología como para el contacto cara a cara. Los grupos de terapia en línea dirigidos por expertos muestran un aumento de los resultados positivos, especialmente en el ámbito de la divulgación de la prevención o los métodos de recuperación de las enfermedades. En algunos casos, incluso los grupos pro-ana pueden considerarse positivos, lo que puede describir mejor la lucha con una enfermedad estigmatizada y con

la autopresentación como tal.

Sin embargo, estas opiniones varían según las publicaciones científicas. La opinión de que el impacto de la tecnología en el tratamiento de enfermedades es negativo tiene cada vez más partidarios que la de un impacto positivo. Los mencionados beneficios de la tecnología se consideran una máscara superficial que en realidad refuerza el trastorno alimentario e impide buscar ayuda y recuperarse. La participación en estos grupos proporciona a los usuarios un sentimiento de pertenencia y apoyo muy necesario.

Entre las variables que influyen en el comportamiento específico de los pacientes con respecto a las tecnologías digitales se encuentran el anonimato, la libertad de elección y la presencia constante del medio. Según los expertos, el anonimato en línea permite a los pacientes que sufren un trastorno alimentario ser mucho más abiertos, es decir, compartir mucha más información sobre su comportamiento y sus hábitos que en la "vida real". Por un lado, el anonimato puede permitir a los pacientes compartir la verdadera naturaleza de su trastorno, facilitándoles la búsqueda de ayuda. Por otra parte, los comportamientos perturbadores pueden propagarse más fácil y rápidamente, gracias a la mayor seguridad que sin duda aporta el anonimato del mundo en línea. La libertad de elección permite encontrar información y comunidades en línea que apoyan tanto los comportamientos sanos como los desordenados. Así, es mucho más fácil mantener hábitos alimentarios poco saludables en un entorno en línea, mientras que la interacción fuera de línea se dirige en la mayoría de los casos a tratar la enfermedad.

Uno de los principales atributos de las tecnologías digitales que contribuye a su influencia negativa es el acceso casi constante e ilimitado, que permite interacciones mucho más intensas con el entorno en línea y, al mismo tiempo, ofrece posibilidades muy limitadas de supervisar estas interacciones.

¿Qué dice el público?

Un tema similar sobre la belleza mediática y el efecto en los consumidores, pero visto desde la perspectiva del público, es el tema central de una reciente encuesta en línea [14]. La muestra estaba formada por 216 encuestados, en su mayoría de edades comprendidas entre los 15 y los 25 años, con estudios secundarios completos. El autor dividió la muestra en dos grupos: F1: mujeres que habían tenido una TCA, F2: mujeres sin antecedentes de TCA, M1: hombres con antecedentes de TCA y M2: hombres sin antecedentes de TCA. Uno de las hipótesis de trabajo fue: las personas con TCA sienten más presión de los medios de comunicación sobre su imagen corporal. También se plantearon cuatro preguntas de investigación secundarias: ¿Cómo influyen los medios de comunicación en la imagen corporal de las personas sin antecedentes de disfunción eréctil? ¿Cómo influyen los medios de comunicación en la imagen corporal de las personas con antecedentes de TCA? ¿En qué difiere la idea del ideal de belleza entre las personas con TCA y las personas sin TCA? ¿Qué tipos de medios intervienen más en la creación y desarrollo de los TCA? Un análisis cualitativo mostró algunos resultados interesantes

La información sobre dietas y regímenes alimenticios se obtiene sobre todo de Internet y los nuevos medios de comunicación. Está claro que la generación más joven está probando diversas tendencias dietéticas, como la comida cruda, la dieta paleo, el ayuno intermitente, la dieta baja en carbohidratos, etc. Esto está estrechamente relacionado con la pregunta anterior: los jóvenes buscan inspiración dietética sobre todo en Internet. La noticia no tan positiva es que el 38 % de los jóvenes menores de 19 años experimenta con dietas, lo que es muy peligroso desde el punto de vista físico y psicológico, ya que a esta edad la persona está creciendo y madurando. También es sorprendente el número de dietas probadas por los encuestados, lo que indica una insatisfacción constante y un esfuerzo por transformar el cuerpo. La influencia de los medios de comunicación, y en este caso principalmente de Internet, es por tanto bastante clara.

La siguiente parte del cuestionario se centraba en la percepción del propio cuerpo. Se puede llegar a la conclusión de que sólo el 10 % de la muestra está satisfecha con su

figura corporal. La insatisfacción relativa de las mujeres prevalece especialmente en el grupo F1, categoría de edad 15-19 años. El 89 % de las chicas de este grupo con antecedentes de TCA están completamente insatisfechas con su cuerpo. Incluso en el grupo F2, la mayoría de las mujeres están insatisfechas, y sólo el 39 % declara una satisfacción total o parcial. La insatisfacción también predomina entre los hombres, aunque en el grupo M2 hay una proporción de 56 % a 45 % de satisfacción. Por lo tanto, se puede concluir que la imagen corporal en las mujeres es peor que en los hombres, peor en las personas con disfunción eréctil, pero la insatisfacción relativa con su cuerpo prevalece sobre la satisfacción relativa, independientemente de la experiencia personal con la disfunción eréctil.

La siguiente parte del cuestionario investigaba qué medios de comunicación relacionados con el cuidado del cuerpo siguen los encuestados y cómo perciben la imagen mediática de la belleza ideal. Las respuestas muestran que las personas son más activas en las redes sociales, es decir, en perfiles especialmente orientados y en grupos motivacionales. Resulta interesante que, al comparar los grupos F1 y F2, los valores relativos de los distintos tipos de medios son prácticamente los mismos. Sin embargo, a diferencia de los hombres, las mujeres siguen más los blogs personales centrados en un estilo de vida saludable (22.8 % de las mujeres frente al 9,3 % de los hombres), especialmente el grupo más joven de menos de 25 años, y también leen revistas con más frecuencia (8,4 % frente al 5,9 %). De un total de 199 respuestas, se descubrió que la generación más joven sigue las tendencias de fitness y estilo de vida saludable en Internet y las redes sociales, independientemente de su experiencia con la disfunción eréctil.

La siguiente pregunta se refería a si los encuestados pensaban que las imágenes de los famosos en los medios de comunicación y los anuncios eran realistas. Podemos observar la misma tendencia para los cuatro grupos de encuestados, excepto para los hombres M2, donde cada uno de ellos respondió de forma diferente. El 74 % de los encuestados piensa que las imágenes de los famosos en los medios de comunicación no son realistas, el 18 % no está seguro y sólo el 8

Sólo en el grupo F2 predominan significativamente las respuestas negativas; por lo demás, la proporción relativa de respuestas individuales en los grupos no difiere mucho. Por ello, la mayoría de la gente es consciente de que la representación de las personas en los medios de comunicación se construye, principalmente gracias a diversas tecnologías modernas y programas informáticos, como Adobe Photoshop. A la pregunta de si los participantes consideran que la representación de modelos y famosos en los medios de comunicación es antinatural y poco saludable, el 48 % opina que sí, el 28 % no está seguro y el 24 % no está de acuerdo. Paradójicamente, las respuestas contradicen en parte la pregunta anterior, en la que la mayoría de los encuestados afirmaba que la imagen que los medios de comunicación ofrecen de los famosos no les parece realista. Sin embargo, para esta pregunta, una gran parte de ellos o bien no están seguros de lo que puede considerarse real, o bien consideran que la imagen de los famosos no es realista, sino sana y natural. Esto también puede generar incertidumbre y confusión, lo que puede repercutir negativamente en la imagen corporal.

La siguiente pregunta se refería a la influencia de los medios de comunicación en su percepción de la belleza y el cuerpo. Más de tres cuartas partes piensan que los medios de comunicación ejercen una influencia negativa sobre nosotros en este sentido.

El 9% cree que tienen un efecto positivo, el 9% no está seguro, y el resto dice que no tienen ningún efecto. Por lo tanto, la gran mayoría de la gente es consciente de que los medios de comunicación tienen algún efecto en nuestra percepción de la belleza, pero según los resultados de la pregunta anterior, aparentemente no están muy seguros de hasta qué punto. Es interesante que las chicas de la categoría F1 sean las que más coinciden en este aspecto: las mujeres que son potencialmente el grupo más susceptible en términos de representaciones poco realistas de la belleza y tienen muy claro el efecto negativo de los medios de comunicación en nuestra percepción de la imagen corporal y la belleza. Esto ilustra muy bien la paradoja que se desprende de las investigaciones

realizadas: las personas son conscientes de que existe cierta influencia de la imagen mediática del ideal (inalcanzable) de belleza física, pero no están seguras de cuál es la naturaleza de esta influencia. ¿Empuja a la gente a comer más sano y a adelgazar? Lo más probable es que no, dadas las cifras de la introducción. ¿La presión ejercida por la afluencia a los medios de comunicación de personas delgadas, bronceadas, musculosas y en forma provoca en el público sentimientos de insatisfacción, vergüenza y culpabilidad que les hacen comer más (o no comer en absoluto)? La siguiente pregunta sugiere una respuesta.

Esta pregunta se centraba en la relación entre ver "gente guapa" en los medios de comunicación y la propia imagen corporal negativa. También en este caso se aprecian diferencias entre mujeres y hombres y, en particular, se observan signos de imagen corporal negativa en el grupo F1, en el que el 39

En el caso de las mujeres F2, predomina la respuesta "casi siempre", pero sólo el 6 % contestó "siempre" y hubo un 21 % que nunca se siente mal consigo misma en tal caso. Aquí, los hombres parecen mucho más resistentes a cualquier presión, lo que se correlaciona con su "inmunidad" frente a las diversas tendencias de la moda, y rara vez ajustan su aspecto para que coincida con el de una celebridad.

Una de las preguntas se centraba en las causas de la disfunción eréctil. Según el 38% de los encuestados, la causa principal es la baja autoestima, que es el mismo porcentaje dado por los encuestados con disfunción eréctil. Es interesante considerar el deseo de parecerse a las modelos de los medios de comunicación como una posible causa de la disfunción eréctil. Las personas con disfunción eréctil no le dan mucha importancia, más bien informaron del deseo de perder peso, especialmente las chicas menores de 19 años (lo que se corresponde con las cifras indicadas anteriormente). Sin embargo, en los grupos F2 y M2 (sin antecedentes de disfunción eréctil) esta opción fue seleccionada por un 27 % de media. En el caso de las personas con experiencia en disfunción eréctil, se hizo hincapié en la influencia del entorno, como la familia, los compañeros, etc. Por lo tanto, se puede concluir que la sociedad como tal ve el mayor riesgo de desarrollar disfunción eréctil en la representación que hacen los medios de comunicación de las figuras demacradas. Sin embargo, las personas que sufren realmente disfunción eréctil parecen ver el riesgo en otra parte.

Cuando se les preguntó si alguna vez habían seguido sitios web y blogs profana o pro-mia, el resultado muestra que el 58% de los encuestados sí lo hicieron, sobre todo durante el periodo de los disturbios. Los hombres nunca han encontrado sitios profana. La mayoría de estos blogs fueron seguidos antes y durante el periodo del TCA por chicas menores de 19 años. Vemos que las redes sociales y los blogs son los más implicados en la creación y el desarrollo de las TCA según esta investigación.

En resumen, se confirmó la hipótesis establecida, es decir, que las personas con disfunción eréctil perciben más presión sobre su cuerpo por parte de los medios de comunicación que las personas sin disfunción eréctil. ¿Cómo influyen los medios de comunicación en la imagen corporal de las personas sin antecedentes de TCA? Los grupos F1 y M1 (con antecedentes de disfunción eréctil) mostraron más insatisfacción con su propio cuerpo en los resultados de la investigación que las personas sin disfunción eréctil. La diferencia era evidente cuando se les preguntaba por el cuerpo ideal (ambos grupos preferían cuerpos más esbeltos en comparación con F2 y M2), y en la insatisfacción con el propio cuerpo y la ansiedad por la necesidad de adelgazar o transformar el cuerpo de otro modo. El grupo de personas con DE también es más consciente de la presión mediática para adaptar su aspecto. Además, se ha demostrado que el grupo de edad más sensible, y en este sentido también el más vulnerable, son las niñas menores de 19 años.

1.3 Debate sobre la positividad corporal y el "fat shaming" en la República Checa

El "body shaming" (y el "fat shaming" en particular) como forma de discriminación está presente. Puede ocurrir a cualquier edad, a cualquier nivel, ya sea en una relación aparentemente amistosa y amable entre padres e hijos, o entre iguales, o en el anonimato seguro de las redes sociales y los medios de comunicación. Es un tipo de agresión ante el que las personas reaccionan de forma diferente y, en el peor de los casos, puede provocar problemas psíquicos y trastornos alimentarios en personas sensibles o vulnerables. En general, se acepta que las redes sociales crean un entorno adecuado para que florezca el "body shaming": en una comunicación indirecta y digital, la gente tiende a ser más crítica, despiadada y desconsiderada en comparación con la comunicación cara a cara. Sin embargo, las víctimas suelen hacer el juego al agresor al colgar en el espacio digital público imágenes que deberían haber permanecido privadas.

Aunque es difícil acceder a las conversaciones privadas que tienen lugar en el espacio virtual y evaluarlas, nos centraremos en el debate público y en la esfera de las personas consideradas *famosas*. Por famosos nos referimos a personas que tienen un amplio y mejor acceso a los medios de comunicación, televisión o radio, que tienen un número significativo de seguidores (como 100k+) de Facebook, Instagram o Twitter. Estas personalidades pueden tener una mayor influencia en el espacio público concediendo entrevistas o apareciendo (in)voluntariamente en periódicos sensacionalistas.

Positivismos corporal y vergüenza de la gordura entre las mujeres

En su podcast *Sádló*, Ridina Ahmed abrió un debate sobre la estigmatización de la gordura que nunca se había debatido de esta manera antes. Su programa se emitió en la radio nacional en 2021 y está disponible como serie de podcasts en Radio Wave, uno de los mayores archivos de audio de la Internet checa centrado en la generación joven[15]. La serie se ha hecho muy popular, se ha convertido en una representación teatral, una exposición fotográfica a gran escala y, en última instancia, en una campaña de concienciación masiva llamada *Moje tělo je moje* (Mi cuerpo en el mío) que ofrece materiales educativos y talleres para niños y jóvenes.[16] Ahmed decidió captar la vida de niñas y mujeres que no encajan en los ideales estereotipados de belleza esbelta, cómo afrontan la presión sobre su aspecto, qué les ayuda y qué les perjudica y si -a pesar de lo que pasan- consiguen aceptar su cuerpo tal como es. El mensaje general de la serie de podcasts no era glorificar el exceso de peso, sino decir que sentir vergüenza no es una buena actitud. Existen riesgos asociados a la obesidad que no deben pasarse por alto, pero sólo una actitud positiva y la motivación pueden conducir a un cambio y a una reducción de peso.

La serie suscitó comentarios tanto positivos como negativos y reacciones contradictorias entre los defensores de la imagen tradicional en los medios de comunicación y los activistas progresistas. El movimiento de positividad corporal se ve muy a menudo bajo una luz negativa, como "promotor de la obesidad", y Ahmed intenta explicar que no es así. Algunos autores ven el resentimiento hacia la positividad corporal desde una perspectiva feminista[16] Remontándonos a... *El mito de la belleza*, de Naomi Wolf (1990), la creciente presión sobre la apariencia de las mujeres y el estrechamiento de los criterios de lo que se considera belleza se ven como una herramienta para mantener el patriarcado. La belleza femenina es una mercancía que puede proporcionar una ventaja relativa a quienes se ajustan al ideal, incluso en un mundo patriarcal. Indirectamente, a través del interés y las relaciones con hombres de éxito, pueden hacerse con su parte de poder y riqueza. O al menos el patriarcado alimenta esta ilusión.

Para ilustrar la paradójica situación en la que, por un lado, aumenta el número de personas obesas y con sobrepeso y, por otro, la percepción sigue viéndolas con prejuicios, desprecio y aversión, he aquí lo que dijo una de las mujeres entrevistadas: "Estar gorda y no avergonzarse de ello es una auténtica gamberrada. Es terriblemente anti sistémico y antisocial. Casi nadie lo soportará. Eso es peor que llevar un mohicano de pelo verde. Me parece socialmente más aceptable esnifar cocaína en el retrete que

estar gordo "*18+

Está generalmente aceptado que las tendencias populares promueven la juventud, la delgadez, la belleza y la forma física, mientras que las deficiencias y desviaciones aparentes del ideal se pasan por alto, se dejan de lado o se tapan. Sin embargo, hay casos de populares actores, cantantes y famosos que no se ajustan al ideal y que, a pesar de llamar negativamente la atención, hacen de su exceso de peso su seña de identidad, su ventaja. Son capaces de agitar el aparentemente rígido dominio de lo delgado, lo deportivo y lo bello, y su peso es siempre un tema atractivo para los medios sensacionalistas. Mientras que algunos entienden esta tendencia como una confirmación de su autoestima, como una marca de su satisfacción con la imagen corporal y un ejemplo positivo, todavía hay voces que condenan, critican y recurren al "fat shaming".

Para dar un ejemplo que resonó entre el público y los expertos por igual, elegimos un artículo publicado en un sitio web sensacionalista Super.cz. El autor se refería al dúo de voleibol playa Barbora Hermannová y Markéta Nausch Sluková, ex campeonas del mundo. Con una creciente atención mediática, el tabloide señaló su cuerpo, que consideraba "lejos de una figura de voleibol", y la etiquetó con un término peyorativo para referirse a una persona con excesiva grasa corporal. Hermannová confesó más tarde que los comentarios de vergüenza corporal en un medio de comunicación de tirada nacional afectaron negativamente a su rendimiento en los Juegos Olímpicos de Río 2016, ya que no se concentró en el deporte, sino que pensó en su aspecto. Admitió que tuvo que trabajar su fuerza mental y su resistencia psíquica para luchar contra esos comentarios vergonzosos. [19]

La cuestión de los trastornos alimentarios se menciona cada vez más en el debate público, pero se ha reservado en gran medida a las mujeres (como se expone más adelante). Por citar algunos ejemplos, cabe destacar el libro de Petra Dvořáková *Já jsem hlad* (Tengo hambre, 2009), ganador del premio nacional checo de literatura Magnesia Litera de no ficción. Petra Dvořáková plantea una narración en capas, cuyo marco es la plasmación de la lucha contra la anorexia nerviosa. La autora rompe la imagen simplificada y generalmente aceptada de la anorexia nerviosa como pérdida de peso por belleza, por el contrario, percibe su conexión con problemas personales, relaciones familiares y de pareja y traumas. Presenta la anorexia como un problema que puede surgir a partir de la relación madre-hija.

Más recientemente, Gabriela Koukalová, gran estrella del deporte checo y medallista olímpica publicó en 2018 una autobiografía en la que confesaba haber sufrido un trastorno alimentario durante 10 años, a pesar de ser una atleta de élite. El libro suscitó una gran atención, sobre todo porque Gabriela Koukalová ha sido considerada un modelo a seguir, una atleta femenina de élite de la que se espera que esté en buena forma, que esté en forma física y mentalmente. Comentó que, a pesar de las dificultades que tiene para hablar de este problema, quería ayudar a otros deportistas y sensibilizar a la opinión pública sobre los trastornos alimentarios. Hay varios modelos (Nikol Švantnerová, modelo, Miss República Checa en 2015) o actores (Hana Vágnerová) que comparten sus historias de lucha contra la anorexia. Sin embargo, estas historias circulan sobre todo en los medios sensacionalistas, donde pierden visibilidad entre los artículos sobre cuántos kilos habían perdido otros famosos. Además, la investigación antes mencionada demuestra que estos sitios web de tabloides no se dirigen a los grupos vulnerables y, si lo hicieran, el efecto podría haber sido exactamente el contrario: en lugar de obtener información, apoyo, ayuda o consejo, las jóvenes susceptibles podrían sentirse más presionadas debido a las imágenes falsas y artificiales del ideal de belleza.

Positivismo corporal y "fat shaming" entre los hombres

Aunque el "body shaming" se ha asociado tradicionalmente a las mujeres, porque la sociedad impone mayores exigencias a los cuerpos femeninos, también ha aumentado la presión sobre los hombres[20] Aunque el "body shaming" es tan doloroso para los hombres como para las mujeres, y las normas culturales y sociales pueden ser igual de duras, hasta ahora sólo un pequeño porcentaje de hombres habla abiertamente de sus experiencias y sentimientos sobre sus cuerpos y sus imperfecciones. Entre otras cosas, los estereotipos de género son los culpables de que muchos hombres tengan miedo de hablar de sus experiencias o ni siquiera se les ocurra reflexionar sobre ellas. Éstos describen a los hombres como "fuertes, sin emociones, dominantes". Este mito se representa con frases como "no llores y contrólate" y burlándose de los hombres que se preocupan por su aspecto, ya que este pasatiempo se atribuye a las mujeres y, por tanto, se considera inapropiado para los hombres. Los estudios de fitness y los anuncios de los gimnasios muestran el cuerpo de los hombres de una forma inalcanzable para la gran mayoría de la población masculina. Esta discrepancia entre el ideal y la realidad crea preocupaciones sobre la imagen corporal que pueden provocar una disminución de la autoestima, culpa o vergüenza que conducen a un mayor aumento de peso.

Los trastornos alimentarios también son cada vez más frecuentes entre los hombres. Sin embargo, los hombres suelen subestimar la enfermedad, por lo que acaba teniendo peores consecuencias para la salud que las mujeres. En su caso, la pérdida de peso mórbida se asocia mucho más a menudo con la depresión y la ansiedad. Los estudios confirman que, aunque la mayoría de las personas sufren trastornos alimentarios etiquetados como un problema femenino, alrededor de una cuarta parte de los afectados son hombres. Sin embargo, los propios hombres e incluso los médicos subestiman los trastornos alimentarios y a menudo asumen automáticamente que sólo pueden afectar a las mujeres. Esta es también la razón por la que los hombres enfermos reciben ayuda profesional mucho más tarde que las mujeres con el mismo diagnóstico y por la que los daños en sus casos tienden a ser más extensos. Los hombres enfermos también lo tienen más difícil en el sentido de que si confían en su familia y en quienes les rodean acerca de su enfermedad, a menudo se les menosprecia, se desconfía de ellos y se les malinterpreta. En resumen, la opinión pública sigue clasificando los trastornos alimentarios como problemas de mujeres. Otra dificultad es el hecho de que los hombres afectados a menudo se avergüenzan de su enfermedad y sienten que no encaja con su "masculinidad".

También se ha demostrado que los trastornos alimentarios se asocian con mayor frecuencia a la depresión y los trastornos de ansiedad en los hombres que en las mujeres. Mientras que las mujeres que sufren trastornos alimentarios están obsesionadas con verse delgadas, la situación es diferente en el caso de los hombres. Por supuesto, las anoréxicas o bulímicas tienen pánico a engordar, pero muchas de ellas no desean un aspecto extremadamente delgado. Mucho más a menudo,

mantienen el peso y la figura soñados precisamente a base de ejercicio excesivo, lo que a menudo pone en peligro su salud.

Por este motivo, palabras como *ortorexia* (obsesión por comer alimentos sanos), *vigorexia* (obsesión por el ejercicio físico para ganar masa muscular) o *neurosis atlética* entraron en el espacio público. Cualquiera de ellos se reconoce como un diagnóstico independiente, que entra en la categoría general de trastornos de la conducta alimentaria, trastornos obsesivo-compulsivos o adicciones comportamentales.

Uno de los mayores logros a la hora de abordar estos temas públicamente, una serie de podcasts disponible en la emisora nacional Radio Wave (en antena y en línea) fue *Hrana (Edge)* [21]. En un formato similar al de *Sádló*, seis episodios exploran la imagen corporal masculina. Cinco personalidades famosas (una periodista, una cantante popular, un cocinero famoso y un actor) hablan de sus diversas luchas con su propio cuerpo, su autoestima y sus trastornos alimentarios y de conducta. Uno de los

entrevistados fue Matěj Pardus (concurante del talent show Superstar, bailarín y cantante), cuyo peso corporal ha sido tema de la prensa sensacionalista durante varios años. Admitió haber recibido cartas de odio del público y consejos de desconocidos para que adelgazara. Como si una persona con sobrepeso no encajara entre los demás talentos del programa, que por supuesto eran más guapos, con un IMC satisfactorio. Otro de los invitados fue un actor, destacado activista gay, cuyo aspecto delgado ha llevado a la gente a animarle a comer, a engordar y a presionarle para que "tenga mejor aspecto", entre otras celebridades.

La diferencia en la percepción de los dos podcasts mencionados radica en las reacciones que provocaron. Mientras que *Sádlo* (desde la perspectiva de las mujeres) suscitó un mayor número de respuestas tanto positivas como negativas, *Hrana* (visto desde la perspectiva de los hombres) no recibió tal impacto y las reacciones fueron en general positivas. Los hombres aprecian que *Hrana* haya abierto este tema, bastante sensible y oculto, y están dispuestos a compartir sus historias y experiencias. Algunas de las reacciones se quejaron de que hay historias personales que no encajan en ninguna de las luchas mencionadas en el podcast, que algunos hombres no se sintieron representados con sus preocupaciones y problemas. *Hrana* se centra en dos aspectos de la imagen corporal, es decir, el tamaño y la forma del cuerpo, mientras que otros aspectos, como la altura, el pelo, el tamaño del pene, quedaron (intencionadamente por el autor) desapercibidos.

En comparación con la oleada masiva de mujeres interesadas en compartir sus historias que Ahmed y su *Sádlo* experimentaron tras los desafíos en las redes sociales, Houdek con *Hrana* describe exactamente lo contrario: dice que la experiencia de la grabación fue estresante. Los encuestados varones seleccionados a menudo no respondían a sus mensajes, cancelaban repentinamente las sesiones concertadas y, cuando se encendía la grabadora, tendían a simplificar sus declaraciones y recurrían a la autocensura. El nivel de autorreflexión es significativamente inferior al que observamos entre las mujeres del podcast de *Sádlo*. La inseguridad en la redacción, el recurso a frases vacías, la costumbre de ocultar públicamente los problemas íntimos y la sensación de inoportunidad están claramente presentes.

Conclusión

Aunque el número de personas con sobrepeso y obesidad en la República Checa va en aumento y el incremento entre los jóvenes se ha acelerado en los últimos años, parece que los medios de comunicación ejercen presión sobre el público en general. Las investigaciones sugieren que el efecto de los medios de comunicación está presente de diferentes formas, que la audiencia es consciente de esta presión y que sí influye en ellos, sobre todo en los más susceptibles, que son los que tienen más probabilidades de desarrollar una TCA. Hemos demostrado que existen programas pioneros en los medios de comunicación que son capaces de abordar este tema de una forma "no sensacionalista". Estas series de podcasts pueden servir como un buen ejemplo de un enfoque subjetivo que proporciona un debate cercano e íntimo. En el espacio seguro del anonimato digital, la gente puede escuchar los desencadenantes, las formas, las luchas y las estrategias que los famosos relacionan con su propio periodo con una TCA. De la comparación de los podcasts se pueden extraer varias conclusiones. En primer lugar, el tema de la imagen corporal masculina y el propio body shaming es una novedad relativa: el debate público todavía tiende a incluir a las mujeres y a mostrar la disfunción eréctil como un tema predominantemente femenino. *Hrana* no ha llamado tanto la atención por las críticas y reacciones encontradas en los medios de comunicación, en las redes sociales o en Internet. En segundo lugar, la atención y la presión de la sociedad recaen en gran medida en las mujeres: los comentaristas y los telespectadores están más dispuestos a debatir estas cuestiones en relación con las mujeres, quizá porque las TCA entre las mujeres ya han entrado en el debate público y pueden

considerarse parte de la comunicación general. Sin embargo, las cuestiones masculinas permanecen al margen del debate y parece que la sociedad está menos dispuesta a aceptarlas. Además, *Hrana* ha descubierto que los problemas relacionados con la imagen corporal masculina y la vergüenza corporal son mucho más complejos y tienen tantos matices, que limitar las entrevistas al tamaño y la forma del cuerpo parece reduccionista, incluso excluyente. Esto confirma el hecho antes mencionado de que los hombres son, por diversas razones, menos abiertos a hablar de su intimidad. Sin embargo, cuando se les pregunta, aportan varios aspectos que permanecen ocultos y de los que no se habla en absoluto en el debate público. Están dispuestos a escuchar historias con las que puedan identificarse. Por el contrario, las mujeres parecen ser más audaces a la hora de entrar en el ámbito de la comunicación pública sobre temas privados e íntimos y compartir sus experiencias, como documenta, por ejemplo, la serie *Vyhonit ďábla*, un podcast galardonado de Zuzana Kašparová y Terézia Ferjančeková en el que se habla de la sexualidad femenina, las relaciones y los temas tabú, y que está clasificado en Spotify entre los diez primeros de la República Checa[23] Se puede afirmar que, a pesar del aumento demostrable de los trastornos alimentarios en los hombres, la sociedad checa considera este diagnóstico principalmente femenino.

También parece que el anonimato de la esfera digital (debates en Internet, podcasts) abre nuevas vías de comunicación sobre la disfunción eréctil, la imagen y la vergüenza corporal. Los medios impresos carecen de perspicacia y no llegan al grupo objetivo vulnerable, es decir, los adolescentes y los adultos jóvenes. Los medios sensacionalistas tienden a avergonzar a los gordos y parecen alimentar la cultura artificial de la delgadez y la belleza.

Existe una tendencia bien documentada al aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad entre niños y jóvenes, y este aumento se ha acelerado durante los dos últimos años debido a las restricciones de COVID. Está claro que habrá más personas que sufran problemas de peso y trastornos alimentarios, y que son necesarias campañas de educación y concienciación para ayudar a hacer frente a este tipo de pandemia.

Referencias

- [1] Disponible de https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_bm1c/default/bar?lang=en.
- [2] Disponible de https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_bm1i/default/table?lang=en.
- [3] Owen, Klára. Moderní terapie obezity: *průvodce pro každodenní praxi+. Praga: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-301-5.
- [4] Marinov, Z. (2014). Nadváha a běžná obezita v dětském věku - zdravotní výzva 21. století. Lékařské listy, 9, příloha Zdravotnických novin 2014: 19(63): p. 21-24.
- [5] szú (2020). Státní zdravotní ústav, Praga. Estudio Zdraví dětí 2016. Consultado el 1. 5. 2022 en http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_16/Zdravotni_stav_2_016.pdf.
- [6] Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, Dětská obezita (2021). Praga: IPVZ, 2022. ISBN: 978-80-87023-58-7.
- [7] Včelařová, Hana. Tesis inédita. Olomouc: Universidad Palacký de Olomouc, 2020.
- [8] Pertold, Filip y Jiří Šatava. *Obezita v České republice: mezinárodní srovnání s využitím dat z projektu SHARE*. Praga: Národohospodářský ústav AV ČR, 2018. Studie (Institut pro demokracii a ekonomickou analýzu). ISBN 978-80-734344-466-2.
- [9] Ústav zdravotnických informací a statistiky. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potraviny_2011az2017.pdf.

- [10] Grogan, Sarah. Imagen corporal: comprensión de la insatisfacción corporal en hombres, mujeres y niños. 2ª ed., Madrid, España. Nueva York: Routledge, 2008, ISBN 0415358213. p. 9.
- [11] Čeveliček, Michal, Šmahelová Martina, Šmahel David (2018) *Reflexiones de profesionales sobre el impacto de las tecnologías digitales en los trastornos alimentarios. Psicología Social Básica y Aplicada*. Taylor & Francis Online. [citado 2022-04-19]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01973533.2018.1446833?scroll=top&ne edAccess=true&instName=Charles+University>.
- [12] Rodgers, R. F., y Melioli, T. (2016). The relationship between body image concerns, eating disorders and internet use, part I: A review of empirical support. *Adolescent Research Review*, 1(2), pp. 95-119. doi:10.1007/s40894-015-0016-6. Říhová, Petra. Sin publicar disertación. Praga: Charles Universidad, 2015. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/64359>.
- [13] Disponible en: <https://wave.rozhlas.cz/sadlo-8398667>.
- [14] Véase www.mojetelojemoje.cz.
- [15] Jarkovská, Lucie. *Podcast Sádlo: Jak zvítězit nad patriarchátem? Přijmout vlastní nekrásné tělo*. <https://a2larm.cz/2021/02/podcast-sadlo-jak-zvitezit-nad-patriarchatem-prijmout-vlastni-nekrasne-telo/>.
- [16] Baslarová, Iva. Ideál krásy jako pevně utažený korzet ženské psychiky. Co je potřeba k tomu, aby zmizely předsudky společnosti? <https://wave.rozhlas.cz/ideal-krasy-jako-pevne-utazeny-korzet-zenske-psychiky-co-je-potreba-k-tomu-aby-8438601>.
- [17] Véase <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/z-prezdivky-maki-a-speki-ke-svetovym-jednickam-hermannova-o-body-shamingu-kterym-trpi-plazove-volejbalistky-53723>.
- [18] Véase <https://www.extra.cz/maki-a-kiki-je-minulost-ted-je-tu-maki-a-speki>, 11. 08. 2016. Consultado el 18. 6. 2022.
- [19] Montgomery Sklar, Elliot. Imagen corporal, peso y autoconcepto en los hombres. En: *American Journal of Lifestyle Medicine* [en línea]. 2017, p. 252-258 [citado 2022-07-05]. ISSN 159- 8276. Disponible en: doi:10.1177/1559827615594351.
- [20] <https://www.mujirozhlas.cz/hrana>. Publicado en noviembre de 2021.
- [21] Disponible en <https://www.dokrevue.cz/clanky/hrana>.
- [22] <https://vyhonitdabla.cz>.

2. La doble cara de Jano: Informe local español

Jonathan McFarland (UAM) *¹

Cristina González (UAM)

María Luisa Cuesta SantaMaría (UAM)

Eugenia Nadolu Vélez (HUSE)

Isabel María Martín Ruiz (Psicóloga clínica, musicoterapeuta y experta en urgencias) (1)

Eva García Perea (UAM)



Fig. 1. Estatua que representa a Jano Bifronte en los Museos Vaticanos (Wikipedia CC BY 3.0).

Resumen. *En este capítulo se examina la conexión inversa entre la dieta mediterránea y las TCA en España, así como el papel crucial que pueden desempeñar y desempeñan las emociones tanto en la aparición de las TCA como en la posible recuperación de las enfermedades. Las TCA están creciendo a buen ritmo en España y la pandemia de COVID- 19 no ha hecho sino exacerbar este aumento. No obstante, creemos que se están dando algunos pasos importantes mediante el uso de las Artes: la Terapia de las Artes Visuales, la Musicoterapia y la Danzaterapia, que vamos a explorar en este capítulo.*

2.1 Introducción

Mi objetivo es cantar las formas en que los cuerpos cambian, transformándose incesantemente en otras formas" *1+ (Metamorfosis - Ovidio, 8 d.C.). Este capítulo está dedicado a una investigación humanística o interdisciplinar sobre la situación de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en España, pero ¿qué son los TCA? "Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos graves y crónicos de la salud mental que se caracterizan por una alimentación anormal, relaciones disfuncionales con la comida y una preocupación por el peso y la figura corporal". *2+ El capítulo se titula Double-Faced Janus, ya que Jano era, entre otras cosas, el dios romano de las "transiciones", la "dualidad" y la transformación. La transición o transformación no sólo está en la raíz de todos los Trastornos de la Conducta Alimentaria, sino que "La condición esquizoide puede ser vista como una cara de Jano: una cara dirigida con miedo y anhelo al mundo objetual externo que está más allá del alcance de la ilusión/delirio de omnipotencia del paciente; la otra cara dirigida a un estado sensorial dominado más primitivo que el conectado con el mundo objetual interno...".

¹ *Autor corresponsal: Mcfarland.jonathan@gmail.com

previsto por Klein y Fairbairn. Esta última "cara" es el fondo inarticulado de la experiencia

esquizoide en la que la fantasía deja paso a la experiencia presimbólica, dominada por los sentidos" *3+.

La transformación y la transición también están en la raíz del ser humano, como describe maravillosamente Gavin Francis en su libro *Shapeshifters: On medicine and Human change* [4+]: "Estar vivo es estar en perpetua metamorfosis. Las fronteras de nuestro yo son porosas, moldeadas y recompuestas por elementos de nuestro entorno. El agua del río fue una vez rocío marino; el año que viene podría fluir en la sangre de tu vecino. El agua de tu cerebro cayó una vez en forma de lluvia sobre antiguos paisajes y surgió en el oleaje de océanos desaparecidos hace mucho tiempo. Desde esta perspectiva, el cuerpo es en sí mismo un arroyo que fluye o un fuego que arde: no hay dos momentos iguales". Este capítulo está dedicado a las transiciones, haciendo hincapié no sólo en las corporales, sino también en las emocionales.

El capítulo debatirá sobre dos conceptos: la Dieta Mediterránea, pero también sobre un concepto más psicológico: Alexitimia.

La dieta mediterránea y los trastornos alimentarios

Otra razón por la que hemos titulado nuestro capítulo Jano de dos caras es que parece haber una paradoja en el corazón de nuestro informe local, que se explicará con más detalle. España, junto con otros países mediterráneos como Italia, sur de Francia, Grecia y otros, ha seguido tradicionalmente la llamada Dieta Mediterránea (DM), que en cierta medida parece ser la antítesis de las TCA.

El concepto de dieta mediterránea se desarrolló para reflejar "los patrones alimentarios típicos de Creta, gran parte del resto de Grecia e Italia a principios de la década de 1960" (5), aunque, de hecho, fue dado a conocer oficialmente por primera vez en 1975 por la pareja estadounidense formada por el biólogo Ancel Keys y la química Margaret Keys. En 2011,

Bach-Faig presentaron en su artículo [6] su pirámide de la dieta mediterránea para hoy (es decir, para el siglo 21st). En este artículo describen la DM de la siguiente manera: "La dieta mediterránea tradicional (DM) es la herencia de milenios de intercambios de personas, culturas y alimentos de todos los países del mundo.

Cuenca mediterránea. Ha sido la base de los hábitos alimentarios durante el siglo XX en todos los países de la región, basados originalmente en modelos agrícolas y rurales mediterráneos. Sin embargo, en la actualidad la DM tradicional se está erosionando progresivamente debido a la difusión generalizada de la economía de tipo occidental, la cultura urbana e impulsada por la tecnología, así como a la globalización de la producción y el consumo de alimentos, relacionada con la homogeneización de los comportamientos alimentarios en la era moderna" [6].

Esta descripción es interesante porque aunque afirma que la DM ha sido la base de los hábitos alimentarios en el pasado, subraya que se está erosionando; de ahí la paradójica situación a la que nos enfrentamos ahora en 2022, donde la obesidad y especialmente la obesidad infantil es un enorme problema sanitario y social en España. Un reciente artículo [7] cuyo título es más que auto explicativo afirma que "España tiene la cuarta tasa de obesidad infantil más alta de Europa", y el artículo continúa asociando el efecto del deterioro de la DM: "Demasiados niños y adolescentes siguen hábitos que van en detrimento de asegurar una dieta de alta calidad como desayunar bollería industrial (31,7%), comer en un restaurante de comida rápida al menos una vez a la semana (23.1%) o consumir dulces y golosinas varias veces al día (22%)", [8] lo que provoca obesidad infantil y enfermedades asociadas: "Dos de cada cinco niños españoles entre 6 y 9 años tienen sobrepeso u obesidad, lo que puede conllevar un aumento de los factores de riesgo cardiovascular y de la incidencia de diabetes, así como consecuencias gastrointestinales, respiratorias, neurológicas y dermatológicas para el desarrollo óseo y muscular".

Estos aumentos pueden explicarse sobre una base estrictamente biológica: ingesta de energía y calorías, metabolismo de las grasas, etc., pero, sobre todo con el sombrero de las Humanidades Médicas/Sanitarias puesto, uno debería alejarse del modelo médico

más "simplista" de describir y comprender las enfermedades, y utilizar el modelo Bio-Psico-Social. Desde esta perspectiva, en la etiología de los TCA hay muchos factores socioeconómicos (comida rápida, etc.), especialmente en los trastornos por atracón. El aumento de la incidencia de los Trastornos por atracón (TA) puede parecer, en un primer análisis, bastante paradójico, ya que en los países mediterráneos *no cabría esperarlo* [9], pero existen muchas presiones (de otro tipo) que hacen posible este aumento de la incidencia.

¿Cuál es la relación entre la DM y los TCA? Gavin Francis vuelve a ser incisivo cuando escribe: "Como determinantes de un buen estilo de vida, establecer la combinación de una adherencia media o alta a la DM con una buena forma física redundará en una mejor calidad de vida relacionada con la salud en los adolescentes." (4) ¿Y en España? Paradójico, de doble filo, de doble cara. Curiosamente, Janus no sólo se refiere al dios romano, sino que también es la abreviatura de una herramienta de cribado de la malnutrición - **JaNuS** - (Just a Nutritional Screening), lo que parece apropiado y oportuno. (10) Sin embargo, el TA y la anorexia pueden **verse afectados positivamente** por la DM. Bertoli et al. (11) afirman: "Nuestros resultados sugieren que el patrón dietético mediterráneo se asoció inversamente con el TA tras ajustar varios factores de confusión potenciales. El consumo de aceite de oliva y frutos secos se asoció a una reducción de la probabilidad de ser diagnosticado de TA, mientras que el consumo de mantequilla, margarina, nata, dulces comerciales y confitería se asoció positivamente."

Además, en otro ensayo español, la cohorte SUN, los investigadores hallaron resultados similares. (Sus conclusiones son interesantes: "Los resultados de nuestro análisis sugieren la posibilidad de que el MDP (patrón dietético mediterráneo) se asocie inversamente con las incidencias de AN (anorexia nerviosa) y BN (bulimia nerviosa)".

Nuestro informe se va a centrar en determinadas zonas, una de ellas es Baleares con el hospital de referencia, el Hospital Son Espases, donde también se encuentra la facultad de Medicina de la UIB, y que cuenta con una unidad dedicada a los SUH. A continuación, puede ver que el aumento global de pacientes con SUH en España también se da en las Islas Baleares.

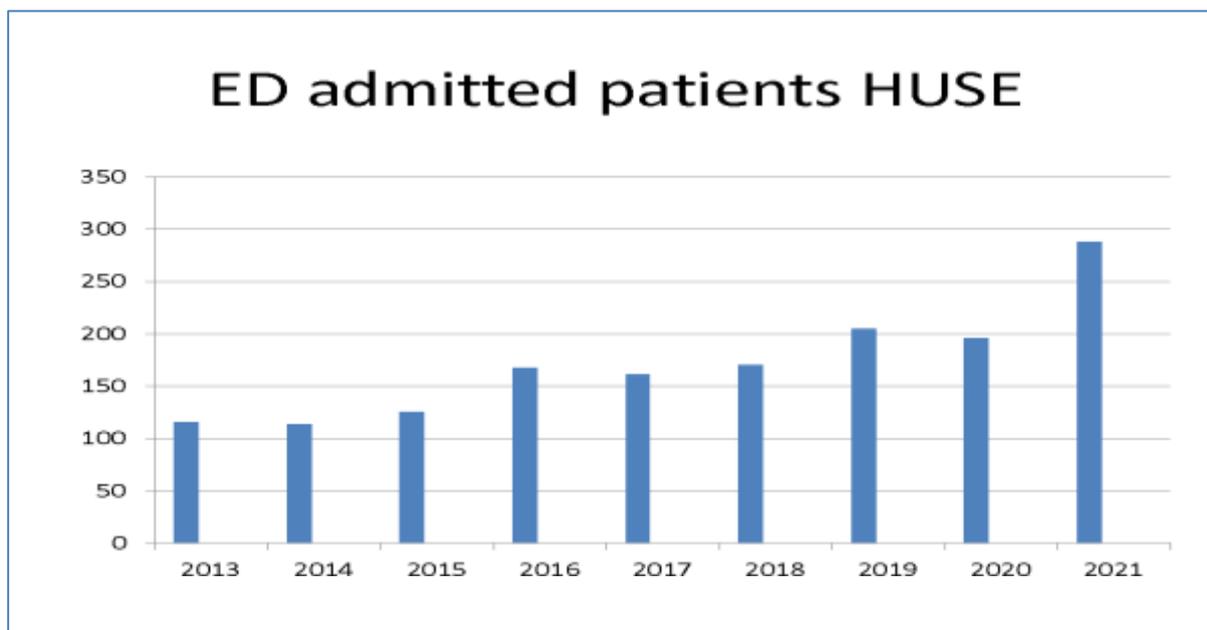


Fig. 2. Datos del HUSE (Hospital Universitario Son Espases, Mallorca, España)

2.2 Emociones y trastornos alimentarios

Las emociones desempeñan un papel fundamental tanto en la aparición como en el tratamiento de las disfunciones eréctiles. Podría decirse que están intrincadamente entrelazados. Las emociones primarias básicas: alegría, tristeza, miedo, ira, asco y sorpresa están siempre presentes en los TCA, ya que las emociones nos ayudan a comunicarnos mejor con los demás, pero también, críticamente nos ayudan a entendernos a nosotros mismos y si no podemos, entonces surgen los problemas. En este caso, las urgencias.

Alexitimia como síntoma de TCA. El problema central del SUH es la dificultad para gestionar las emociones, que los pacientes manifiestan a través del lenguaje corporal porque no son capaces de expresarlas. El término *alexitimia* proviene del griego: ἄ- (*a-*, 'no', prefijo privativo, privativo alfa)

+ λέξις (*léxis*, 'palabras') + θυμός (*thymós*, 'corazón' o 'emociones' o 'sede del habla') (cf. dislexia), que significa literalmente "sin palabras para las emociones". Otra etimología: griego: Αλεξιθυμία ἀλέξω (*alejar*) + θυμός significado - alejar emociones, sentimientos. Entre los términos no médicos que describen condiciones similares se incluyen "sin emociones" e "impasible". Las personas que padecen esta enfermedad reciben el nombre de alexitímicos o alexitímicos. El término fue acuñado por los psicoterapeutas John Case Nemiah y Peter Sifneos en 1973. Timoney, L.R y Holder, M.D afirman que "...la alexitimia incluye las siguientes cuatro características principales: (1) dificultad para identificar y describir los sentimientos subjetivos,

(2) problemas para diferenciar entre los sentimientos y las sensaciones físicas de la excitación emocional, (3) procesos imaginativos limitados y (4) un estilo cognitivo orientado hacia el exterior". En general, las investigaciones indican que la alexitimia es un déficit multidimensional en el reconocimiento y la regulación de los afectos. La capacidad para procesar las emociones se distribuye normalmente en la población y las puntuaciones altas en las medidas de alexitimia pueden representar el extremo inferior de esta capacidad. En general, las investigaciones muestran que la alexitimia se asocia con niveles bajos de bienestar positivo, incluidos niveles bajos de felicidad y satisfacción vital." (13) Estas características están estrechamente relacionadas con las presiones psicológicas personales que sufren los pacientes con trastornos alimentarios.

En las siguientes secciones de este capítulo exploraremos el vínculo entre las emociones y los trastornos alimentarios, ya que las emociones (o la falta de capacidad para expresar las emociones internas) parecen ser el centro de la mentalidad psicológica de los pacientes con TCA. Profundizaremos en cómo permitir a los pacientes con TCA expresar sus emociones internas a través de tres formas diferentes de Terapia Artística, es decir: **(MT) Musicoterapia, DMT (Danza Movimiento Terapia) y AT (Arte Terapia)**, puede ayudar a los pacientes con estos trastornos mentales debilitantes. Utilizaremos proyectos concretos de España para demostrar la utilidad de estas terapias.

2.3 Distorsión de la imagen corporal

La distorsión de la imagen corporal consiste en la percepción alterada de las dimensiones y otras características físicas del propio cuerpo. La apreciación de la propia imagen corporal es subjetiva y muy a menudo no se corresponde con la realidad. En este apartado vamos a mencionar dos casos "reales" por lo que agradecemos a la Dra. Azucena Díez Suárez, pediatra y psiquiatra de la Clínica Universidad de Navarra, España, que destacara estos dos casos en una ponencia titulada "*Valores de los Cuidados de Enfermería en Salud Mental Pediátrica-Juvenil en tiempos de Pandemia*" durante el 68th Congreso de la Asociación Española de Pediatría celebrado en Palma de Mallorca en junio de 2022.[14]

Primer caso clínico

Martina - 10 años. Acude a sus padres, preocupada porque su hermana le ha visto cortes superficiales en el antebrazo y las caderas.

"Ha intentado suicidarse", porque desde la pandemia se siente muy aislada y pasa la mayor parte del tiempo sola en su habitación.

No tiene móvil, pero tiene un historial de uso de Internet en Tablet; Además: parece gorda, come menos Factores de riesgo: Pandemia. Menarquia

Ambos padres personales médico, ocupado debido a la pandemia de COVID-19 Apenas habla en la consulta y está cabizbaja. "novio virtual", "reto a cortarse". Responde claramente **NO** a las preguntas sobre ideación suicida.

Resolución:

Intervención de enfermería

Restricción de pantallas y redes sociales

Mascota en casa

Resolución completa en 3 meses

Segundo caso clínico

Irene



Figs. 3 y 4 - imágenes de Irene (con permiso)

Irene dijo: "Estaba aburrida, hice un reto con una amiga".

15 años, sana hasta el confinamiento; en sus propias palabras, "Perfecta". Así que, como en el primer caso, la pandemia la afectó mucho.

Sufrió una pérdida de peso estimada de 27,5 kg (57,5% del peso corporal), y fue ingresada en el hospital, donde se la cuidó con técnicas de mindfulness y hubo una buena evolución.

Sin embargo, las incidencias aumentaron y empeoraron, con un 41% de empeoramiento de los síntomas centrales de TCA y un 37% de empeoramiento de la psicopatología.

Peor si tienen poca conciencia de la enfermedad y estrategias menos adaptativas. Enfermería: control del peso, seguimiento estrecho en los recursos. Lo interesante en ambos casos es la influencia de la pandemia de COVID-19, que parece haber actuado como catalizador, posiblemente debido al aislamiento y a la sensación de estar alejada de la realidad.

2.4 Uso de terapias artísticas: artes plásticas, música, danza y movimiento

"La arteterapia es el uso de diferentes expresiones artísticas, como la música, las artes plásticas, el teatro, la poesía, la danza y el movimiento, en un contexto terapéutico. A través de la arteterapia, se propone al paciente trabajar con diferentes modalidades artísticas a través de las cuales expresará su mundo interior, sus recursos y sus conflictos. Al crear, el paciente no sólo muestra la patología, sino también los recursos y las posibilidades de cambio." [15] Terapia de artes plásticas (TA)



Fig. 5 - Pabellón psiquiátrico pediátrico-juvenil HUSE (permiso concedido)

Todos los niños son artistas, el problema es cómo seguir siéndolo cuando crecen", Picasso.

Esta famosa cita de Pablo Picasso es importante porque demuestra vívidamente que cuando perdemos al "niño que llevamos dentro", y el periodo de la adolescencia es un periodo de transición o transformación de niño a adulto, podemos perder nuestro verdadero yo, o al menos la capacidad de conectar con él. Por lo tanto, no es casualidad que las disfunciones eréctiles se produzcan, por lo general o predominantemente, en el periodo de transición de la vida de una persona; así que por qué no utilizar el arte para restaurarla, ya que en esta actividad no hay límites para la expresión de los sentimientos. Las artes, como toda expresión no verbal, fomentan la exploración, expresión y comunicación de aspectos de los que no somos conscientes" [16]. Las pinturas son registros de historias y experiencias en imágenes. El color se elige inconscientemente en función de la emoción dominante. La pintura de dedos tiene que ver con el movimiento y a través del movimiento hay libertad de expresión. Primero se crea una imagen y luego se escribe mentalmente una historia sobre la imagen.

La ira es una de las principales emociones que sienten los pacientes con TCA, ira que es una emoción que muy a menudo se *apodera de* la persona. En HUSE, en la Unidad de Salud Mental Pediátrica, la Supervisora de Enfermería (EN) ha utilizado las artes plásticas para intentar contrarrestar el sentimiento de ira. Las obras de arte que se

producen a partir de la ira permiten la representación a través de figuras y formas, texturas de mayor intensidad, favoreciendo la relajación posterior que nos lleva a adquirir mayor conciencia de la alteración que hemos experimentado y por tanto permite la reflexión de lo vivido. Puede ayudar a las personas a ser más conscientes de su *potencial de cambio* y permitir así la aplicación de estrategias para resolver aquellos conflictos que nos impiden disfrutar de una mayor salud y bienestar. La idea es permitir que los pacientes utilicen sus manos primero para romper la ira *interior* y luego para volver a moldearla, como puede verse en las imágenes siguientes.



Figs. 6,7, 8 Pabellón psiquiátrico pediátrico-juvenil HUSE (con permiso)

Otra técnica utilizada en HUSE es la pintura, pero sobre todo la pintura con los dedos, que puede ser una forma de establecer una relación y una conexión con uno mismo y con los demás explorando los sentimientos sin palabras ni lenguaje. Lo importante es restablecer o reconectar con ese "tú" interior. Y, una vez que hayas sido capaz de conectar con tu yo interior, entonces podrás conectar con tus compañeros que sufren la misma agitación. Establecer vínculos con los demás es el resultado de poder establecer vínculos con uno mismo.



Figs. 9, 10, 11 Unidad de salud mental pediátrica HUSE, con Eugenia Nadolu

Musicoterapia (MT) (Isabel María Martín Ruiz) (1)

La musicoterapia, tal y como la define la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT, actualización 2011), es el uso profesional de la música y sus elementos como intervención en entornos médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su salud y

bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y la formación clínica en musicoterapia se basan en normas profesionales acordes con los contextos culturales, sociales y políticos.

Por tanto, cuando se lleva a cabo un proyecto para realizar sesiones de musicoterapia en una unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, se busca contribuir a objetivos generales a nivel de promoción de la salud y el bienestar, pero también se enfatiza la intervención desde objetivos más específicos de diferentes áreas:

- **Área cognitiva:**
 - Fomentar la reestructuración cognitiva, generando formas de pensar más sanas y adaptativas,
 - Mejorar la autoimagen corporal,
 - Intervenir sobre las conductas autolesivas y el riesgo de suicidio,
 - Contribuir al desarrollo de la creatividad .
- **Área emocional:**
 - Desarrollar y promover la autorregulación emocional (de todo tipo de emociones),
 - Crear una identidad personal más positiva y una autoestima más equilibrada,
 - Aumentar el conocimiento, etiquetar y comunicar las emociones para luchar contra la alexitimia característica de estos pacientes.
- **Área social:**
 - Fomente los encuentros sociales para aliviar el aislamiento,
 - Trabajar las habilidades sociales para promover vínculos socioafectivos más sanos.
- **Área física:**
 - Contribuir con terapias nutricionales a la estabilidad del peso corporal (IMC),
 - Fomente el autocuidado físico y mental,
 - Aprenda a relajarse física y mentalmente.

Las **herramientas y recursos musicales** utilizados para alcanzar estos objetivos son:

- El uso de la **voz**, como parte intrínseca del yo, que ayuda al conocimiento personal y promueve la búsqueda de la mejora (dando voz a mi yo sano que quiere curarse). El uso de la voz se basa en actividades como el canto de canciones, la utilización de todo tipo de recursos vocales, el góspel, la sonorización de estados emocionales.
- El uso de **instrumentos musicales** como el hang drum, la guitarra, el ukelele, el teclado, la calimba (La kalimba, o calimba, también conocida como sanza, mbira o mambira, es un instrumento musical idiófono de sonido dulce inventado y extendido por todo el continente africano), el yembré (pequeños instrumentos de percusión) - más como una extensión del yo con la que puede expresarse tanto interpersonal como intrapersonal mente. Posibilidad de sesiones en grupo de instrumentación, improvisación y creación.
- **Recursos corporales** para expresar y reconectar emocionalmente con el cuerpo a través del movimiento y la comunicación no verbal. Se hace uso de la danza y el movimiento, así como de la percusión corporal.
- **Vital BSO**. A través de este recurso, se explora la historia musical de los usuarios, conociendo qué música los ha acompañado en sus vidas y en momentos personales importantes [17].
- **Técnicas pasivas**. A través de baños de sonido, visualizaciones guiadas, masajes terapéuticos, mindfulness musical, etc. podemos encontrar un espacio para las sesiones más receptivas, que buscan la relajación de cuerpo y mente.
- **Composición de canciones**. Esta técnica de crear canciones a partir de vivencias o experiencias emocionales puede fomentar la identidad personal o la de un grupo social, si se trata de una creación conjunta.

En los años de profesión realizando musicoterapia con usuarios con TCA en un hospital público de Barcelona, he podido apreciar cómo la música ayuda a movilizarlos a nivel emocional, generando conexión afectiva y comunicación, y promoviendo una regulación emocional saludable y adecuada al contexto. Asimismo, la música ayuda a aliviar la depresión y la ansiedad (comúnmente asociadas a los trastornos alimentarios), a relajarse, a mejorar el sueño y el descanso, a mejorar y crear una identidad y una autoestima adecuadas. Busca dar voz a la voz interior sana que quiere sanar, reducir los niveles de estrés y presión. Las sesiones de musicoterapia se perciben como un entorno lúdico y relajado que ayuda a reducir el sentido del ridículo, trabajando desde el humor y desde la creación de un buen vínculo terapéutico con el profesional musicoterapeuta y/o con el grupo.

En conclusión, la musicoterapia ofrece un entorno ideal, que en el contexto hospitalario o ambulatorio en el que se desarrollan las sesiones, ofrece un espacio positivo y humano susceptible de ayudar a estas personas durante un proceso complicado, con el objetivo de acompañarlos en su recuperación.

Danza/movimiento terapia (DMT)



Fig. 12. Edgar Degas, *La pequeña bailarina de catorce años* (1880) (Wikipedia Creative Commons CC0 1.0 Dedicación Universal al Dominio Público)

En general, las terapias de expresión corporal que implican movimiento o actividades estáticas, como la relajación o la meditación, no suelen ser bien toleradas por los pacientes con TCA, ya que les llevan a la introspección, situación en la que no se encuentran cómodos porque no saben cómo gestionarla y puede llegar a agobiarles. Sin embargo, paradójicamente, por otro lado, las actividades de movimiento sí les permiten

centrarse en la actividad y no en el cuerpo, podríamos decir que conectan con el cuerpo a través de la actividad.

En su estudio sobre las disfunciones eréctiles en bailarinas de ballet de Málaga, España, Alvero-Cruz et al. escriben: "La influencia de los factores culturales y sociales en el desarrollo de las disfunciones eréctiles y sus manifestaciones se ha investigado desde múltiples perspectivas", y el artículo continúa diciendo que en el caso de las bailarinas "es bien sabido que pasan innumerables horas practicando frente a espejos donde sus cuerpos son examinados de cerca por ellas mismas y por los demás". Esta inspección minuciosa por parte de ellos mismos y de los demás es algo que les hace sentirse incómodos consigo mismos y con su imagen corporal, lo que se agrava debido, como menciona Alvero-Cruz, "a los altos niveles de perfeccionismo en relación con la danza y con una forma corporal específica, combinados con las presiones socioculturales en favor de la delgadez inherentes a la profesión de la danza."*18+ María Conde Gutiérrez [19] también equipara la danza clásica con un factor de riesgo de TCA: "La danza clásica es una disciplina exigente que requiere de los bailarines un excelente control de su propio cuerpo, una figura extremadamente esbelta y una considerable dedicación. Estas elevadas exigencias podrían favorecer el desarrollo de trastornos alimentarios en las personas que se inician en esta práctica, configurando una población de riesgo." *19].

No obstante, la DMT se ha utilizado para aliviar o "curar" la disfunción eréctil. Frisch.M. et al en su artículo seminal *20+ afirman acertadamente que: "El cuerpo es un campo de batalla central en los trastornos alimentarios, lo que convierte a la DMT en un tratamiento complementario prometedor". Es interesante cómo el artículo conecta mente-cuerpo: nuestra adhesión al dualismo cartesiano desde el siglo 17th, en occidente al menos, ha llevado a un enfoque dicotómico de todo lo que nos rodea, y no menos en medicina y salud. Este artículo lo rebate añadiendo que "la mayoría de los terapeutas del movimiento de la danza basan su arte terapéutico en la idea de que el cuerpo y la mente están conectados inconscientemente (o conscientemente) y se esfuerzan por influir en la mente a través de algún tipo de trabajo directo con el cuerpo". En otras palabras, los efectos positivos sobre el cuerpo pueden provocar a menudo cambios positivos en la mente".

En España, existen estudios que demuestran que la danza y la terapia del movimiento pueden utilizarse para contrarrestar el malestar y, de forma similar a la MT y la TA, permiten que el paciente con TCA se familiarice y se sienta cómodo con su propio cuerpo. Y esto se puede conseguir a través de la danza: la moneda de dos caras, el Jano bifronte, de nuevo en funcionamiento. Vamos a utilizar un estudio español - *Rehabilitando el propio cuerpo: Un estudio piloto sobre los efectos de la danza movimiento terapia sobre la imagen corporal y la alexitimia en los trastornos de la conducta alimentaria* (21), y aunque se trata de un estudio mixto (es decir, cuantitativo y cualitativo) nos centraremos en el cualitativo, que trata sobre las emociones de los pacientes con trastornos de la *conducta* alimentaria, e incluiremos algunas de sus narraciones personales.

Se reclutaron 14 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria de una clínica privada de Barcelona llamada SETCA (Servicio Especializado en Trastornos de la Conducta Alimentaria). Siete de estos pacientes fueron asignados al grupo DMT mediante cuasi aleatorización, mientras que los otros cinco recibieron el tratamiento habitual. Para el grupo DMT, se realizaron doce sesiones durante un periodo de 14 semanas, y fueron opcionales. Mientras tanto, ambos grupos, el de DMT y el de Control, continuaron con el tratamiento habitual.

Además, se invitó a cada uno de los participantes en el grupo de DMT a llevar diarios reflexivos para obtener una mejor comprensión de los procesos y poder expresarse.

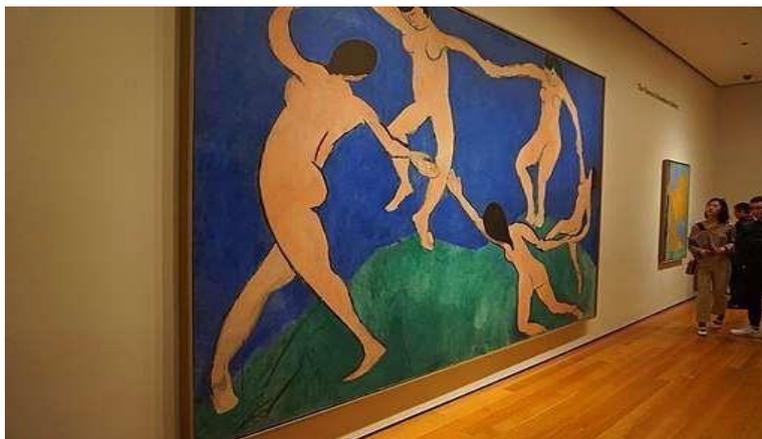


Fig. 13 Henri Matisse, *La danse* 1909, (Wikipedia Creative Commons CC0 1.0 Dedicación Universal al Dominio Público)

A continuación se presentan ejemplos *aleatorios* de esos diarios reflexivos incluidos en los cinco ámbitos siguientes: (A) Emoción, estado de ánimo y alexitimia, (B) Cuerpo y movimiento, (C) Aspectos interpersonales, (D) Metáforas y (E) Reflexiones.

(A) Emoción, estado de ánimo y alexitimia.

"Hoy estaba emocionalmente menos tranquilo y en paz debido a las circunstancias y tomar en un futuro próximo" (P1S04) "Salgo de la sesión con más energía y feliz, sintiéndome mejor que antes" (P5S10) "Me sorprendió haber llorado tanto, tan profundamente, tan intensamente..." (P6S07)

(B) Cuerpo y movimiento Los participantes disfrutaron de distintos aspectos de las sesiones de movimiento:

"- con la pelota, pude identificar qué partes de mi cuerpo eran más receptivas" P6S05 o "Más tarde, cuando tuvimos que caminar, mi lado divertido y "juguetón" salió con la pelota. (como el poder) (P5S10)

(C) Aspectos interpersonales

Los autores mencionan cómo los elementos interactivos fueron muy importantes, ya que elevaron los niveles de energía de los participantes, al igual que ocurrió con la *vinculación* experimentada en la AT en HUSE bajo la tutela de Eugenia Nadolu. He aquí algunas reflexiones: "Me gustaba P7 como compañero. Me sorprendió positivamente y ha sido una forma nueva y diferente de conocerla y acercarme un poco más a ella" (P6S10) o "También me gustó mucho el siguiente ejercicio. Alguien tocando mi barbilla, sujetándola desde abajo. Me hizo sentir especialmente bien, fue como no dudar nunca o no olvidarse nunca de mantener la cabeza alta" (P6S12).

(D) Metáforas

Los autores citan a Lakoff y Johnson (22) cuando se refieren a la metáfora no sólo como representaciones lingüísticas, sino también como sueños, recuerdos y *sentimientos*, y en una de las técnicas se guía a los participantes para que pensarán en un lugar que pudiera transmitir una sensación de seguridad y protección. Uno se refirió a la playa, pero sin mucha gente, mientras que otro dijo: "No puedo ver el océano, pero está dentro de mí". Confusión. Un café en París, vacío. Puedo observar el paisaje a través de las ventanas del café. Calma". Otra mencionó que su lugar seguro era una persona: "Es mi lugar seguro". (P6S07).

(E) Reflexiones

Mostraremos dos reflexiones, una más negativa que la otra, para dar una imagen más amplia: "La soledad. Creo que se trata sobre todo de eso, junto a otras cosas. Al final, el núcleo de todas mis preocupaciones es el miedo y la base de todo es la soledad, no

sentirme atendido, querido."(P4S11), mientras que otro paciente reflexiona: "Ahora tengo la mente más abierta, "me ha venido bien cambiar de opinión" (P5S07).

Estos comentarios son interesantes ya que demuestran, creo yo, que las palabras de los autores, "el análisis cualitativo reveló otros factores de las sesiones de DMT que fueron apreciados por los participantes, ya que informaron de un aumento de la autoconciencia, una mejora de los estados emocionales, así como valoraron la interacción verbal y no verbal con los miembros del grupo y con el terapeuta", suenan ciertas.

La clave quizá esté en combinar las terapias artísticas, como en este caso la DMT, con los tratamientos más tradicionales de la disfunción eréctil. Esta combinación aportaría equilibrio y proporcionaría un enfoque más holístico y eficaz a una enfermedad complicada que se debate entre el cuerpo y la mente. Nuestros cuerpos están en constante transformación como Gavin Francis ha mencionado al principio de este breve capítulo, pero las TCA son cambios que nos afectan tanto física como emocionalmente, como menciona Francis al hablar de la anorexia nerviosa, "... Es una enfermedad inescrutable: desconcertante y frustrante para quienes la padecen, como puede serlo para quienes intentan ayudar. Algunas enfermedades mentales disuelven los límites del yo, desgarrando las costuras por las que nos mantenemos unidos" *4+ Creemos que esta última frase está en la esencia de las disfunciones eréctiles, y aún queda mucho por hacer para combatir esta aterradora destrucción del yo en los pacientes con disfunción eréctil. Las emociones desempeñarán un papel importante.

Referencias

- [1] Ovidio, y Allen Mandelbaum, *The Metamorphoses of Ovid*. Nueva York: Harcourt Brace, 1993.
- [2] Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 2013.
- [3] Schneider, John A. *Trastornos alimentarios, adicciones y fantasía inconsciente* Boletín de la Clínica Menninger; primavera de 1995, 59(2):177-90.
- [4] Gavin Francis, *Shapeshifters: A Doctor's Notes on Medicine & Human Change*, Wellcome Collection, 2019.
- [5] Willett WC; Sacks, F; Trichopoulou, A; Drescher, G; Ferro-Luzzi, A; Helsing, E; Trichopoulos, D "Pirámide de la dieta mediterránea: un modelo cultural para una alimentación saludable". *American Journal of Clinical Nutrition*. 1995, 61 (6): 1402S-6S. [doi:10.1093/ajcn/61.6.1402s](https://doi.org/10.1093/ajcn/61.6.1402s). [PMID 7754995](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7754995/)
- [6] Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, Medina FX, Battino M, Belahsen R, Miranda G, Serra-Majem L; Grupo de Expertos de la Fundación Dieta Mediterránea. La pirámide de la dieta mediterránea hoy. *Actualizaciones científicas y culturales. Public Health Nutr*, 2011 dic; 14(12A):2274-84. doi: 10.1017/S1368980011002515.
- [7] [http://www.medicosypacientes.com/articulo/espana-cuarto-pais-de-europa-con-mayor- índice-obesidad-niño](http://www.medicosypacientes.com/articulo/espana-cuarto-pais-de-europa-con-mayor-indice-obesidad-niño)
- [8] Estudio sobre nutrición, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España 2019 https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/InformeBreveALADINO2019_NAOS.pdf
- [9] D'Innocenzo S, Biagi C, Lanari M. Obesity and the Mediterranean Diet: A Review of Evidence of the Role and Sustainability of the Mediterranean Diet. *Nutrients*. 2019 Jun 9, 11(6):1306. doi: 10.3390/nu11061306. PMID:31181836; PMCID:PMC6627690.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6627690/>

[10] Donini LM, Ricciardi LM, Neri B, Lenzi A, Marchesini G. Risk of malnutrition (over- and under- nutrition): validation of the JaNuS screening tool. *Clin Nutr.* 2014 dic, 33(6):1087-94. doi:10.1016/j.clnu.2013.12.001.

[11] Bertoli, S., Spadafranca, A., Bes-Rastrollo, M., Martínez-González, M., Ponissi, V., Beggio, V., Leone, A., Battezzati, A. La adherencia a la Dieta Mediterránea está inversamente relacionada con el trastorno por atracón en pacientes que buscan un programa de pérdida de peso. *Clinical Nutrition.* 2015, 34. 107-114. 10.1016/j.clnu.2014.02.001.

[12] <https://www.unav.edu/web/departamento-de-medicina-preventiva-y-salud-publica/proyecto-sol>

[13] Timoney, L.R., Holder, M.D. Definición de Alexitimia. En: *Déficits de procesamiento La felicidad.* SpringerBriefs in Well-Being and Quality of Life Research. Springer, Dordrecht, 2013,

https://doi.org/10.1007/978-94-007-7177-2_1

[14] Asociación Española de Pediatría. Eventos digital <https://www.aepeventosdigitales.com/courses/info/914#:~:text=This%20new%20edici%C3%B3n%20will%20place,4%20of%20June%20of%202022.>

[15] Arteterapia como terapia para pacientes con trastornos alimentarios en Anorexia y Bulimia, Profesionales ACT, Recursos, Testimonios

<https://www.clinicacta.com/ctatestimonios/testimonios-de-pacientes-con-anorexia/>

[16] Edward A. S. Duncan, *Foundations for practice in occupational therapy*, Elsevier Churchill Livingstone, 2006.

[17] Banda Sonora Vital es un proyecto de investigación sobre música y memoria promovido por el Grupo de Investigación en Tecnología Musical de la Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España <http://bandasonoravital.upf.edu/>.

[18] Alvero-Cruz JR, Parent Mathias V, García-Romero JC. Somatotype Components as Useful Predictors of Disordered Eating Attitudes in Young Female Ballet Dance Students. *Journal of Clinical Medicine.* 2020; 9(7):2024. [https://doi.org/10.3390/jcm9072024.](https://doi.org/10.3390/jcm9072024)

[19] María Conde Gutiérrez, Factores de riesgo individuales y contextuales asociados al desarrollo de trastornos alimentarios en bailarinas clásicas, Tesis de Licenciatura, Universidad del País Vasco, 2020, <https://addi.ehu.es/handle/10810/47686>.

[20] Maria J. Frisch, Debra L. Franko & David B. Herzog (2006) Las terapias basadas en las artes en el tratamiento de Trastornos de la alimentación. *Trastornos de la alimentación*, 14:2, 131- 142, DOI: [10.1080/10640260500403857](https://doi.org/10.1080/10640260500403857). Savidaki, M., Demirtoka, S. & Rodríguez-Jiménez, RM. Rehabilitando el propio cuerpo: Un estudio piloto sobre los efectos de la danza movimiento terapia en la imagen corporal y la alexitimia en los trastornos alimentarios. *J Eat Disord* 8, 22 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00296-2>.

[21] Lakoff, G., Johnson, M. *Metáforas por las que vivimos.* Chicago, University of Chicago Press, 1980.

3. Tendencias y perspectivas de la imagen corporal en Lituania

Aelita Skarbalienė, César Agostinis - Sobrinho, Akvilė Sendriūtė, Egidijus Skarbalius.

Universidad de Klaipėda Klaipėda, Lituania

aelita.skarbaliene@ku.lt, cesaragostinis@hotmail.com, akvile.sendriute@gmail.com,
e.skarbalius@gmail.com

Resumen. *El aspecto del cuerpo humano y su imagen en la sociedad lituana son actualmente uno de los temas sanitarios más relevantes. En los medios de comunicación y en Internet se presta mucha atención al aspecto del cuerpo humano y a la imagen de la persona, prevaleciendo ciertas normas de apariencia corporal cuyo incumplimiento puede repercutir negativamente en la salud física y mental de una persona y en su vida social. Los individuos y la sociedad perciben y evalúan la imagen corporal basándose en la forma, el peso, las medidas de la circunferencia, otras características de la apariencia física del cuerpo y sus defectos. Los nutricionistas lituanos señalan que en la sociedad sigue existiendo el estigma de que la obesidad no es una enfermedad, sino un descuido de la persona, razón por la cual las personas con obesidad rara vez hablan abiertamente de las dificultades que temen. El cuerpo delgado es deseable en Lituania. Sin embargo, en contraste con la influencia negativa de los medios de comunicación en la formación de la imagen corporal, también se están produciendo iniciativas positivas por parte de instituciones formales, personas influyentes y medios de comunicación.*

3.1 Introducción

El número de personas obesas y extremadamente delgadas está aumentando en los países desarrollados y en vías de desarrollo, por lo que el problema sigue siendo un

importante reto para la salud pública en todo el mundo, incluida Lituania [1].

El aspecto del cuerpo humano y su imagen en la sociedad lituana contemporánea son uno de los temas sanitarios más relevantes. En los medios de comunicación y en Internet se presta mucha atención al aspecto del cuerpo humano y a la imagen de la persona, prevaleciendo ciertas normas de apariencia corporal cuyo incumplimiento puede repercutir negativamente en la salud física y mental de una persona y en su vida social. Los individuos y la sociedad perciben y evalúan la imagen corporal basándose en la forma, el peso, las medidas de la circunferencia, otras características de la apariencia física del cuerpo y sus defectos [2].

Históricamente, los primeros mensajes en prensa sobre la imagen corporal en Lituania datan de los años 20 del siglo XX. El final de la década de los 20 es un periodo en el que ya se está formando una cierta capa (social) media en las ciudades lituanas, cuyos rasgos distintivos se definen como ser lituano, vivir en zona urbana y ejercer una actividad profesional. Este grupo se autodenominaba la *intelligentsia*. En esa época aparecen nuevas publicaciones periódicas de prensa, centradas en la clase media que busca nuevos aspectos de autoidentificación. En estas publicaciones se inicia por primera vez el discurso de la belleza y sus temas afines: moda, coqueteo, baile moderno, cuidado del cuerpo. Se cree que el estatus social del grupo representado por la persona se expresa a través de la apariencia, por lo que ésta debe ajustarse a ciertos modelos convencionales. La apariencia de un habitante de la ciudad debe ser diferente de la de un obrero o un campesino, es decir, la apariencia de un habitante de la ciudad debe ser moderna. En este caso, la modernidad se percibe como seguir el ritmo de esos cánones de belleza que llegaron a Lituania desde París o Hollywood. La primera innovación de la que hablan los sociólogos que estudian las sociedades de la época es el renacimiento de la corporeidad. Se diferencia de los anteriores renacimientos de la corporeidad en que el cuerpo se convierte no sólo en objeto de admiración, sino de construcción. La construcción del cuerpo adopta a menudo formas brutales.

En la prensa se publicaban constantemente diversas fórmulas de proporciones corporales y se animaba a las mujeres a creer que podían alcanzarlas si se esforzaban [3].

En la sociedad moderna, la imagen corporal se define como un complejo conjunto multivalorado de constructos somáticos y psicológicos que representan un retrato de la apariencia física, el tamaño y la forma del cuerpo, los sentimientos y el comportamiento del sujeto [4]. En la sociedad moderna está muy extendida la conciencia corporal objetivada, es decir, la tendencia a percibir el propio cuerpo como un objeto observado y evaluado por los demás [5].

Hay varios componentes que determinan una u otra evaluación del propio cuerpo. Estos componentes incluyen un determinado comportamiento humano, estado o entorno, es decir, hábitos alimentarios en el círculo familiar y/o de amigos, índice de masa corporal, medios de comunicación (televisión, prensa), estado psicológico (confianza en uno mismo, tendencia a la depresión, acoso experimentado o sufrido debido al peso, defectos corporales) [6]. Los medios de comunicación, como uno de los componentes mencionados, crean las condiciones para que la sociedad ejerza presión para ajustarse a las normas y expectativas relacionadas con la apariencia.

Estudios realizados en Lituania han revelado que la imagen corporal de los adolescentes está relacionada con la autoestima (sentimiento de amor propio del individuo), el autoconcepto y la regulación del bienestar psicológico. Muchos factores biológicos, psicológicos y socioculturales influyen en la imagen corporal saludable y en la distorsionada (el tamaño y la forma reales del cuerpo de una persona, la autopercepción, el estado mental, el entorno familiar, las opiniones de parientes y colegas, las normas culturales, la presión social, los medios de comunicación impresos y visuales, la comercialización de formas corporales poco realistas y la promoción) [7]. Los medios de comunicación, la presión familiar y de los compañeros, el acoso escolar y muchos otros factores psicológicos pueden fomentar la insatisfacción corporal y contribuir así al desarrollo de trastornos alimentarios [8]. En los medios de comunicación se publican

imágenes de personajes famosos o modelos, y sus imágenes están estrechamente relacionadas con la influencia en la imagen corporal de los adolescentes. Los adolescentes buscan información en los medios de comunicación para comprender su papel y su valía social [9].

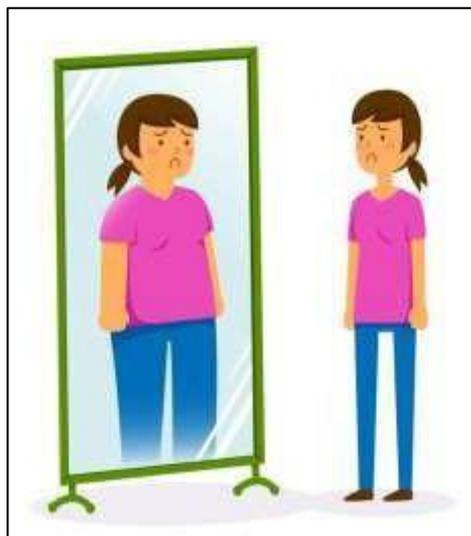
Así pues, los medios de comunicación y el entorno social llevan casi 100 años moldeando la imagen corporal en Lituania. Como resultado, se siguen muchos trastornos alimentarios y problemas psicológicos en adolescentes [10]. Sin embargo, teniendo en cuenta que las tendencias en las actitudes hacia la imagen corporal cambian aproximadamente cada cinco años, a continuación se revisan las tendencias actuales de gordura y delgadez en Lituania.

3.2 La imagen del cuerpo gordo en Lituania

Según el Departamento de Estadística, en los últimos años más de la mitad de la población lituana padecía sobrepeso, es decir, el 38% tenía sobrepeso, la mayoría hombres, y al 19% se le diagnosticó obesidad. Este último diagnóstico es más frecuente en las mujeres. Aunque el sobrepeso se asocia a cerca de medio centenar de problemas de salud y a un estado mental negativo, en Lituania esta afección se ignora inmerecidamente.

Las observaciones del Instituto de Higiene muestran que el número de niños obesos está aumentando en Lituania. En los años 2019-2020, una quinta parte de todos los niños menores de 18 años tenían sobrepeso o eran obesos. El sobrepeso puede ser señal de enfermedades graves como diabetes, enfermedades endocrinas o problemas pancreáticos. También se sabe que las enfermedades del sistema nervioso central contribuyen a la obesidad.

Aunque la pandemia de COVID-19 y los cierres restringieron los movimientos y las oportunidades de realizar actividad física y crearon las condiciones previas para el aumento del sobrepeso, los médicos observan que el número de personas con sobrepeso en la consulta no ha aumentado. Así, en la sociedad lituana, la actitud hacia la obesidad está ligeramente distorsionada y no se considera un problema relevante. Los médicos afirman que la gente suele acudir al médico por otros problemas, aunque la obesidad y el sobrepeso suelen ser la causa de otras enfermedades. ¿Qué se considera "talla grande"? la opinión sobre el propio cuerpo se forma a una edad muy temprana. Hay muchas cosas que influyen en la forma en que los jóvenes se ven a sí mismos. A pesar de las diversas medidas educativas, es difícil escapar a la imagen corporal "ideal" que promueven los medios de comunicación actuales (en la televisión, las revistas, Internet y las redes sociales). En Lituania, el culto a la belleza sigue fuertemente distorsionado. Aunque la industria mundial está intentando cambiar esta situación, por ejemplo, conocidas marcas de producción masiva, como Nike, intentan elegir más a menudo modelos de tallas grandes, en Lituania sigue siendo difícil aceptarlo. En Lituania hay proyectos que han tenido un impacto negativo en la percepción que tienen los adolescentes de las chicas de tallas grandes. Por ejemplo, se seleccionó a chicas de tallas grandes para participar en el proyecto televisivo "Size (R)Evolution". El espectáculo se diseñó para demostrar que, independientemente de la talla que tengan las mujeres, son fuertes, bellas y merecen ser juzgadas por su talento, no por la talla de la ropa que llevan. Durante el reality show, las chicas lucharon por el título de ganadora, el nombre de modelo de tallas grandes y otros premios. Y... La ganadora del proyecto fue una chica que medía 183 cm y pesaba 73 kg. Su IMC era de aproximadamente 22, por lo que pertenecía al grupo de peso normal. Según la popular fórmula de Brock, una niña debería pesar 84 kg.



Derechos de autor de la imagen: yeletkeshet / 123RF Stock Photo

Estilistas lituanos de renombre y los medios de comunicación también empezaron a hablar de ese concepto erróneo de "chica de talla grande". Ha habido un debate sobre el impacto que tiene en los jóvenes que una chica de peso normal sea vista como una "modelo de tallas grandes". Lo más probable es que, debido a la escalada de esta percepción, una chica joven que lleve ropa de la talla M (EU36) se asigne a sí misma la categoría de chica de tallas grandes y se ponga inmediatamente a dieta. Por no hablar de que, tras la final de dicho programa, los organizadores dijeron que la ganadora tenía que ser carismática, valiente y no necesariamente MUY rellenita. Aun así, se supone que mientras ve un programa de televisión de este tipo, la joven no pensará realmente en algunos rasgos de su carácter o en su valentía ante las cámaras. El hecho de que una mujer que lleva ropa de la talla M se considere rellenita, probablemente será lo más importante para el joven.

Es importante mencionar que la decisión de la ganadora del proyecto de participar en dicho espectáculo estuvo determinada por una idea equivocada sobre su propio peso. De adolescente, participaba en la selección de modelos y no le quedaba bien la ropa de la talla XS (EU34), por lo que ella misma decidió que era demasiado gruesa y necesitaba adelgazar. La dieta no dio resultados duraderos y la chica desistió.

Así, las actitudes formadas hacia la imagen corporal y los estereotipos pueden tener un efecto de bola de nieve y afectar no sólo a un individuo, sino a toda una generación.

La belleza no tiene peso

Sin embargo, frente a la influencia negativa de los medios de comunicación en la formación de la imagen corporal, también se están produciendo iniciativas positivas.

La fotógrafa Simona Banyte se propuso demostrar que las mujeres de tallas grandes son bellas. Hace unos años puso en marcha el proyecto fotográfico "La belleza no pesa", que continúa hasta hoy. Simona fotografía a mujeres con ropa de tallas grandes y se alegra de contribuir a su bienestar. El título del proyecto se elaboró cuidadosamente hasta que finalmente quedó fijado: que la belleza no tiene peso en el sentido literal de la palabra. La belleza no pesa 50 kg, 90 kg o lo que sea. De hecho, es imposible sopesar la belleza.



Derechos de autor de la imagen:
deniskalinichenko / 123RF Stock
Photo

El autor del proyecto sigue estando de acuerdo en que, en sentido figurado, la belleza tiene peso y, en muchos casos, bastante. Por naturaleza, todo el mundo desea ser bello. Pero la percepción de la belleza es diferente en cada persona. Esta percepción se forma a medida que una persona crece y madura. La belleza siempre se ha entendido de forma diferente, sobre todo la belleza de la mujer. A lo largo de la historia de la humanidad, se ha considerado que una mujer bella era rellenita o esbelta, de piel blanca como el papel o extremadamente bronceada, con y sin cejas gruesas, etc.

Así, la fotógrafa comenzó este proyecto fotográfico allá por 2014, cuando no era tan popular en Lituania hablar de las mujeres de tallas grandes, especialmente hacer fotos, y compartirlas en público. En aquella época, no era nada fácil encontrar mujeres dispuestas a participar en un proyecto fotográfico de este tipo, mostrar las formas de su cuerpo y dar a conocer lo que normalmente acostumbran a ocultar.

Hoy, todo es diferente. Por fin, las nuevas tendencias mundiales han llegado a Lituania y las casas de moda más famosas eligen modelos de tallas grandes para sus desfiles, se organizan diversos proyectos televisivos cuyos participantes son mujeres y hombres de tallas grandes, las portadas de las revistas están decoradas por personas de diferentes tallas, etc. Es gratificante que el enfoque de la belleza exterior sea cada vez más amplio y se esté expandiendo.

Según Simona, es especialmente importante ver ejemplos así para los niños y adolescentes que aún se están desarrollando. Es importante ayudarles a darse cuenta de que está bien ser como uno es, que el exterior y la talla de la ropa que se lleva no son un veredicto de que uno es mejor o peor. Se observa que actualmente hay una nueva tendencia en las redes sociales, a saber, mostrar una imagen realista de uno mismo sin filtros. Y es realmente gratificante.

A la fotógrafa Simona le sorprende mucho que las mujeres que escriben y quieren participar en un proyecto fotográfico sean a menudo delgadas o incluso muy delgadas pero se consideren a sí mismas de talla grande. Cuando una joven sube su foto, en la que se ve claramente que tiene un tamaño corporal medio y que necesita al menos otros 20 kg a la talla grande, resulta muy triste que subestime su imagen real y se infravalore a sí misma.

Sin embargo, a continuación se cuenta cómo una mujer cambió su actitud hacia su cuerpo durante la vida del proyecto.

La historia de Paulina: tardé en quererme con toda la grasa y la celulitis

"La adolescencia en sí fue bastante difícil. No entendía lo que me pasaba, por qué estaba cambiando, por qué estaba cambiando mi cuerpo. Recuerdo cómo de repente pasé de ser una niña extremadamente delgada a una mujer. Una mujer con todos los beneficios. Ahora lo llamo ventaja, pero en aquel momento no me gustaba nada.

Por lo tanto, intenté librarme de los cambios siguiendo varias dietas. Seguía queriendo ser lo que era: una chica delgada.

Se consiguió el resultado deseado, pero sólo fue temporal. Tan pronto como volví a mi dieta normal, el extra

peso volvió al mismo tiempo. Viví así durante casi 7 años. Solía poner a dieta mi cuerpo para perder peso. Tardé un tiempo en darme cuenta por fin: "¡Mi cuerpo es mi casa y me encanta con toda la grasa, estrías y celulitis!".

Mi vida ha cambiado desde el día en que cambié de opinión. La confianza en mí misma ha aumentado. He empezado a no tener miedo a la ropa más abierta e incluso al bañador. Por fin fui feliz. Una mujer tiene que parecer femenina. Creo que todos los cuerpos son increíbles. Digo esto porque yo mismo fui tanto extremadamente delgado como con mucha grasa, así que puedo afirmar sin temor a equivocarme que el peso es sólo un número. Lo más importante es cómo te sientes en tu cuerpo, si te hace bien vivir en él o si eres feliz. Al fin y al cabo, nuestro cuerpo es nuestro hogar para toda la vida, por lo que debemos respetarlo y cuidarlo como es debido. No para evitar la actividad física y la comida sana, porque de eso depende nuestro bienestar. Por supuesto, no tengamos miedo a las reuniones con amigos y a un trozo de tarta, ¡lo más importante es el equilibrio!".

Esta historia y las de otras participantes se comparten públicamente para inspirar a otras mujeres a confiar en el cuerpo que tienen y a procurar tener un cuerpo sano, pero no una determinada imagen corporal.

Una invitación a cambiar las actitudes hacia la imagen corporal

Los nutricionistas lituanos señalan que en la sociedad sigue existiendo el estigma de que la obesidad no es una enfermedad, sino un descuido de la persona, por lo que las personas con obesidad rara vez hablan abiertamente de las dificultades a las que se enfrentan debido a la actitud crítica. Por ello, en los últimos años, la educación en salud pública se ha centrado en la obesidad como enfermedad causada por la interacción de factores genéticos y ambientales que conducen al desarrollo y la progresión de otras enfermedades, y se anima a la población a consultar a especialistas médicos y sanitarios [11].

Numerosas investigaciones demuestran que tanto los niños como los adultos de Lituania tienden a tener una actitud negativa hacia las personas con sobrepeso. Esto está directamente relacionado con la opinión predominante en la sociedad de que el peso puede controlarse y de que el sobrepeso se equipara a la falta de voluntad. Por ejemplo, durante el experimento social realizado en un gimnasio, se pidió a las adolescentes que calificaran las fotos de otras chicas en términos de atractivo: las chicas con sobrepeso recibieron las puntuaciones más bajas. Sin embargo, cuando se advirtió a los participantes en el experimento de que las chicas obesas tenían problemas de tiroides, sus fotos resultaron tan atractivas como las de las chicas de peso moderado. Así, en el primer caso, las chicas con sobrepeso se percibían como responsables de su propio peso y, en el segundo, como víctimas de problemas de salud.

Para combatir el estigma de la obesidad, últimamente se ha educado a la sociedad en que, ante todo, debemos identificar personalmente nuestras propias actitudes y actitudes hacia el peso, que transmitimos inconscientemente a través de nuestras palabras y comportamientos, contribuyendo así al estigma. Debemos percibir el sobrepeso como un problema de salud específico y no atribuirlo a una persona como un rasgo personal. "Soy obeso" significa que ya soy así y no voy a hacer nada. En provoca desesperación y desencadena un círculo vicioso de pensamientos negativos. "Estoy

enfermo de obesidad" significa que hay un problema que está un poco alejado de mí. De este modo, es más fácil controlarlo y tomar ciertas medidas concretas para solucionarlo.

Otra cuestión importante que hay que enseñar es cómo llamar a estas personas. Hay que decir que una persona "tiene sobrepeso", "tiene un índice de masa corporal elevado" o "es obesa". Los distintos idiomas tienen una terminología y una jerga normativas para denominar a las personas con sobrepeso. Algunos términos pueden resultar ofensivos. Hay que educar a la sociedad sobre cómo llamar éticamente a las personas con sobrepeso.

Los medios de comunicación también podrían ayudar a reducir el estigma de la obesidad. En los artículos sobre obesidad y problemas de sobrepeso, en los anuncios sobre cómo adelgazar, solemos encontrar la imagen de un adulto o un niño con sobrepeso reducido a ciertas partes del cuerpo que son las más gruesas, que apenas causan admiración. Éste es un mensaje erróneo que transmiten las imágenes, que los anunciantes siempre podrán sustituir utilizando personas no obesas [12].

3.3 La cultura de la esbeltez o llevada a la perfección

La cultura de la delgadez en los medios de comunicación lituanos

Al realizar la encuesta sobre los ideales de delgadez en los medios de comunicación lituanos, se ha observado que este tema no está muy estudiado, por lo que se investigaron los ideales de delgadez promovidos exclusivamente en los medios impresos.

En un estudio realizado en 2002, se entrevistó a 4.347 niñas de entre 10 y 18 años. Se constató que, según los encuestados, el ideal de cuerpo delgado es promovido por las revistas. También se descubrió que la revista, que idealiza principalmente un cuerpo extremadamente esbelto, es considerada por las chicas como *Panelė*. Es necesario mencionar que durante este estudio no se analizó el contenido de los medios de comunicación, pero las declaraciones de las chicas sobre el ideal del cuerpo promovido en ciertas publicaciones sugieren que el contenido de las revistas lituanas para mujeres y chicas presta especial atención al ideal de esbeltez y a las formas de conseguirlo y mantenerlo [13].

Otra publicación analiza los roles y estereotipos de género más que los ideales corporales. Sin embargo, los autores de este estudio señalan que "... todos los estudios tienen un denominador común. Se trata de una atención destacada al cuerpo de la mujer, es decir, a la sexualidad y a los factores que la favorecen". Así, incluso cuando se trata del lugar y el papel de la mujer en la sociedad, su carrera y sus logros profesionales son indispensables sin tener en cuenta el ámbito de la figura corporal ideal [14].

Otro estudio analizó la forma ideal del cuerpo promovida en las cuatro revistas más leídas por las chicas de 15-16 años: *Panelė*, *Žmonės*, *Extra Panelė* y *Cosmopolitan*. Tras analizar las fotos publicadas en revistas, se descubrió que "la mitad de las fotos muestran cuerpos en el límite entre la anorexia y la normalidad, y un tercio de ellas muestran imágenes del cuerpo de una mujer que cumplen los criterios de la anorexia". Las fotos que cumplen los criterios de la anorexia son más frecuentes en los anuncios" [15].

El mismo estudio también descubrió que las chicas con un IMC bajo tendían a considerar que tenían una complexión normal, mientras que las que tenían un IMC normal tendían a considerar que tenían sobrepeso. Según los autores del estudio, esto demuestra que los medios de comunicación forman una autopercepción distorsionada y tienen un impacto negativo en el desarrollo de la personalidad de las jóvenes, tanto física como psicológicamente.

Otro estudio presenta las tendencias en la representación de las señales de la imagen corporal en las revistas lituanas dirigidas a niños y adolescentes en relación con los cambios del índice de masa corporal (IMC) real y la percepción del tamaño corporal de las chicas de 16 a 19 años en los años 2000 y 2015. Se eligieron tres revistas de divulgación, publicadas tanto en el año 2000 como en el 2015, para analizar en profundidad sus contenidos (se contabilizó y comparó la periodicidad de los distintos temas). La atención prestada a una imagen corporal saludable ha aumentado y la

promoción de cuerpos femeninos especialmente delgados ha disminuido durante los últimos 15 años, pasando del tipo dominante en el año 2000 a la representación de cuerpos ligeramente delgados o de compleción normal en 2015. Sin embargo, el IMC real de los jóvenes de 16-19 años Las chicas lituanas han aumentado significativamente durante el periodo 2000-2015 (de 20,09 a 21,32 kg/m²; p<0,001). A pesar de este hecho, las adolescentes mayores estaban más satisfechas con su propio tamaño y forma corporal en el año 2015 que en el 2000. El presente estudio demostró que las representaciones cambiantes de los temas relacionados con la imagen corporal en los medios de comunicación de masas (revistas dirigidas a chicas adolescentes) se produjeron paralelamente a los cambios en el tamaño corporal de la autoestima adecuada en chicas adolescentes [16].

Tendencias en el fomento de la actividad física

El Programa de Salud de Lituania prevé aumentar la actividad física de la población del país. Su objetivo es incrementar en un 50% el número de estudiantes físicamente activos y reducir el número de personas físicamente inactivas menores de 65 años.

Cada vez hay más centros deportivos y de salud privados en Lituania, que ofrecen condiciones para hacer ejercicio a las personas con ingresos superiores a la



media y a los más altos.

Derechos de autor de la imagen: robuart /123RF Stock Photo

Sin embargo, el culto al cuerpo promovido por la industria de la belleza y los medios de comunicación ha ocupado un lugar central en los sistemas de comercialización de muchos centros deportivos privados, socavando así los objetivos y la importancia de la actividad física. La identificación de la actividad física únicamente con la mejora del cuerpo y la difusión de tales actitudes se asocian a daños directos e indirectos para la salud pública.

En la actualidad, la política deportiva lituana se centra en el fomento del deporte de élite, y la actividad física se entiende, en el mejor de los casos, como el movimiento Deporte para Todos. Ninguna institución estatal asume la responsabilidad de las condiciones de actividad física que se ofrecen a la población. Con la expansión del mercado de centros deportivos y servicios de belleza privados y con la ayuda de los medios de comunicación, el país cultiva un culto al cuerpo. La actividad física se convierte en un medio para conseguir la imagen deseada del cuerpo, pero no en un medio para lograr una cultura común [17].

Otro ejemplo negativo es el de los famosos influencers lituanos. Habla mucho de deporte, estilo de vida sano y equilibrio. Constantemente sube vídeos, historias de Instagram sobre un estilo de vida sano y equilibrado. Sin embargo, cuando entras en su

perfil de Instagram, lo primero que ven tus ojos es el mensaje claramente enviado: "He perdido 30 kg. Sé cómo hacer que TÚ los pierdas". Y aunque más abajo sigue escribiendo sobre equilibrio, alimentación y adelgazamiento, la primera idea formada es que "tú, que estás leyendo el post, pesas demasiado y necesitas seguir una dieta para adelgazar".

Sin embargo, cada vez hay más blogueros gastronómicos que crean contenidos en las redes sociales sobre alimentación sana y equilibrada, animan a mantener un peso corporal óptimo al comer y no hablan de la necesidad de limitar la comida ni de agotadoras dietas de ayuno. También es importante mencionar que las mujeres lituanas son cada vez más atrevidas y ya no tienen miedo de hablar abiertamente de las enfermedades, problemas y dificultades a los que se enfrentaron y de los que se libraron más tarde. Aunque es difícil encontrar relatos de las propias chicas sobre los trastornos alimentarios, los psicólogos, nutricionistas y profesionales de la salud están muy implicados. Cuentan abiertamente a las jóvenes, y así las educan, lo que ocurre si tienen miedo a engordar, quieren adelgazar sin razón y padecen bulimia o anorexia. Incluso en los medios de comunicación nacionales han aparecido recientemente textos educativos con base científica sobre el índice de masa corporal, los fluidos corporales y la masa muscular y grasa. Su objetivo es informar al público en general de los mitos que no deben creerse y de lo que es útil que todo el mundo sepa.

Se explica que es importante hacer un seguimiento no sólo del peso, sino también de otros datos, del músculo y de la proporción de grasa, porque al empezar a hacer ejercicio, la masa muscular varía según el tipo y la intensidad del deporte.

Pesarse a diario tampoco tiene sentido. Tanto hombres como mujeres pueden tener un error medio de 1,5-2 kg. El mejor pesaje es el de los miércoles, porque si una persona trabaja o estudia de lunes a viernes y en esos días intenta seguir el régimen de dieta y ejercicio, y el fin de semana se relaja, el pesaje del lunes será inexacta. El consumo excesivo de sal también provoca una acumulación adicional de agua en el organismo.

Para concluir, se recomienda controlar las señales que envían el cuerpo y uno mismo. Un enfoque individualizado de la actividad física y la salud es lo más beneficioso [18].

Experiencia del Centro de Trastornos Alimentarios

Se ha creado un Centro Nacional de Trastornos Alimentarios en el Centro de Salud Mental de la ciudad de Vilna. El departamento ofrece servicios especializados de nivel secundario en régimen ambulatorio, de hospitalización y de hospital de día para adultos, y servicios de hospital de día para niños y adolescentes. El departamento es una base docente de la universidad, donde realizan estudios prácticos residentes y estudiantes de máster en psicología clínica, fisioterapia y enfermería.

El tratamiento es escalonado y complejo. Los pacientes son consultados por un terapeuta, un neurólogo, un rehabilitador y un trabajador social, según sea necesario. Se realiza un examen psicológico, se aclara el diagnóstico y se organiza el trabajo en equipo. El equipo está formado por todo el personal del departamento: médicos, enfermeras, psicólogos, un nutricionista, un fisioterapeuta y médicos residentes y estudiantes de máster en psicología. Cada semana, el equipo analiza el estado de los pacientes, los cambios en el peso y la composición corporal, el cumplimiento del régimen diario y dietético, la dinámica individual y de grupo, y anticipa los flujos de trabajo semanales.

Los adolescentes también son consultados en régimen ambulatorio y son atendidos por un psiquiatra infantil y adolescente. El tratamiento para adolescentes puede continuar en un hospital de día para niños y adolescentes. Ofrece servicios especializados de hospital de día para adolescentes de 14-15 años con trastornos alimentarios. El tratamiento en un hospital de día dura una media de 6 semanas. Servicios prestados en el hospital de día: psicoterapia individual y de grupo, consultas de un médico nutricionista y un psiquiatra de niños y adolescentes, clases psicoeducativas para adolescentes y sus padres.

Durante la entrevista, el personal médico del Centro reveló que la atención en el hospital de día es muy beneficiosa para los adolescentes. Las sesiones psicológicas con padres e hijos desempeñan una importante función educativa. Los padres de los

adolescentes reconocen que hay una gran falta de información sobre cómo comunicarse con un hijo con un trastorno alimentario, cómo pueden ayudar los padres y familiares al adolescente, etc.

Dado que el centro acoge a adolescentes de toda Lituania, se decidió aumentar el número de plazas en la unidad de hospital de día en un futuro próximo y, al mismo tiempo, ampliar la duración del tratamiento en este hospital para consolidar mejor los resultados conseguidos.

3.4 Conclusiones

Casi el 60% de la población lituana tiene sobrepeso, el 19% obesidad y de ellos la mayoría son hombres. Además, la obesidad en edades tempranas está aumentando y los datos actuales muestran que una quinta parte de todos los niños y adolescentes lituanos tienen sobrepeso o son obesos. Aunque el sobrepeso está asociado a varios problemas de salud, esta afección no parece tener una gran importancia o prioridad en la agenda nacional de salud pública de Lituania.

Estudios realizados en adolescentes lituanos han demostrado que la imagen corporal está asociada a la autoestima, el autoconcepto y la regulación del bienestar psicológico. Los medios de comunicación, la presión familiar y de los compañeros, el acoso escolar y muchos otros factores psicológicos fomentan la insatisfacción corporal, contribuyendo al trastorno alimentario y a los problemas de salud mental. Por ejemplo, en la televisión lituana, una mujer con un IMC ≈ 22 (grupo de peso normal según la OMS) fue la ganadora de un programa de televisión de "tallas grandes". Así pues, los medios de comunicación y el entorno social han ido configurando la imagen corporal en Lituania en el último siglo. Estudios nacionales también han demostrado que la forma ideal del cuerpo es promovida principalmente por cuatro revistas para adolescentes, en las que más del 50% de su contenido muestra cuerpos en la frontera entre una anoréxica y una normal, y un tercio de ellas muestran imágenes del cuerpo de una mujer que cumplen los criterios de la anorexia. Por ello, el culto a la belleza sigue fuertemente distorsionado en Lituania. Aunque la industria mundial está intentando cambiar esta situación, con ropa y modelos de tallas grandes, en Lituania no ha sido muy bien aceptada. Los nutricionistas también señalan que en la sociedad sigue existiendo el estigma de que la obesidad no es una enfermedad, sino un descuido de la persona, por lo que las personas con obesidad rara vez hablan abiertamente de las dificultades a las que se enfrentan, debido a la actitud crítica. Los estudios nacionales también demostraron que tanto los niños como los adultos tienden a tener una actitud negativa hacia las personas con sobrepeso.

En general, a pesar de las limitaciones de los estudios lituanos, el presente capítulo pone de relieve la importancia de una nueva agenda nacional de salud pública sobre cuestiones relacionadas con la salud del cuerpo humano, como son: los estándares de apariencia corporal, las autopercepciones, los trastornos alimentarios y el sobrepeso a todas las edades. Por lo tanto, para reducir el riesgo de estigmatización, las campañas de salud pública (intervenciones basadas en la comunidad, en el hogar, en las escuelas, en el trabajo y en los medios de comunicación) deben centrarse en mensajes que promuevan estilos de vida saludables para todas las edades, independientemente del peso, y evitar que el peso sea el tema principal de sus mensajes. Este enfoque puede crear una cultura menos vergonzosa, también puede comenzar a nivel comunitario con acciones de base para fomentar normas culturales más inclusivas y aceptadas en torno a la apariencia corporal.

Referencias

- [1] Raskilienė A. Antsvoris Lietuvos gyventojų populiacijoje: paplitimo pokyčiai, susiję veiksniai ir lėtinių ligų rizika. Tesis doctoral, Kaunas: 2016.
- [2] Pačiauskaitė I., Stepukonis F., Jurgutis A. Risk factors for body image

- dissatisfaction and its psychosocial and health impact across the lifespan: the educational need and opportunities for specialist. *Visuomenės sveikata* 2016/priedas Nr. 2, 70-74.
- [3] Lotužytė K. ¿Por qué las mujeres deben ser guapas? Reflejos de la transformación de las concepciones de la feminidad en la prensa lituana de entreguerras. *Menotyra* 2003; 2(31), 61-66.
- [4] Efectivo TF. Enciclopedia de la imagen corporal y la apariencia humana. Academic Press. Londres. 2012.
- [5] Lindberg SM, Hyde JS, McKinley NM. Una medida de la conciencia corporal objetivada para jóvenes preadolescentes y adolescentes. *Psychology of Women Quarterly*. 2006;30:65-76.
- [6] Van den Berg P, Paxton SJ, Keery H, Wall M, Guo J, NeumarkSztainer D. Insatisfacción corporal y comparación corporal con imágenes de los medios de comunicación en varones y mujeres. *Imagen corporal*. 2007;4(3): 257-268.
- [7] Hermanussen M. Auxology. Estudiar el crecimiento y el desarrollo humanos. Schweizerbart Science Publishers. Ed. Por Tutkuvienė J. 2013;66-67.
- [8] Miškinytė A, Perminas A, Šinkariova L. Valgymo elgesio sąsajos su nepasitenkinimu savo kūnu bei vaikystėje patirta fizine ir psichologine prievarta. *Medicina*. 2006;42(11):944- 948.
- [9] Warren CS, Schoen A, Schafer KJ. La internalización de los medios de comunicación y la comparación social como predictores de la patología alimentaria entre los adolescentes latinos: El efecto moderador del género y el estatus generacional. *Sex Roles*. 2010;63:712-724.
- [10] Tutkuvienė J. (2007) Índice de masa corporal, prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes lituanos, 1985-2002. *Collegium antropologicum*, 31(1), 109-121.
- [11] Artículo en prensa: <https://www.15min.lt/gyvenimas/naujiena/sveikata/nutukimas-ne-zmogaus-apsileidimas-o-liga-lietuvoje-vis-daugeja-ja-serganciuju-1028-1533896>
- [12] <http://www.vaikuligonine.lt/news/pasauline-nutukimo-diena-kviecia-keisti-pozuri-i-antsvorio-turincius-zmones/>
- [13] Tutkuvienė J., Jankauskaitė M. 2002. Anorexia nerviosa Lietuvoje? http://www.moterys.lt/assets/leidiniai/index038d.html?show_content_id=352
- [14] Marcinkevičienė D., Maslauskaitė A. 2002. Moters paveikslas Lietuvos dienraščiuose ir televizijoje. http://www.moterys.lt/assets/leidiniai/indexe5b6.html?show_content_id=453
- [15] Buzaitytė-Kašalynienė J., Rinkevičienė V. 2009. Moters savo kūno suvokimas kaip socializacijos rizikos veiksnys. *Acta Paedagogica Vilnensia*. 2009 m., vol. 23, p. 92-103. [16] Tutkuvienė, J., Misiute, A., Strupaite, I., Paulikaite, G., & Pavlovskaja, E. (2017) Body Image Issues In Lithuanian Magazines Aimed For Children And Adolescents In Relation To Body Mass Index And Body Size Perception Of 16-19 Y.. *Chicas mayores durante los últimos 15 años. Collegium antropologicum*, 41(1), 19.
- [17] Jankauskienė R. Lietuvos gyventojų fizinio aktyvumo skatinimo strategija: kūno kultūra ar kūno kultas? *Medicina (Kaunas)* 2008; 44(5).
- [18] Artículo en prensa: https://ve.lt/gyvenimas/sveikata/kodel-du-litrai-vandens-tera-mitas-ir-kada-geriausia-svertis?utm_term=Autofeed&utm_medium=Social&utm_source=Facebook#EchoBox=1655569761
- [19] LR Sveikatos apsaugos ministerija. Vaikų mityba. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos->

[prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/vaiku](#)

4. Perspectiva histórica y cultural de la obesidad y la imagen corporal en Portugal

**Manuela Meireles¹ , Vera Ferro-Lebres¹ , Juliana Almeida-de-Souza¹ ,
Olívia Galvão de Podestá² , Ana Machado³ , Jessica Ferreira⁴ , Fernando
Augusto Pereira¹**

¹Centro de Investigación de la Montaña (CIMO), Instituto Politécnico de Braganza

²Escuela de Salud, Instituto Politécnico de Braganza (visitante)

³Instituto Politécnico de Braganza

⁴Unidade de Investigação Aplicada em Gestão (UNIAG), Instituto Politécnico de Bragança
Bragança, PORTUGAL

*manuela.meireles@ipb.pt; vferrolebres@ipb.pt; julianaalmeida@ipb.pt, oliviagalvao@terra.com.br,
jessica.ferreira@ipb.pt, fpereira@ipb.pt*

Resumen: *Los adolescentes y jóvenes portugueses están sujetos a un descontento normativo relacionado con la percepción de la imagen corporal. Esta percepción es subjetiva y está influenciada por varios factores, entre ellos la comunicación de los medios de comunicación de masas o los mensajes de las redes sociales. Para agravar esta situación, vivimos en una era pro- obeso génica. La publicidad de alimentos poco saludables facilita el exceso de peso corporal, lo que a su vez contribuye a la insatisfacción corporal y a la manifestación de trastornos alimentarios. Analizamos las portadas de revistas impresas de los últimos 13 meses para comprender cómo se retrata la imagen corporal en la actualidad. Del total de revistas, el 29% tienen mensajes relacionados con la cultura de la belleza. Algunas de ellas estaban relacionadas con el peso o la forma del cuerpo, como "cuerpo en forma" y "preparar el cuerpo para el verano". Sólo 15 (9.4%) de esas revistas ayudan a la cultura de la delgadez: "Semana Santa sin engordar", "Después de las vacaciones adelgaza", "No vuelvas con más peso de las vacaciones", "Pierde peso de una vez" y "Pierde x kg en y semanas". Del total de revistas, se identificó que el 8,5% (14 revistas) tenían body shaming, induciendo a que era necesario un cambio para tener un cuerpo deseable. A pesar de estos resultados, el exceso de peso corporal sigue siendo objeto de estigma social y acoso a niveles académicos. Sin embargo, los movimientos de positividad corporal y los programas de televisión que aumentan la concienciación sobre cómo el estigma afecta a las personas que padecen obesidad y trastornos alimentarios son cada vez más comunes y abren un espacio para mejoras en los próximos años, que sin duda necesitarán un enfoque multidisciplinar integrado para tener éxito.*

4.1 Introducción

La sociedad portuguesa, al igual que otras sociedades occidentales contemporáneas, está fuertemente marcada por las condiciones de la posmodernidad descrita por Giddens (1). En este escenario, los adolescentes y jóvenes portugueses están sometidos a la influencia de los patrones y modelos alimentarios y de las condiciones corporales. En Portugal, la transición a la posmodernidad se produjo muy rápidamente. Como resultado, coexisten condiciones tradicionales y postmodernas, como la percepción de la imagen corporal, que agravan la situación. Los modelos y creencias tradicionales, como la idea de que "la gordura es bella"

*"Gordura é formosura "+ y "Lo ajeno es mejor" influyen negativamente en el comportamiento de los jóvenes y comprometen la deseable comunicación (sobre todo en los medios tradicionales y sociales) entre generaciones, lo que, a su vez, fomenta

actitudes de disrupción social y la adopción de comportamientos extremos, como la anorexia.

Los niveles mundiales de obesidad han aumentado en las últimas 4 décadas (2). Las personas con obesidad sufren a menudo el estigma asociado a su peso. La discriminación basada en el peso es una de las formas más comunes de discriminación. Recientemente, varias asociaciones e instituciones médicas han colaborado en una "Declaración conjunta de consenso internacional para acabar con el estigma de la obesidad". En su consenso, reconocen que las personas con obesidad no sólo se enfrentan a un mayor riesgo de complicaciones médicas graves, sino también a una forma de estigma social omnipresente y resistente (3). A pesar de afectar a personas de distintas edades y procedencias, las mujeres suelen ser más propensas a sufrir discriminación por su peso que los hombres.

La imagen corporal se define como "la experiencia psicológica polifacética de la corporalidad" (4). La percepción de la obesidad y la imagen corporal varía con el tiempo y la geografía, al igual que la concepción subjetiva de quién es obeso y las consecuencias de la obesidad y la imagen corporal en la salud.

La percepción de la imagen corporal es subjetiva y en ella intervienen los pensamientos, las emociones y la imaginación de una persona, así como los conceptos sociales y las nociones culturales específicas sobre el aspecto físico (4).

Los adagios populares son buenos ejemplos de la percepción que se tenía antiguamente de la obesidad. En Portugal hay un proverbio que dice "*Gordura é formosura*", que puede traducirse como "La gordura es diosa". Hace unas décadas, cuando la seguridad alimentaria no estaba democratizada, sólo los más ricos estaban gordos, mientras que el resto de la población se enfrentaba al hambre, la desnutrición y otras enfermedades. En esa época, la percepción cultural era que ser obeso no sólo era más sano, sino también más bonito. Hoy en día, ser obeso se correlaciona con varias enfermedades crónicas, y ya no se percibe que "la gordura es la diosa"(5). De hecho, la obesidad se asocia con frecuencia a la insatisfacción con la propia imagen corporal y a la discriminación social.

La insatisfacción con la imagen corporal se asocia generalmente a una insatisfacción por exceso, aunque en algunos casos, y sobre todo en los hombres, existe una insatisfacción por defecto, es decir, un deseo de aumentar el tamaño corporal. La insatisfacción por el exceso, que se refleja en un deseo de reducir el tamaño corporal, puede basarse en varios factores. Los estereotipos culturales que se crean sobre el aspecto físico y un ideal de belleza, procedentes en gran medida de la comunicación de masas, desempeñan un papel determinante. Cuando estos factores no se abordan de la mejor manera, pueden provocar trastornos alimentarios, sobre todo en los jóvenes.

Factores que suelen darse en la adolescencia y que pueden provocar insatisfacción corporal

La adolescencia se caracteriza por cambios rápidos y significativos en el cuerpo, propios de la pubertad, y que se producen a un ritmo propio, que puede no ser el mismo que el observado en sus compañeros y amigos (6). La sobrevaloración de los modelos de conducta, la identificación de las ideas de belleza en los amigos o incluso en las personalidades de los medios de comunicación pueden dar lugar a comparaciones que pueden ser fuente de frustración.

Estudios realizados en Portugal también mostraron que las mujeres jóvenes, las niñas y las adolescentes, que presentan mayores preocupaciones con la imagen corporal, son más propensas a sentirse sensibles a la insatisfacción corporal. En un estudio observacional transversal con 323 adolescentes de tres escuelas de Portugal, la insatisfacción con la imagen corporal estaba presente en el 34,4% de los encuestados. A pesar de que la mayoría de los adolescentes tenían un índice de masa corporal adecuado, el 61,5% de ellos estaban insatisfechos con su imagen corporal (7).

Además de la satisfacción corporal, estudios recientes se han centrado en la

satisfacción facial, es decir, en la satisfacción con el aspecto de los ojos, la nariz, la forma de la cara y la cara en general. En The U.S. Body Project, La satisfacción facial y la imagen corporal se presentaban como constructos diferentes con una correlación entre débil y moderada entre ellos. Sin embargo, tanto la insatisfacción facial como la de la imagen corporal se veían agravadas por la ansiedad general o por la presión percibida de las preocupaciones socioculturales (8). El instrumento "Face Q-satisfaction with facial appearance overall", fue validado recientemente en lengua portuguesa en Brasil (9), y lo mismo puede ocurrir en Portugal aportando más conocimiento sobre cómo la satisfacción facial está afectando a la juventud portuguesa.

Estereotipos culturales sobre el aspecto físico

La cultura de la belleza está relacionada y se cruza con la teoría de la objetivación femenina descrita por Barbara Fredrickson y Tomi-Ann Roberts en 1997 (10). La teoría de la objetivación femenina postula que es la educación de niñas y mujeres para adoptar una visión de sí mismas que las lleva a tratarse como objeto de observación y evaluación física por parte del otro (11). Este tipo de cosificación puede conducir fácilmente a la insatisfacción corporal, especialmente cuando las mujeres tienen en cuenta las normas culturales de delgadez y belleza.

En un estudio publicado en 2013, Castro y Osório llevaron a cabo una investigación con el objetivo de analizar el contenido producido por un grupo de adolescentes pro-anorexia de habla portuguesa. En este estudio exploratorio cualitativo, se examinaron 11 blogs de habla portuguesa escritos por adolescentes. Durante varios meses, se analizaron las interacciones y el contenido de los blogs para comprender en profundidad el movimiento "pro-anorexia" en Portugal. La pro-anorexia, también llamada "pro- ana", es un movimiento social en el que las personas que sufren trastornos alimentarios encuentran en los sitios digitales una forma de vincularse con otras personas con los mismos trastornos sin los juicios que se encuentran en el mundo exterior (12). También era una forma de conectar sin tener que conocerse en persona, lo que en Portugal suele asociarse a las comidas y a la hora de comer. Salir a tomar un café/bebida o a cenar forma parte de la cultura portuguesa y es una manera típica de estrechar lazos (13).

En estos blogs era posible encontrar información sobre dietas, consejos y trucos, rutinas de ejercicio y fitness, información sobre fármacos, experiencias médicas y problemas de salud. También se compartían habitualmente fotos, vídeos, música y citas que podían considerarse "inspiradoras de la delgadez". El contenido podría llegar a compartir pensamientos suicidas y prácticas autolesivas.

Los testimonios de estos adolescentes, de edades comprendidas entre los 13 y los 19 años, también evidencian cómo veían a los famosos como modelos de imagen corporal y cómo los percibían sus padres, sus compañeros y las presiones culturales y sociales. Un ejemplo traducido en este estudio muestra cómo la dieta y la imagen corporal se percibían como cruciales para tener aceptación social: "Creo que conseguiré comer hasta 800 calorías o menos. Debo hacerlo. Es mi vida la que está en juego. La forma en que la gente me ve y el futuro" (12).

La escuela parece representar una gran presión, y algunos adolescentes sienten el impulso de adelgazar para evitar el acoso escolar. Un estudio realizado en la región portuguesa de Braganza demostró que uno de cada cuatro niños era víctima de acoso escolar. Los testimonios de estas víctimas ilustran el miedo a ir a la escuela (14). Aunque el acoso puede adoptar muchas formas, la imagen corporal suele ser un tema de agresión.

También utilizando una muestra de conveniencia de adolescentes (de 14 a 18 años) de dos escuelas secundarias de Portugal se demostró que los adolescentes revelaban actitudes que los ponían en una situación de mayor riesgo de padecer trastornos alimentarios y revelaron que el impulso de delgadez -es decir, el deseo de ser delgado- era la dimensión actitudinal más relevante (15).

La insatisfacción corporal y, en última instancia, el desarrollo de trastornos alimentarios puede verse desencadenados por la idealización de la delgadez que se presenta en la

publicidad de los medios de comunicación y en las imágenes de las redes sociales. Para comprender mejor cómo se representa el cuerpo de la mujer en la cultura local, las autoras de este capítulo realizaron un análisis cuantitativo y cualitativo de revistas locales.

4.2 La cultura de la delgadez: estudio de caso de las portadas de revistas

Metodología

Realizamos un estudio de caso de las portadas de revistas impresas del segmento femenino/moda para comprender cómo retratan la imagen corporal.

El segmento mujer/moda es el segundo con mayor difusión pagada, digital e impresa en Portugal, justo después de la información general. Según la Asociación para el Control del Dibujo y la Circulación (APCT) durante el año 2021, 8969 digitales y 1224389 ejemplares vendidos en este segmento. El segmento masculino, representado por la revista del mismo nombre "Men's health", vendió 8925 ejemplares digitales y 57816 impresos (16).

Del segmento mujer/moda, se listan 10 revistas: Activa, Elle, Happy Woman, Lux Woman, Maria, Máxima, Revista Cristina, Saber Viver, Telenovelas y Women's Health. Pretendíamos elegir las de mayor tirada, pero como sólo 5 de las 10 revistas tenían datos sobre la magnitud de la tirada, esas fueron las elegidas. Eran Activa, María, Saber Viver, Telenovelas y Salud de la mujer. El análisis de las portadas de las revistas se realizó a finales de abril de 2022 y se refería al último año, es decir, de abril de 2021 a abril de 2022. Como el segmento masculino sólo está representado por una revista, ésta también se incluyó en los análisis.

Las portadas de las revistas se recogieron de las páginas web oficiales, se reunieron en un único archivo y fueron analizadas por cuatro evaluadores independientes. Los evaluadores fueron profesores de dietética y nutrición e investigadores en la materia.

Se pidió a los evaluadores que analizaran si consideraban que la portada de la revista representaba o no una cultura de la delgadez, si contenía expresiones que pudieran percibirse como body shaming, si transmitía mensajes que promovieran una dieta saludable y si los cuerpos representados se consideraban con bajo peso, peso normal o sobrepeso. En caso de discrepancias entre los evaluadores, se tuvo en cuenta la evaluación de la mayoría.

Imagen corporal y titulares de portadas de revistas portuguesas

Las revistas analizadas representaban un total de 159 muestras. De ellas, un total de 103 (64,8%) tienen en su portada una foto en la que es posible evaluar la imagen corporal. Las restantes sólo tienen imágenes de rostros o pies de foto de programas de televisión o telenovelas en los que no era fácil acceder a la imagen corporal.

Del total de revistas con una imagen corporal posible de ser analizada, en 100 de ellas (98%), se evaluó que la portada mostraba a alguien con un peso normal.

Además de algunos mensajes subliminales posiblemente percibidos a través de la foto del cuerpo, también analizamos los mensajes escritos presentes en estas portadas. Del total de revistas, el 29% contenía mensajes relacionados con la cultura de la belleza. Algunas de ellas estaban relacionadas con el peso o la forma del cuerpo "cuerpo en *forma*", "preparar el *cuerpo* para el verano".

Sólo 15 (9,4%) de esas revistas ayudaban a la cultura de la pérdida de peso, como "*Semana Santa sin engordar*", "después de las vacaciones adelgazar", "no volver con más peso de las vacaciones", "perder peso de *una vez*" y "perder x kg en y semanas".

Del total de revistas, se identificó que el 8,5% (14 revistas) tenían body shaming, induciendo a que era necesario un cambio para tener un cuerpo deseable. "Deja de estar *delgado*", "*mejora tu cuerpo*" y "consejos para hombres altos, bajos o de piernas cortas".

En el extremo opuesto, 22 (13,8%) tenían mensajes positivos de alimentación sana como: "*fiambreras sanas*", "dieta sana, qué comer y *beber*", y "*hacia el verano, especial alimentación sana*".

A pesar de todos estos mensajes, también tenemos algunos titulares que hacen referencia a la positividad corporal como: "la positividad *corporal* y el movimiento de las mujeres que no quieren ser *perfectas*", y "*gustar de nuestro cuerpo se puede aprender*"; otros mensajes positivos como "*celebrar la belleza singular*", y "*la belleza, lo que aprendí con mi hija*".

Para un análisis más exhaustivo, dividimos las revistas en tres subcategorías: una se centraba en el resumen de telenovelas o melodramas; otra, en el estilo de vida femenino y la última, en el masculino. Existen algunas diferencias en las categorías: revistas sobre jabones y revistas consideradas relacionadas con el estilo de vida de las mujeres o con la moda.

Las revistas de jabón son las que se centran menos en todos los artículos, las culturas de belleza, la dieta sana y el body shaming. La cultura de la belleza se menciona en el 5,3% del total de estas revistas. Además, el 5,3% de ellos se identificaron como inductores del "body shaming", el 8,0% tienen cultura de la belleza y el 7,1% hacen mención a la alimentación saludable.

De las 26 portadas de revistas identificadas en el estilo de vida de las mujeres, el 38,5% tienen cultura de la belleza. 0% delgadez y body shaming, y el 19,2% dieta sana. En la categoría de moda: salud femenina, de 7 revistas analizadas, el 85,7% (6) tienen una cultura de la belleza, el 14,3% una cultura de la delgadez, y el 42,9% body shaming, y el 42,9% dieta sana.

En la categoría de hombres, y de las 13 portadas analizadas, 11 (84,6%) se asumen como promotoras del culto a la belleza, 38,5% de la cultura de la delgadez, 38,5% del body shaming, y el 46,2% de las portadas tienen alusiones a la alimentación saludable.

En este análisis se identificaron otras expresiones no relacionadas con el objetivo inicial, pero también centradas en los cambios corporales o en consejos antienvjecimiento. Ejemplos: "vello en el cuerpo, cómo eliminarlo", "contra las arrugas", "el pelo que *estará* de moda este verano"; algunos de ellos son antienvjecimiento: "arrugas y acné, la solución", "piel más joven", "nuevos tratamientos para rejuvenecer la piel", "*SOS, arrugas y ojeras*", y "*energía de los 20 a los 60, qué comer y cómo entrenar*".

La mayoría de los mensajes con belleza y esbeltez se asociaban al verano: titulares como "barriga feliz en verano, sin *hinchazón*" o "disfruta del verano, cuerpo en forma", o bien "adelgaza en vacaciones, trucos que *funcionan*".

Llegamos a la conclusión de que las revistas para hombres tienen más mensajes relacionados con la musculatura y la fuerza: "músculo, energía y salud, qué comer entre horas", "*energía, qué comer a lo largo del día*", "cómo ganar músculo", "más músculo, come esto", "la *mejor* carne, para tus músculos", y "*músculo, lo que necesitas saber para dejar de estar delgado*".

También se observa un aumento de estos mensajes cerca de fechas festivas como Semana Santa o Navidad: "adelgaza hasta Navidad", "Semana Santa sin aumentar de peso", "recetas navideñas" o "Navidad culinaria".

También es posible analizar que algunas de las revistas optan por tener fotos de personas que muestran una parte considerable de su cuerpo/piel en la mayoría de sus portadas. Hombres sin camiseta o en pantalón corto o mujeres mostrando las piernas o el abdomen, por ejemplo en bañador o ropa de entrenamiento son habituales en algunas

revistas, y raros en otras, lo que muestra algún tipo de política editorial del mensaje convocado en estas revistas. La política editorial también es visible cuando algunas revistas tienen más mensajes de promoción de estilos de vida saludables que otras.

4.3 Impacto de la comunicación de los medios de comunicación de masas en el estigma social de las personas que padecen obesidad o trastornos alimentarios

Evaluar exactamente cómo ha cambiado la comunicación sobre la imagen corporal en los últimos años no es tarea fácil. Aunque podemos fijarnos en cómo se tratan estos temas en los medios de comunicación hoy en día. Curiosamente, uno de los principales cómicos de Portugal lanzó un programa sobre los límites del humor en el que aborda temas importantes como la obesidad, la imagen corporal y los trastornos alimentarios, entre otros. En este programa llamado TABU, Bruno Nogueira (17 años) pasa una semana entera conviviendo

Es capaz de mostrar la perspectiva humana de los participantes, que hablan de sus luchas, internas o externas, derivadas de la vida social y la interacción con los demás, y de cómo eso influyó en sus vidas.

Este tipo de programa, emitido en uno de los principales canales de televisión portugueses, y que acerca estos temas a la audiencia con algo de humor cuidadoso, puede ser una forma poderosa de impactar en la retroalimentación social, influir en los estereotipos y mejorar la empatía y la conciencia de las personas (18). Si también ayuda a las personas con estas condiciones a aumentar la autoaceptación, es un tema más complejo. A pesar de no ser la solución de oro, la interacción con una comunidad sensible es sin duda un proceso importante para superar cualquier distorsión corporal. Se ha demostrado que cambiar el consenso percibido sobre los estereotipos acerca de las personas obesas mejora las actitudes hacia ellas y reduce los prejuicios (18,19).

Insatisfacción corporal percibida por el individuo - Testimonio de un estudio de caso



Fig. 1- Mujer en un salón de belleza (Fuente: worldobesity.org)

Sara (nombre ficticio) es una estudiante de dietética y nutrición de 23 años que lucha contra su apariencia corporal y los juicios externos.

Antes de empezar a estudiar nutrición y dietética, Sara nunca había recibido educación ni orientación sobre cómo debía comer. Criada por una madre soltera que trabajaba mucho, Sara nunca había tenido un patrón alimentario regular. Sus emociones siempre habían interferido en su relación con la comida, provocando ciclos de atracones y dietas

excesivas. Los episodios de atracones también solían ir seguidos de purgas, como vómitos forzados. Había tenido sobrepeso durante casi toda su vida y, en la adolescencia, Sara fue objeto de acoso por parte de sus compañeros de colegio debido a su imagen corporal. Esta acumulación de acontecimientos la llevó a una fase depresiva en la que perdió mucho peso, que recuperó en una lucha constante con el equilibrio.

Decidió estudiar dietética para entender mejor cómo tratar la comida, y así poder cambiar su realidad y la de otras personas que han pasado por las mismas experiencias. La necesidad de ser un ejemplo en su profesión la impulsa a cambiar su dieta y aumentar sus actividades físicas. Siente que sus habilidades profesionales como dietista son juzgadas por su imagen corporal, lo que aumenta la presión para tener un mejor aspecto general. Aunque su relación con la comida ha mejorado, todavía la acompañan sentimientos de juicio externo y culpa interna. A pesar de tener empezó a manejar mejor los sentimientos internos de culpa, sigue siendo sensible a la presión familiar o de grupo. Las redes sociales también han desempeñado un papel importante a la hora de recordar a Sara que no encaja en el estereotipo de cuerpo "normal" y "perfecto".

Movimiento por la positividad corporal

El movimiento positivo que surgió en la década de 1960 con el objetivo de poner de relieve los retos y riesgos para la salud de las personas que se ajustaban a las formas estandarizadas, ahora apoya y celebra los diversos tipos de cuerpo (20). Tal y como se conoce hoy en día, el movimiento Body Positivity apareció en los medios de comunicación alrededor del año 2012, con el objetivo de cambiar los estándares de belleza femenina poco realistas por un enfoque real a los tiempos actuales. El movimiento está ganando popularidad y al mismo tiempo algunas críticas.

Las críticas al movimiento se basan en que la gente no tiene en cuenta las complicaciones médicas y sanitarias que están directamente relacionadas con el desarrollo de enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes, las cardiopatías y el cáncer. Muchos defensores del movimiento de positividad corporal critican esta correlación (21). Sin embargo, no debe ignorarse ni dejarse en un segundo plano.

El movimiento Body Positivity no significa conformarse con el cuerpo que la sociedad no acepta, sino entender y aceptar cómo se presenta, ser conscientes de que hay, sí, partes del cuerpo que no nos gustan tanto, aunque debemos optar por aceptarlas en lugar de odiarlas. La era de las redes sociales parece haber exacerbado la fijación por la imagen corporal, lo que conlleva un aumento de los problemas y trastornos de salud mental como la depresión, la dismorfia corporal y la anorexia (22).

Portugal y otros países del sur de Europa comparten convenciones de estilo de vida, creencias e ideales de belleza. En comparación con algunos países del norte de Europa, los del sur suelen tener normas más estrictas con la figura corporal. La estatura y el peso medios en estos países son generalmente más bajos que en el norte de Europa. La mentalidad de tallas grandes y los movimientos que apoyan la positividad y la diferenciación corporal todavía no son muy populares en estas sociedades, especialmente entre la población joven. Aunque el peso medio de los habitantes del sur de Europa ha aumentado en la última década, la industria de la moda sigue ignorándolo (23).

En la batalla por la aceptación del cuerpo, surgen nuevos movimientos con ideas similares, pero que van más allá del cuerpo, como la neutralidad corporal, que defiende la idea de que debemos mirar nuestro cuerpo tal y como es, desde una perspectiva funcional frente a la apariencia. Se trata de un movimiento social cuyo objetivo es

reducir la gran importancia que se concede al atractivo físico en nuestra sociedad (24).

La relación que se construye con nuestro cuerpo es compleja y se hace difícil resumirla en una simple respuesta afirmativa o negativa cuando se nos pregunta si la aceptamos o no. Por tanto, la idea principal de la neutralidad corporal que ha cobrado fuerza en los últimos años consiste en retirar la atención y la importancia que damos a la forma de nuestro cuerpo y centrarnos más allá de ella. La neutralidad corporal ofrece

una alternativa a la conocida positividad corporal, que defiende la idea de que debemos amar nuestro cuerpo, tal y como es (Pedro, 2020).

Campaña de marketing para mujeres reales

Una famosa marca de productos de belleza había puesto en marcha una campaña de marketing que puede asumirse como perturbadora de la imagen corporal global de delgadez. Esta marca utiliza el concepto de "mujeres reales", es decir, mujeres de diferentes tallas y formas corporales en sus campañas y, además, ofrece herramientas de positividad corporal, autoaceptación y autoestima para adolescentes, padres y profesores en su página web (Recursos para Pais e Encarregados de Educação (dove.com))(25). Del mismo modo, algunos deportistas famosos, actores, cantantes e influenciadores sociales portugueses introducen en sus redes sociales, televisión y entrevistas en los medios de comunicación mensajes para promover la salud en lugar de la delgadez, para promover la aceptación en lugar de "luchar" contra el propio cuerpo y la forma natural. Su mensaje es explícito o implícito. Estos mensajes pueden leerse, por ejemplo, en las historias de Instagram y en las publicaciones de Carolina Deslandes (@carolindeslandes - famosa cantante portuguesa); Ana Guiomar (@anaguiomar.oficial - famosa actriz), Mafalda Beirão (@mafalda_beirao - influencer digital), y Catarina Corujo (@catarinacorujo - influencer digital, también conocida como body healer). Se publican fotos del propio cuerpo sin filtros y en las que se aprecian imperfecciones corporales y cutáneas. En estos perfiles son frecuentes los textos centrados en la importancia de la autoestima, la autoaceptación y la lucha contra los mensajes que avergüenzan del cuerpo.

Este enfoque ha sido estudiado por investigadores recientemente y si, por un lado, aumenta la salud mental y emocional y la aceptación social (26), por otro, parece crear una nueva presión sobre las mujeres para que "amen" sus cuerpos y, por lo tanto, puede hacer que las mujeres se sientan peor consigo mismas si no lo hacen; del mismo modo, se menciona que dicho contenido sigue centrándose en la apariencia y, por lo tanto, puede simplemente perpetuar el problema subyacente en primer lugar, al mantener la atención en el cuerpo. Aún más preocupante es el resultado de algunos estudios que sugieren que la positividad corporal fomenta la obesidad al "glorificar" hábitos poco saludables. En una línea similar, algunos autores afirmaron que la normalización de los cuerpos más grandes está contribuyendo a la prevalencia del sobrepeso (27), o a la percepción errónea del peso normal (28). Aún no existe consenso científico sobre este tema (29) y es necesario seguir investigando.

Entorno pro-obesogénico - Marketing digital de alimentos poco saludables

El marketing es la actividad, el conjunto de instituciones y los procesos de creación, comunicación, entrega e intercambio de ofertas que tienen valor para los clientes, los socios y la sociedad (30). Las actividades de marketing deben beneficiar a la sociedad en su conjunto. Con las diferentes necesidades de los consumidores, el mercado debe dividirse en segmentos para que las empresas puedan planificar y posicionar el producto y su respectivo marketing. En esta perspectiva, la contextualización del marketing en un contexto digital se asocia a un componente promocional diverso. Un medio digital maximiza el impacto mediante métodos creativos y analíticos (31). Se crean estrategias para facilitar la respuesta y adaptar el marketing al cliente para segmentar el mercado. El acceso ilimitado a Internet y a otras formas de marketing digital permite estrategias de marketing inmersivas, interactivas e integradas (32).

El marketing digital sustituye varias diversidades del marketing tradicional, creando estrategias más eficaces y dinámicas para las industrias. Además, el marketing digital es un instrumento de comunicación a través de Internet. Aborda varias herramientas que sirven de puente entre las marcas y los clientes, como forma de ayudar a las marcas a establecer una comunicación sencilla y clara con sus clientes (33).

En el universo de la industria alimentaria, el impacto ha sido abrumador. El marketing digital no sólo sustituye a otras formas más tradicionales de marketing alimentario, sino que complementa y amplifica sus efectos. Aumenta la presencia de la marca en medios más amplios y diversos, lo que se traduce en un conocimiento más excelente de la marca y del producto (34). Como consecuencia, las empresas están reorientando su gasto en publicidad hacia el marketing digital, que permite llegar a los clientes y captar su atención, sobre todo en las plataformas de las redes sociales (35).

El mayor uso de los medios digitales y la cantidad de tiempo que la gente pasa en línea se traduce en un desplazamiento de la publicidad que ahora se compra de forma programática. Los medios digitales programáticos permiten segmentar individualmente las impresiones publicitarias, lo que puede afectar sustancialmente al comportamiento de los consumidores. Las empresas alimentarias utilizan cada vez más las redes sociales para comercializar sus productos. Las personas influyentes y el marketing en las redes sociales influyen considerablemente en la elección de alimentos del público en general y en su posterior ingesta, sobre todo en niños y jóvenes. En el estudio de Teixeira, Holzer y Barbosa de 2021 (33) se observó una inversión significativa en publicidad relacionada con la alimentación, con un 35% de la publicidad promocionando alimentos y bebidas y una proporción significativa de anunciantes relacionados con la alimentación. Este estudio también muestra que la mayoría de los vídeos de influencers incluían pistas sobre comida y bebida (60%), lo que equivale a una media de 13,5 por hora. Estos estudios, que evaluaron las señales de comida y bebida que aparecían en vídeos de YouTube y publicaciones de Instagram compartidas por adolescentes, mostraron una mayor prevalencia de comida y bebida (92,6% y 85%, respectivamente) (33). El informe Digital 2020 -publicado por We Are Social y Hootsuite- muestra que los medios digitales, móviles y sociales se han convertido en una parte indispensable de la vida cotidiana en todo el mundo. Más de 4.500 millones de personas utilizaban Internet a principios de 2020, lo que supone un aumento del 7% en comparación con enero de 2019. En lo que respecta a Portugal, en enero de 2020, 8,52 millones de portugueses eran usuarios de Internet y, en 2019, dedicaron 6 horas y 43 minutos al día a actividades en línea. Si consideramos unas 8 horas al día para dormir, los portugueses actualmente pasan, por término medio, más del 40% del tiempo que están despiertos utilizando Internet (36).

Ha sido ampliamente reconocido y demostrado por la comunidad científica que la comercialización de alimentos poco saludables está contribuyendo a la obesidad infantil (37,38), y Portugal transpuso para la legislación nacional una Directiva Europea sobre la regulación de la comercialización. La Ley nº 30/2019, de 23 de abril, introduce restricciones a la comercialización de alimentos y bebidas densos en calorías, pobres en nutrientes y con alto contenido en sal, azúcar, grasas saturadas y ácidos grasos trans, destinados a un público segmentado de niños menores de 16 años (39). Esta Ley es muy evidente en cuanto a los canales publicitarios e incluye claramente Internet como uno de los posibles vehículos publicitarios, en el artículo 20-A, punto 2- , apartado d): "En Internet, a través de páginas web o redes sociales, así como en aplicaciones móviles para dispositivos que utilicen Internet, cuando sus contenidos estén destinados a menores de 16 años".

A pesar de ello, muchos niños portugueses parecen seguir siendo blanco de estos anuncios, como demuestran Bica et al (2020) (40), en un estudio exploratorio portugués sobre marketing alimentario en plataformas digitales. Los autores concluyeron que el 60% de los 68 vídeos de YouTube analizados incluían señales de alimentos y bebidas,

de los cuales el 70% estaban clasificados como menos saludables, y los productos presentados con más frecuencia eran alimentos precocinados y listos para consumir (23,1%). Debido a la importancia de Internet para los portugueses y a la tendencia creciente, es esencial comprender el comportamiento de los consumidores en línea, es decir, el impacto de las actividades de marketing digital en sus decisiones de consumo y compra. Este estudio portugués muestra que la exposición de los niños a la publicidad

de alimentos poco saludables sigue ocurriendo en Portugal, con posibles consecuencias negativas para el peso corporal y el aumento del riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno alimentario.

Referencias

- [1] Giddens A. Modernidad e identidad. 2ª editio. Editorial C, editor. 2001.
- [2] OMS. Obesity [Internet]. 2022 [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1.
- [3] Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* 2020 264 [Internet]. 2020 Mar 4 [citado 2022 May 24];26(4):485-97. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0803-x>.
- [4] Puraikalan Y. Perceptions of Body Image and Obesity among Cross Culture: A Review Article information. *Obes Res Open J* [Internet]. 2018 [citado el 27 de mayo de 2022];5(1):1-4. Disponible en: <http://www.webclearinghouse.net/volume/2/JESTES-BodyIm->
- [5] Antão C. Tesis Doctoral IMPORTANCIA DE LOS PROVERBIOS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA; 2009.
- [6] Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. La edad de la adolescencia. *Lancet Child Adolesc Heal* [Internet]. 2018 Mar 1 [citado 2022 May 20];2(3):223-8. Disponible en: <http://www.thelancet.com/article/S2352464218300221/fulltext>.
- [7] Marques MI, Pimenta J, Reis S, Ferreira LM, Peralta L, Santos MI, et al. (In)satisfacción con la imagen corporal en la adolescencia. *NACIMIENTO Y CRECIMIENTO - BIRTH GROWTH Med J* [Internet]. 2017 Feb 3 [citado 2022 May 31];25(4):217-21. Disponible en: <https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/view/10799>. Frederick DA, Reynolds TA, Barrera CA, Murray SB. Demographic and sociocultural predictors of face image satisfaction: The U.S. Body Project I. *Body Image* [Internet]. 2022 Jun [citado 2022 Mar 23];41:1-16. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1740144522000134>.
- [8] GAMA JT. FACE Q - SATISFACTION WITH FACIAL APPEARANCE OVERALL - TRANSLATION INTO BRAZILIAN PORTUGUESE, CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION. [Internet]. Universidad Federal de São Paulo; 2018. Disponible en: https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/52522/Dissertação_JoséTeixeiraGama.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- [9] Fredrickson BL, Roberts TA. TEORÍA DE LA OBJETIVACIÓN. *Psychol Women Q* [Internet]. 1 de junio de 1997 [citado el 13 de mayo de 2022];21(2):173-206. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- [10] Calogero RM. Teoría de la objetivación, autoobjetivación e imagen corporal. En: *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* [Internet]. Elsevier Inc; 2012 [citado 2022 mayo 13]. p. 574-80. Disponible en: /record/2012-26542-018
- [11] Sofia Castro T, José Osório A. "¡Amo mis huesos!"1 - conductas juveniles de autolesión y alimentación peligrosa en blogs escritos en portugués. *Young Consum*. 2013;14(4):321- 30.
- [12] Barros, V. et al. Dieta Mediterránea - Una herencia civilizacional compartida. 10 Principios de la Dieta Mediterránea en Puerto [Internet]. 2013 [citado 2022 May 13];20-1. Disponible en: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/10480>.
- [13] Pereira B, Iossi Silva M, Nunes B. COMPRENDIENDO EL BULLYING EN LA

- ESCUELA: un estudio de un grupo de escuelas del interior de Portugal. *Rev Diálogo Educ.* 2017;9(28):455.
- [14] Cardoso S, Santos O, Nunes C, Loureiro I. Eating attitudes and risk of eating disorders in adolescents: role of the thinness stereotype. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2014 [citado 2022 Mayo 13];48(Especial número):188. Disponible de: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/5146>.
- [15] Associação Portuguesa de Circulação y Control de la Circulación. Female/Modas simples analysis [Internet]. 2021 [citado 2022 abr 1]. Disponible en: <https://www.apct.pt/analise-simples>.
- [16] TABU [Internet]. *Sic.* 2022 [citado 2022 abr 2]. Disponible en: <https://sic.pt/programas/tabu/>
- [17] Harper J, Carels RA. Impacto de la presión social en los estereotipos sobre las personas obesas. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2014 Dic 29 [citado 2022 May 24];19(3):355-61. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-013-0092-1>.
- [18] Puhl RM, Schwartz MB, Brownell KD. Impacto del consenso percibido en los estereotipos sobre las personas obesas: un nuevo enfoque para reducir los prejuicios. *Heal Psychol* [Internet]. 2005 Sep [citado 2022 May 24];24(5):517-25. Disponible en: [/record/2005-09850-010](http://record/2005-09850-010).
- [19] Constance P, Eirini B. Plus-Size Fashion: A Comparative Study of Southern vs. Northern European Perspectives on Fashion. *Eur Bus Manag* [Internet]. 2019;5(2):14. Disponible en: <http://www.sciencepublishinggroup.com/journal/paperinfo?journalid=324&doi=10.11648/j.ebm.20190502.12>.
- [20] Muttarak R. Normalization of Plus Size and the Danger of Unseen Overweight and Obesity in England. *Obesidad (Silver Spring)* [Internet]. 2018 Jul 1 [citado 2022 Jun 22];26(7):1125. Disponible en: [/pmc/articles/PMC6032838/](http://pmc/articles/PMC6032838/).
- [21] Simões C. Body Positivity: the yes to self-acceptance [Internet]. *GQportugal.pt*. 2021 [citado 2022 mayo 25]. Disponible en: <https://www.gqportugal.pt/body-positivity>.
- [22] Constance P, Eirini B. Plus-Size Fashion: A Comparative Study of Southern vs. Northern European Perspectives on Fashion. *h* <http://www.sciencepublishinggroup.com> [Internet]. 2019 [citado 2022 Jun 22];5(2):14. Disponible de: <http://www.sciencepublishinggroup.com/j/ebm> Perry M, Watson L, Hayden L, Inwards-Breland D. Using body neutrality to inform eating disorder management in a gender diverse world. Vol. 3, *The Lancet Child and Adolescent Health*. Elsevier B.V.; 2019. p. 597-8.
- [23] ESTATUTOS DE LA ASOCIACIÓN DE PADRES Y TUTORES DE EDUCACIÓN [Internet] [citado 2022 30 de mayo]. Disponible en: <https://www.dove.com/pt/dove-self-esteem-project/help-for-parents.html>.
- [24] Cohen R, Newton-John T, Slater A. The case for body positivity on social media: Perspectives on current advances and future directions. *J Health Psychol* [Internet]. 1 de noviembre de 2021 [citado el 30 de mayo de 2022];26(13):2365-73. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1359105320912450>.
- [25] Muttarak R. Normalization of Plus Size and the Danger of Unseen Overweight and Obesity in England. *Obesidad* [Internet]. 2018 Jul 1 [citado 2022 May 30];26(7):1125-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29932517/>.
- [26] Anulius E, Sharp G, Thomas NA. El ideal siempre cambiante: el cuerpo que quieres depende de a quién mires. *Body Image* [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado el 30 de mayo de 2022];36:218-29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33401202/>.

- [27] Simon K, Hurst M. Body Positivity, but not for everyone: The role of model size in exposure effects on women's mood, body satisfaction, and food choice. *Body Image* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado el 30 de mayo de 2022];39:125-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34333414/>.
- [28] Huang JJ, Tzeng GH, Ong CS. Segmentación de marketing mediante agrupación de vectores de soporte. *Expert Syst Appl*. 2007 Feb 1;32(2):313-7.
- [29] World Health Organization. tackling food marketing to children in a digital world: cross- disciplinary perspectives Children's rights, evidence of impact, methodological challenges, regulatory options and policy implications for the WHO European Region. 2016. [citado 2022 Mayo 30];1-52. Disponible de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344003>.
- [30] Kelly B, Vandevijvere S, Freeman B, Jenkin G. Nuevos medios pero los mismos trucos de siempre: marketing alimentario para niños en la era digital. *Curr Obes Rep* [Internet]. 2015 Mar [citado 2022 May 30];4(1):37-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26627088/>.
- [31] Teixeira S, Holzer B, Barbosa B. El papel del marketing digital en el proceso de decisión de compra de alimentos de origen vegetal: un estudio cualitativo con adoptantes y simpatizantes. En: Conferencia Ibérica de Sistemas y Tecnologías de la Información, CISTI. IEEE Computer Society; 2021.
- [32] Norman J, Kelly B, McMahon AT, Boyland E, Baur LA, Chapman K, et al. Impacto sostenido de la publicidad de alimentos de alta densidad energética en televisión y en línea sobre la ingesta dietética de los niños: Un ensayo aleatorizado, cruzado, contrabalanceado dentro de un sujeto. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2018 Abr 12 [citado 2022 May 30];15(1):1-11. Disponible en: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-018-0672-6>.
- [33] Powell LM, Harris JL, Fox T. Gasto en marketing alimentario dirigido a los jóvenes: poniendo las cifras en contexto. *Am J Prev Med*. 2013;45(4):453-61.
- [34] Kemp S. Digital 2020: Global Digital Overview - DataReportal - Global Digital Insights [Internet]. Datareportal.com. 2020 [citado el 30 de mayo de 2022]. p. 1. Disponible en: <https://datareportal.com/reports/digital-2020-global-digital-overview>.
- [35] Boyland E, McGale L, Maden M, Hounsome J, Boland A, Angus K, et al. Association of Food and Nonalcoholic Beverage Marketing With Children and Adolescents' Eating Behaviors and Health: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2 de mayo de 2022 [citado el 30 de mayo de 2022];e221037. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35499839/>. Boyland EJ, Nolan S, Kelly B, Tudur-Smith C, Jones A, Halford JCG, et al. Advertising as a cue to consume: a systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure

- a la publicidad de alimentos poco saludables y bebidas no alcohólicas sobre la ingesta en niños y adultos. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 1 de febrero de 2016 [citado el 30 de mayo de 2022];103(2):519-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26791177/>.
- [36] Ley nº 30/2019 - DRE [Internet]. Boletín Oficial del Estado nº 79/2019, Serie I de 2019- 04-23. 2019 [citado 2022 30 de mayo]. Disponible en: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/30-2019-122151046>
- [37] Bica M. Evaluating children exposure to digital marketing of unhealthy foods in Portugal with World Health Organization Framework CLICK Master of Public Health Course. 2020.

5. Perspectiva humanística de la obesidad y los trastornos alimentarios (TCA) en Rumanía

Imagen corporal y vergüenza

Emanuela Tegla

Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología George Emil Palade de Târgu Mureş Târgu Mureş, Rumanía.

daniela.tegla@umfst.ro

Resumen. *La vergüenza como emoción y como experiencia ha sido notoriamente difícil de definir. En su estudio seminal sobre la vergüenza, Kaufman la denomina "el más escurridizo de los afectos humanos" *1+ y observa que, tras haber sido ignorada durante un tiempo inexplicablemente largo por psicólogos y psicoanalistas, la vergüenza ha adquirido un lugar central en el discurso sociológico y psicológico contemporáneo. Este cambio, señala Kaufman, puede estar relacionado con la aceleración generalizada de los comportamientos basados en las emociones, desde las adicciones hasta los trastornos alimentarios. Antes de centrarnos específicamente en la conexión entre la vergüenza y la imagen corporal (es decir, la (auto)percepción de la gordura), ofreceremos una discusión concisa de algunas características generales de la vergüenza, sus dimensiones sociales y culturales y, a continuación, ciertas particularidades que pueden encontrarse en Rumanía.*

Palabras clave: imagen corporal, vergüenza, cosificación corporal, estigma

5.1 Introducción

En su intento por definir la vergüenza con la mayor claridad posible, muchos teóricos se han centrado en las diferencias entre vergüenza y culpa, ya que estos dos términos no pocas veces se utilizan indistintamente. A diferencia de esta última, que se refiere a una acción que se considera moralmente incorrecta (lo que hemos hecho), la vergüenza tiene que ver con nuestro sentido de la identidad (quiénes somos). La importancia de la vergüenza en la formación de la identidad difícilmente puede sobrestimarse. Kaufman considera que ningún otro afecto desempeña un papel tan clave en ella, influyendo, en una medida decisiva, en el sentido y la valoración que uno tiene de sí mismo, de ahí la relevancia de estudiarla para comprender mejor la identidad en la sociedad contemporánea. En palabras de Kaufman, "las respuestas a las preguntas "¿Quién soy?" y "¿Adónde pertenezco?" se forjan en el crisol de la vergüenza" *2+.

La vergüenza siempre va acompañada de emociones perturbadoramente negativas que tienen un efecto muy poderoso sobre el yo en su conjunto. Mario Jacoby observa que, puesto que la vergüenza puede ser el resultado de una devaluación del yo (por parte de los demás y/o de uno mismo), "*siempre conlleva una pérdida de respeto por uno mismo" *3+, mientras que Stephen Pattison señala que "es probable que la persona avergonzada tenga una sensación de colapso personal que implica la pérdida de autoestima y autoeficacia" *4+. Como manifestación externa, la vergüenza puede traducirse en una sensación de ansiedad, rabia, humillación que puede conducir a una percepción potencialmente distorsionada de uno mismo y a acciones (como la evitación, el retraimiento, el aislamiento).

En cuanto a este último aspecto, Paul Gilbert observa que la vergüenza puede entenderse en términos de "interrelaciones dinámicas interpersonales" en las que

intervienen un "avergonzado" y un "avergonzador" *5+. De hecho, la vergüenza sería inconcebible sin la existencia de un otro que juzgue, a cuyos ojos los "avergonzados" se perciben a sí mismos como defectuosos, inferiores, indignos. Tangney, siguiendo a Lewis, subraya la importancia de la dimensión social de la experiencia de la vergüenza, señalando que esta experiencia no requiere necesariamente la presencia real de un otro, ya que existe un imaginario interiorizado de "cómo el propio yo defectuoso... se ha convertido en un objeto de vergüenza". a los demás" *6+. Este "otro" es siempre, en este caso, desaprobador y duramente crítico, lo que conduce a evaluaciones profundamente negativas del yo. Tangney utiliza palabras bastante contundentes cuando describe los efectos de una experiencia de este tipo: "Cuando las personas sienten vergüenza por un fracaso o una transgresión concretos, se están reprendiendo a sí mismas no sólo por el suceso específico; más bien, se están condenando a *sí mismas* -el núcleo de su ser- como defectuosas, inútiles, despreciables. De este modo, las experiencias vergonzosas suponen una tremenda amenaza para el yo" *7+.

El concepto del "otro que juzga" requiere ciertas aclaraciones, en el sentido de que ha adquirido significados adicionales en la época contemporánea. Tradicionalmente, ese "otro" implicaba una interacción más directa entre el avergonzador y el avergonzado, por utilizar los términos de Gilbert. Esto significaba que estos últimos se *veían* a sí mismos a los ojos del avergonzador como defectuosos, inútiles, indignos. Por eso, los primeros teóricos de la vergüenza, como H. Lewis, observaron que "un elemento central de la experiencia de la vergüenza es el 'yo en los ojos del otro'". *8+. Hoy en día, debido al uso de los medios sociales y a su alcance global, se pueden observar, en este contexto, dos cambios importantes: por un lado, la dimensión cultural de la vergüenza ha perdido, en gran medida, sus especificidades regionales o nacionales; y, por otro, el "otro" como instancia que dicta ciertas normas y estándares a seguir, ha adquirido significados mucho más amplios. Esto es especialmente cierto cuando se trata de una forma concreta de vergüenza, la vergüenza corporal.

Kaufman, por ejemplo, atribuye a la cultura la misma importancia que a la familia y al grupo de iguales en la formación de la personalidad: "La cultura es el tejido que une a un pueblo, la red de significados creada a partir de símbolos y tradiciones nacionales", y desempeña un papel decisivo en nuestra necesidad de identificación y nuestro sentimiento de pertenencia [9]. En cuanto a la vergüenza, las culturas, observa Kaufman, "modelan la vergüenza de forma bastante distintiva" *10+. Estas distinciones van desde las causas que podrían explicar los sentimientos de vergüenza hasta las manifestaciones, los comportamientos y los métodos de contrición. Cuando se trata de la vergüenza corporal, como se ha mencionado anteriormente, se puede observar una marcada tendencia hacia la uniformización de los factores e instancias de vergüenza, aspectos que nos llevan al segundo gran cambio que se produjo en las últimas décadas, a saber, el significado del "otro", del avergonzado. El uso generalizado de las redes sociales ha aumentado drásticamente la posibilidad de (auto)cosificación, que puede conducir fácilmente a la vergüenza. Incluso antes de la aparición de las redes sociales, los psicólogos de la vergüenza observaron que ésta implica "una sensación de ser mirado o *visto*. Uno parece convertirse en un objeto en un campo visual *...+. La sensación de ser visto representa metafóricamente la sensación de ser juzgado o evaluado. Esto suele ir acompañado también de un monólogo interno tácito de autocrítica"[11]. La (auto)cosificación del cuerpo ha alcanzado niveles sin precedentes, lo que proporciona un terreno propicio para desarrollar la vergüenza corporal y las emociones negativas que la acompañan.

Si, como han señalado tantos psicólogos, la vergüenza moldea el sentido del yo, y el cuerpo es un aspecto del yo, entonces experimentar el propio cuerpo como poco atractivo, demasiado grande o de cualquier otra forma por debajo de los estándares aceptados puede generar toda una cadena de emociones negativas de autopercepción menospreciada. Dado que nuestra época se rige por consideraciones basadas en gran medida en la apariencia, la experiencia de la vergüenza corporal es un fenómeno extremadamente común. Las imágenes idealizadas del cuerpo humano que inundan las

redes sociales provocan todo tipo de ansiedades, como la ansiedad por la apariencia o la ansiedad social. Ya no se trata de un fenómeno específico de una cultura, sino que ha alcanzado proporciones mundiales. Se puede observar esta uniformización no sólo desde una perspectiva geográfica, sino también social. Si en el pasado la gordura podía encontrarse en gran medida (si no exclusivamente, en algunas culturas) entre el estrato social acomodado, la época contemporánea ha traído consigo una nivelación en cuanto a las personas afectadas por ella: el estatus social y financiero ya no es un factor decisivo.

5.2 Vergüenza y control

La cuestión del control, estrechamente relacionada con el concepto de vergüenza, tiene, en este contexto, un doble significado. En primer lugar, la vergüenza puede utilizarse como herramienta, como medio de control por parte de una sociedad. Como observa Pattison, "tanto la vergüenza como la culpa desempeñan papeles importantes, aunque algo diferentes, en el control social e individual, de acuerdo con las estructuras, normas y expectativas sociales" *12+. En segundo lugar, se trata de una relación muy compleja con uno mismo, en el sentido de que esta relación, en lo que respecta a la alimentación, la autopercepción del cuerpo, etc., ya no es armoniosa, simbiótica, sino más bien de control, en la que el sujeto transforma su propio cuerpo en un objeto, en un mero ejecutor silencioso de su voluntad, de su deseo de moldearlo según normas generales. Desde este punto de vista, la preocupación natural por el propio aspecto ha adquirido proporciones y significados diferentes. Dado que el dominio del "otro" que juzga se ha ampliado hasta un punto sin precedentes, la cuestión de mantener la propia apariencia bajo control ha adquirido una importancia primordial, convirtiéndose en un imperativo, en términos de control de lo que ven los demás. Hablando de esta necesidad de controlar cómo le ven a uno los demás, Dolezal la define en términos que podrían parecer propios del sector financiero, traicionando así el carácter distorsionado de la relación con el propio cuerpo que tanto prevalece en la época contemporánea: "La autopresentación es un término que indica estrategias conscientes e inconscientes para controlar o gestionar cómo uno es percibido por los demás, tanto en términos de apariencia como de comportamiento. La autopresentación, también denominada comúnmente gestión de la impresión, es, en parte, una respuesta a la preocupación del sujeto encarnado por la Mirada, la mirada o el juicio, y tal vez el castigo o el ostracismo, de los Otros en las relaciones sociales" *13+. Esta "gestión de la impresión" se ve alimentada por la necesidad constante de validación, omnipresente en las redes sociales. El incumplimiento de la norma, aceptada, virtualmente, a nivel global, conduce con frecuencia a la percepción del cuerpo como una carga, una molestia, como la causa de la defectuosidad y, en última instancia, a un sentimiento de vergüenza y rechazo.

Sin embargo, dado el énfasis que se pone en un determinado tipo de cuerpo, la proliferación de consejos y recomendaciones de "expertos" sobre el control del peso y, prácticamente, la disponibilidad de una amplia gama de alimentos, todos estos aspectos provocan no sólo un sentimiento de vergüenza, sino también de culpa; de ahí el elemento de autoculpabilidad en los trastornos alimentarios, la percepción del cuerpo como un lastre, así como la lucha continua por mantenerlo bajo control. El cuerpo ha llegado a ser cosificado y alienado, ya que se convierte en el receptor pasivo y el ejecutor del propio deseo de transformarlo en la imagen que generalmente se promueve como aceptable, si no deseable. Se ha reducido a la mera superficie, a lo que ven los demás, como observa Dolezal:

El cuerpo visto es la superficie del cuerpo vista por los demás (o por uno mismo), o desde una perspectiva distanciada. La visibilidad del cuerpo, en este sentido, puede surgir en encuentros intersubjetivos en los que uno experimenta la mirada distanciada, enjuiciadora o antagonista de otro. En estas experiencias, la

aparición o el comportamiento se traen a la conciencia temática de forma negativa y autoconsciente. La objetivación y la alienación se convierten en posibilidades que pueden interrumpir el flujo de las relaciones sociales o el flujo de la propia intencionalidad motriz *14+.

También se podría añadir que, debido a la proliferación de la exposición (en su mayoría voluntaria) en las redes sociales, el propio cuerpo también ha sufrido un proceso de *auto objetivación*, que se suma a la dimensión distorsionada de la relación con el propio cuerpo, mencionada anteriormente. El cuerpo se ha convertido así, hasta un punto sin precedentes, en un constructo social, obligado a cumplir ciertos requisitos, lo que explica la amplia incidencia de la vergüenza corporal y la floreciente industria de las dietas.

5.3 Vergüenza corporal en Rumanía

En su estudio sobre *Fat Shame*, Amy Erdman Farrell confiesa que su interés inicial de investigación, al empezar el volumen, fue la historia de las dietas. Las primeras dietas y los primeros indicios de estigmatización de la gordura y los gordos se encuentran, según Farrell (que discrepa de quienes sitúan el inicio de la industria dietética en los años veinte), en las últimas décadas del siglo XIX. Tratando de comprender los curiosos significados atribuidos a la gordura, Farrell observa -en referencia a la cultura estadounidense- que, a lo largo de su historia, las dietas presentan sorprendentes similitudes. Asimismo, siempre desde una perspectiva diacrónica, Farrell señala que "los autores de los tratados de adelgazamiento y los anuncios de productos para perder peso articulaban ansiedad, desprecio e incluso indignación hacia la gordura que prometían erradicar". Los documentos históricos sobre el tema revelan las connotaciones negativas atribuidas a la gordura y a los gordos (considerados "perezosos, glotones, avaros, inmorales, incontrolables, estúpidos, feos y faltos de fuerza de voluntad"). En este sentido, Farrell hace una observación interesante: "En todas ellas *todas las dietas del pasado+ la gordura es un problema social, además de físico; en la mayoría de ellas, el estigma social de la gordura -y la fantasía de liberarse de este estigma- coincide o incluso tiene prioridad sobre las cuestiones de salud" *15+.

A diferencia de otros países, las dietas no tienen una historia muy larga en Rumanía. A pesar de la escasez de documentos o estudios oficiales sobre el tema, se puede deducir que la imagen y la vergüenza corporales tenían connotaciones diferentes. Por un lado, debido a las particularidades sociales y económicas de los siglos XIX y XX, la cuestión de la gordura frente a la delgadez se percibía principalmente en términos de estatus económico. En la mayoría de los países occidentales, lo que hoy podríamos llamar un "cuerpo gordo" se consideraba, hasta no hace muchas décadas, indicativo de abundancia económica (o al menos de seguridad) y, en ocasiones, señal de buena salud. Como señala Farrell, "hasta finales del siglo XIX, la gordura era generalmente una prerrogativa de unos pocos. Para mantener un cuerpo corpulento era necesario tener riqueza (es decir, suficiente comida y tiempo libre) y salud (es decir, estar libre de las enfermedades que desgastan la carne). Como tal, la gordura se vinculaba a menudo a un sentido generalizado de prosperidad, distinción y alto estatus" *16+. Si, como observa Giddens, "la conexión preestablecida entre una figura corpulenta y la prosperidad prácticamente había desaparecido a finales de las dos o tres primeras décadas del siglo XX" *17+, se podría argumentar que esta convicción se mantuvo en Rumanía hasta la caída del comunismo.

Por otra parte, tradicionalmente, el concepto de dieta, en el sentido de abstenerse de comer, tenía un significado religioso. El ayuno y otras formas de privarse de cualquier tipo de placer se inscribían en una búsqueda más general y profunda de valores morales y religiosos. Como observa Giddens, "el ayuno y la abnegación de diversos tipos de alimentos forman parte, obviamente, desde hace mucho tiempo de las prácticas religiosas, y se encuentran en muchos marcos culturales diferentes *...+. La santidad femenina conseguida mediante la privación de alimentos era especialmente importante" [18]. Por lo tanto, este aspecto estuvo presente en muchas culturas hasta el desarrollo

acelerado de la industria de las dietas, a partir, aproximadamente, del siglo XX. Además, la gordura se consideraba, desde el punto de vista religioso, un signo de glotonería y tendencias materialistas. Sin embargo, si en otras culturas se ha sustituido en gran medida por la preocupación por el aspecto físico, el ayuno con fines religiosos sigue siendo bastante común en Rumanía, incluyéndose a veces en un régimen dietético. Giddens inscribe este cambio (del ayuno como práctica religiosa al "ayuno" para adelgazar) en el proceso más general (y generalizado) de secularización que caracteriza la época contemporánea.

Esta preocupación relativamente reciente por la pérdida de peso ha dado lugar, en Rumanía, a una relación con la comida también bastante diferente, si bien es cierto que mucho más tardía que en otros países. En las últimas décadas, la dieta tradicional rumana, basada en gran medida en los hidratos de carbono y el consumo de carne, ha suscitado varias preocupaciones por sus efectos sobre la salud. Este reto, junto con una oferta de alimentos considerablemente más amplia y con la proliferación bastante agresiva de la publicidad de comida rápida, ha provocado, sobre todo en la población urbana, un aumento del consumo de alimentos que pueden causar gordura o incluso obesidad. Por desgracia, existen muy pocos estudios que se centren en la especificidad de la imagen corporal, la autopercepción, la gordura y las dietas en Rumanía. A pesar de ello, lo que prevalece, en el contexto de la vergüenza corporal, puede inscribirse en la misma necesidad de validación, reconocimiento, aceptación y sentido de pertenencia, que influyen en las relaciones intersubjetivas y en la relación con el propio cuerpo. Estos aspectos han dado lugar a una proliferación alarmantemente rápida del acoso basado en la apariencia y la imagen corporal. De ahí la incidencia cada vez más frecuente de trastornos alimentarios y problemas psicológicos relacionados con la vergüenza corporal, todo lo cual delata una hostilidad subyacente hacia el yo y el cuerpo. Dolezal observa que "la vergüenza corporal está íntimamente ligada al poderoso miedo al estigma y a la exclusión social. Actúa como una especie de mecanismo que garantiza el reconocimiento y la pertenencia a un grupo social" *19+. La necesidad de pertenencia, unida a un sentimiento de inseguridad respecto a las expectativas generales y a la posibilidad de ser condenado al ostracismo -tanto en la vida "real" como en las redes sociales-, puede provocar ansiedad por salirse de la norma o comportarse fuera de la línea aceptada. Esta ansiedad suele manifestarse en forma de timidez (estrechamente relacionada con la vergüenza), pudor (ser percibido como socialmente inadecuado) y un debilitante sentimiento de inferioridad. Lo paradójico es que, por un lado, uno trata de evitar la "invisibilidad" en su grupo, especialmente en las redes sociales, pero, por otro, puede recibir respuestas vergonzosas de otros que lo juzgan, lo que desencadena, por definición, el deseo de hacerse invisible para los demás.

Una característica destacada de la vergüenza, según sus teóricos, es que, como experiencia, es lingüísticamente elusiva. Pattison observa que se trata de "un estado relativamente sin palabras", a menudo acompañado de "un agudo aislamiento individual * ...+. Uno está atrapado en el yo sin palabras y sin gente" *20+. Esta es una de las razones por las que es necesario prestar más atención a las particularidades de los desencadenantes de la vergüenza y del body shaming en la cultura rumana, con el fin de abordar este problema cada vez más común, y la sensación de desapoderamiento, confusión e impotencia que provoca, ya que, como señala Dolezal, "la vergüenza, y la superación de la vergüenza (que a menudo se centra en el cuerpo), tiene un papel central que desempeñar en términos de validación de la subjetividad, tanto personal como políticamente" *21+. La vergüenza corporal y la gordura también requieren más presencia en la ficción. Existe una discrepancia asombrosa entre el número de personas que las padecen (física y psicológicamente) y la escasez de personajes "gordos" en la ficción. Esto también podría ayudar a aumentar la concienciación y la aceptación, contribuyendo en última instancia, si no a la erradicación, al menos a un alivio de los efectos debilitantes de la vergüenza corporal, que penetran e influyen en uno mismo, en la propia identidad, en toda la vida.

La cultura de la esbeltez o llevada a la perfección

Adrian Năznean

Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología *George Emil Palade* de Târgu Mureș Târgu Mureș, Rumanía.

adrian.naznean@umfst.ro

Resumen. *El deseo de tener buen aspecto se traduce en varias opciones en las diversas culturas del planeta. Para algunas poblaciones, un cuerpo atractivo tiene un IMC superior a 28, mientras que para otras se espera que esté en torno a 18. Las naciones norteamericanas y europeas consideran la esbeltez como el cuerpo ideal, imitando a menudo a estrellas e ídolos.*

Palabras clave: delgadez, imagen corporal, anorexia El cuerpo humano: mitología, arte y percepción cultural

Las artes han explotado el cuerpo humano y lo han utilizado para diversos fines, desde la danza a la escultura, en todas sus instancias: nacimiento, crecimiento y muerte. Una vez que la conciencia de sí mismo alcanzó un nivel superior, los humanos empezaron a pintar cuerpos en la roca, siendo Le Roc-aux-Sorciers uno de los principales yacimientos del Paleolítico Superior de Europa, representando cuerpos y rostros, presentando tanto al yo como al otro [22]. Los antiguos egipcios llevaron la admiración por el cuerpo un paso más allá mediante la momificación. Si en un principio la momificación era un proceso natural que se producía debido al calor y la arena, la momificación artificial se convirtió en una práctica ritual para preservar los cadáveres para la otra vida con el uso de resina y lino para su conservación física [23].

El cuerpo humano también ha servido de pergamino para marcar la identidad en términos de género, edad o estatus político, y la piel ha cobrado sentido en diversos contextos culturales, desde el tatuaje corporal hasta la cirugía estética. Las expresiones culturales del tatuaje corporal pueden encontrarse en diversos grupos étnicos, pero no sólo en ellos, en todo el planeta, desde los maoríes, para quienes representan las tradiciones y la filosofía del grupo, hasta los polinesios, para quienes el tatuaje representa la multiplicación del cuerpo y la conexión entre las personas y los espíritus, lo humano y lo divino [24]. Las mujeres de las tribus kayan de Malasia utilizan el tatuaje tradicional como vínculo con su herencia, con diseños acordes a su estatus social [25], mientras que las del norte de Tailandia practican el alargamiento del cuello con la ayuda de anillos de latón para el cuello (Padaung) que, según ellas, las hace más bellas, pero también las protege de los secuestradores de otras tribus [26].

Tanto la mitología griega como la romana son terrenos fértiles para ejemplificar la preferencia por un cuerpo esbelto. Los dioses se representan, tanto en la literatura como en la escultura, como poderosos, musculosos, bien contruidos y en forma, mientras que las diosas son esbeltas y de rasgos delicados. Venus, el equivalente romano de la griega Afrodita, se asocia con el amor y la belleza, mientras que Adonis es sinónimo de hombre apuesto. Jacinto, por ejemplo, era tan bello que tanto Apolo como Céfiro se enamoraron de él. Heracles (Hércules en la mitología romana), hijo de Zeus y Alcmena, ha sido hasta hoy modelo y patrón de masculinidad y músculo, y su figura en pintura y escultura irradia virilidad y fuerza. Las figuras femeninas de las esculturas mitológicas también se representan delgadas; véase, por ejemplo, la Venus de Milo de Alexandros de Antioquía o la de Hera del año 200 a.C.

Varias épocas han reinado en la pintura. Las obras de Rubens incluyen tanto esbeltas monarcas como nobles mujeres, pero también diosas bien dotadas como Venus, Diana o Las Tres Gracias, que probablemente no son tan agraciadas como

sugiere su nombre según los estándares contemporáneos.

En cuanto a la estatura, el cuerpo humano ha sido representado en todos sus tamaños en lo que se refiere a los adultos. En las representaciones bíblicas, el derrotado Goliat, símbolo hiperbólico de la fuerza bruta, es el opuesto de David, que es de tamaño normal, pero de inteligencia suprema. Además, el enanismo, una de las muchas formas de displasia esquelética, es un hecho simbólico en el *Gulliver* de Jonathan Swift, que se opone al gigantismo de los habitantes de Brobdingnag, donde Gulliver parecía un enano entre los gigantes.

La forma del cuerpo humano desempeña un papel distintivo en el deporte. Dentro de los límites de los luchadores de sumo y los gimnastas, todas las formas y alturas de cuerpos encuentran un lugar. Aunque la clasificación de Sheldon sigue siendo controvertida [27], al estar fuertemente vinculada a los rasgos de personalidad y no exclusivamente a los tipos corporales, los tres tipos corporales que pueden identificarse en los deportistas son: los cuerpos ectomorfos, que se encuentran en las carreras de fondo, los mesomorfos, que son más adecuados para el fútbol o la gimnasia, mientras que los jugadores de rugby o los levantadores de pesas pertenecen a la categoría de los endomorfos.

En cuanto a las diferencias culturales, la belleza está en los ojos del que mira. Los medios de comunicación occidentales, con todos sus medios: películas, revistas, redes sociales, incluso juegos de ordenador, imponen la musculatura y la virilidad como estándar de belleza masculina. Sin embargo, el Lejano Oriente, Japón por ejemplo, percibe la magnificencia masculina en el prototipo de los luchadores de sumo, que de hecho son obesos y poco atractivos según los estándares occidentales, frente a los cuerpos bien esculpidos de los gimnastas. Se puede establecer un paralelismo, desde este punto de vista, con los estándares de belleza corporal femenina. Desde las graciosas bailarinas, que se encuentran en el límite de un índice de masa corporal saludable, pasando por las gimnastas y tenistas, hasta las luchadoras y levantadoras de pesas, se pueden encontrar todas las formas corporales y proporciones de grasa y músculo.

5.4 El sector

Aunque se puede responsabilizar en gran medida a las diferencias culturales, la industria desempeña un papel distintivo en la sociedad de consumo. La industria juguetera contribuye en gran medida a impulsar los cánones de belleza de cuerpos esbeltos y en forma en los juguetes infantiles. Los niños crecen con la creencia arraigada de que la muñeca Barbie y su homólogo masculino, Ken, producidos por Mattel, son las formas corporales ideales que la sociedad aprecia y espera de ellos. En la vida real, esas proporciones de un cuerpo femenino son raras de encontrar. Se ha calculado que si Barbie fuera una mujer de verdad, tendría un IMC de 16,24, es decir, un cuerpo anoréxico o caquéctico [28]. Si Ken tiene una forma corporal en cierto modo real y alcanzable, aunque producido para niñas, en el otro extremo del espectro se encuentra el muñeco GI Joe, la copia del héroe de libros y películas, un artillero de la marina con un físico musculoso y bien construido. La muñeca se fabricaba para niños, pero la empresa Hasbro suspendió su producción en 1978 a pesar de la cultura popular [29].

Otra responsabilidad recae en la industria de la confección. La moda ha sufrido serias metamorfosis en el último siglo. La moda playera femenina de mediados del siglo XX incluía un bañador de una pieza, en caso de que hubiera dos, la parte inferior era inevitablemente de talle alto y cubría aproximadamente el 40% del cuerpo. En el caso de los hombres, la mayoría de las veces, el enterizo también estaba de moda. Si se utilizaba un traje de baño de dos piezas, el bañador iba acompañado de una camiseta sin mangas. Mucho ha cambiado a lo largo de los años, un paseo por la playa dejaría a la vista bikinis en miniatura, tangas, que a menudo son de media malla para dejar

también algo a la imaginación. Y no es sólo el caso de la ropa de playa femenina. Lo que necesita poca explicación es el hecho de que la industria empuja a los compradores a la adicción de conseguir un cuerpo esbelto. Sin embargo, la ropa de playa ligada a la cultura existe. La religión es a veces más fuerte que la industria y la alta costura. Los tankinis y los burkinis se fabrican pensando en un consumidor determinado.

Ni que decir tiene que no sólo la moda playera promueve la esbeltez. Otro ejemplo: la pasarela de las colecciones de prêt-à-porter de París a Milán es casi exclusivamente el reino de las modelos anoréxicas. Es casi imposible no recordar el aspecto frágil y casi esquelético de modelos como Kate Moss. Pero, de nuevo, no se trata de la norma exclusiva de las modelos femeninas, varios hombres han sido estrellas de las pasarelas mientras sufrían anorexia nerviosa. Es aún más triste que esta enfermedad haya acabado con modelos profesionales.

5.5 Los extremos en las jóvenes rumanas

La anorexia nerviosa se caracteriza por el miedo a engordar y es, de hecho, una enfermedad psiquiátrica. Un estudio investigó dos grupos de pacientes, uno anoréxico y otro constitucionalmente delgado, con pacientes de tan sólo 11,3 años de edad y un IMC medio de 15 en el grupo anoréxico, concluyendo que los pacientes anoréxicos son muy propensos a desarrollar alteraciones metabólicas [30]. Este concepto distorsionado del tamaño corporal femenino aceptable está haciendo que cada vez más niñas y mujeres no puedan encajar en el patrón y, por lo tanto, conduce a un comportamiento desadaptativo [31] que, en el caso de las pacientes anoréxicas, se traduce en el objetivo de perder peso. Además, otro estudio transcultural descubrió que las jóvenes rumanas delgadas aparecen como la norma frente a las de peso normal [32]. La anorexia no es una enfermedad tan rara como debería. Innumerables blogs de chicas jóvenes que han pasado por ella enumeran todo el dolor y los efectos psicológicos que tiene, todas las luchas que implica y las consecuencias a largo plazo a las que conduce. En la mayoría de los casos, la idea del sobrepeso está tan arraigada que las jóvenes empiezan a contar las calorías, recurren a los atracones, apenas toman un par de bocados al día que suponen menos de 300 kcal, todo lo cual acarrea resultados indeseables, no sólo físicos, sino sobre todo mentales [33]. Para la mayoría es una experiencia traumática inolvidable con efectos visibles como la pérdida de pelo [34], el debilitamiento del miocardio o las estrías.

El ayuno y la desnutrición también son medios para conseguir un fin en determinados deportes. Ejemplos claros son las gimnastas rumanas sometidas a ayunos impuestos para alcanzar un peso óptimo. Mientras las gimnastas lograban el reconocimiento mundial en su campo, detrás de las cortinas, el escenario era dramático. A menudo se pesaba a las niñas al menos cuatro veces al día, mostrando incluso la cantidad de agua que consumían. La comida era escasa y poco nutritiva, los dulces estaban prohibidos y las sesiones de entrenamiento eran absolutamente agotadoras [35]. A veces, estaban tan hambrientos que asolaban la cocina durante la noche sin importarles el miedo de su adiestrador [36].

Muchos deportistas, para conseguir el cuerpo deseado, utilizan sustancias del mercado negro o suplementos dietéticos que supuestamente contienen extractos vegetales (con cafeína), pero a menudo adulterados con diversos compuestos, como activadores de la lipólisis, que requerirían prescripción médica (efedrina, sibutramina, incluso derivados anfetamínicos) [37]. Cabe añadir que, por razones éticas y sanitarias, muchos de estos suplementos están prohibidos por la AMA (Agencia Mundial Antidopaje) para los deportistas profesionales.

5.6 Los medios de comunicación en Rumanía

Los medios de comunicación desempeñan un papel destacado en el deseo de conseguir una figura esbelta y en forma. La imagen que promueven los medios de comunicación es

la de mujeres en forma, hombres musculosos, físicos atléticos, piel bronceada, ya sea en la portada de los tabloides o en la de diversas revistas. La publicidad en este campo recurre a la contratación de personalidades famosas con cuerpos asombrosos para vender productos adelgazantes, suplementos dietéticos, vacaciones exóticas u otros servicios. Por poner un ejemplo, un antiguo modelo de portada de la revista Men's Health de Rumanía, Adrian Nartea, que posteriormente actuó en series de televisión y reality shows [38], aparece actualmente en los anuncios de pólizas de seguros médicos. Con un cuerpo esbelto y en forma, y una estatura de 190 cm [39], Nartea es la encarnación de la figura masculina ideal.

Los títulos de los artículos de los tabloides pretenden ser pegadizos y se basan en frases como cuerpo perfecto, aspecto sexy, mientras que las portadas presumen de artículos como adelgazar 4 kilos en 7 días, cómo deshacerse de la celulitis, bebidas que reducen el colesterol, los secretos del bronceado perfecto y duradero, vitaminas y minerales que intensifican las dietas, y la lista podría continuar [40]. Cuando los lectores o telespectadores se ven expuestos a tales títulos y artículos, no es de extrañar que se metamorfoseen en consumidores frustrados que recurren a cualquier forma o producto posible para parecerse a las modelos de las portadas.

Otra razón de la que son responsables en gran medida los medios de comunicación es la promoción de sustancias adelgazantes que se anuncian como pócimas milagrosas que pueden dar a los usuarios los resultados deseados en cuestión de semanas y sin ningún esfuerzo significativo en cuanto a cambios de hábitos alimentarios o aumento del ejercicio físico. Este tipo de promoción se basa en gran medida en estrellas de aspecto asombroso que supuestamente utilizan esos productos concretos, haciendo creer a los clientes que si copian los hábitos dietéticos de sus ídolos, adelgazarán sin esfuerzo y tendrán un aspecto glamuroso y de diva.

Los casos de pérdida de peso con éxito en estrellas de la televisión inundan las pantallas de todo el país. Un ejemplo significativo es el de una presentadora de televisión que consiguió perder más de 60 kilos. Teo Trandafir estaba engordando visiblemente debido a alteraciones hormonales, pero la posterior cirugía de gastrovesícula le ayudó a conseguir la figura que nunca había tenido [41]. Otro artista que recurrió al bisturí en busca de una solución rápida es la soprano Ozana Barabancea, que consiguió perder 38 kilos [42]. Estas historias de éxito y sus personajes son tan convincentes que la sociedad de consumo recurriría a cualquier producto o procedimiento para parecerse a las personas que aparecen en las pantallas de televisión.

No obstante, los cuerpos esbeltos pueden esculpirse no sólo mediante cirugía médica, sino también mediante el arte de la cirugía plástica, que implica intervenciones como liposucción, implantes mamarios, lifting facial, levantamiento y aumento de glúteos, todo ello en aras de un aspecto matador. Mientras los precios son desorbitados, los telespectadores y los lectores de revistas sueñan impotentes con el cuerpo ideal [43]. No es raro que los famosos recurran a estas prácticas, probablemente porque los medios de comunicación les presionan tanto que una alternativa más sana les llevaría demasiado tiempo.

Otra importante contribución perjudicial al deseo de adelgazar y parecer esbelto está dominada por las redes sociales. Lo que muchos consumidores de las redes sociales no reconocen es que las estrellas y los ídolos disponen de una plétora de trucos digitales profesionales para lucir fabulosos e impecables. Para los usuarios de a pie, los filtros, las aplicaciones para dispositivos móviles abundan en las tiendas de aplicaciones, ya sea Google Play o App Store, con nombres atrayentes como Perfect Me, Best Body, BodyTune, TrimSlimTall, RetouchMe, por citar solo algunos. Al estar disponibles y ser fáciles de usar, los consumidores creen que las fotos editadas de ellos mismos reflejan la realidad.

5.7 Conclusión

En la sociedad actual, lejos de representar el bienestar del individuo, la gordura puede percibirse como la estética de la fealdad y la de la falta de autoestima. Paradójicamente,

en las culturas occidentales, la gordura define de algún modo a la clase baja, mientras que la delgadez se asocia a cierto nivel económico. La exhibición de cuerpos esbeltos que vemos en las pantallas de televisión o en los artículos de las revistas tiene un precio. Lo que la gente tiende a olvidar e ignorar es que métodos como las cirugías o diversos suplementos se diseñaron pensando en un perfil de consumidor. No son esos atajos que conducen a resultados rápidos los que deben prevalecer, sino cambios en el estilo de vida que incluyan una alimentación sana y ejercicio físico regular para conseguir el cuerpo esbelto deseado. Lo que los consumidores también ignoran es el hecho de que la belleza está, en efecto, en el ojo del que mira.

Referencias

- [1] Kaufman, G. *La psicología de la vergüenza. Theory and Treatment of Shame- Based Syndromes*, Nueva York, Springer Publishing, 1996, p. 4.
- [2] Ibid, p. 5.
- [3] Jacoby, M. *La vergüenza y los orígenes de la autoestima. A Jungian Approach*, Traducido del alemán, en colaboración con el autor, por Douglas Whitcher. Londres y Nueva York, Routledge, 2002, p. 2.
- [4] Pattison, S. *Shame: Theory, Therapy, Theology*, Cambridge, Cambridge UP, 2003, p. 48.
- [5] Gilbert, P. "¿Qué es la vergüenza? Some Core Issues and Controversies" en Paul Gilbert, Bernice Andrews (eds). *Qué vergüenza. Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*, Nueva York, Oxford, Oxford UP, 1998, pp. 3-39, p. 4.
- [6] Tangney, J., Ronda L. Dearing. *Shame and Guilt*, Nueva York, The Guilford Press, 2004, p. 2.
- [7] Ibid, p. 91, énfasis original.
- [8] qtd in Brooks Bouson, J. *Embodied Shame. Uncovering Female Shame in Contemporary Women's Writings*, Nueva York, Suny Press, 2009, p. 6.
- [9] Kaufman, *The Psychology of Shame*, p. 44. Ibid, p. xi
- [10] Pattison, *Shame: Theory, Therapy, Theology*, p. 72.
- [11] Ibid, p. 55. Dolezal, Luna. *El cuerpo y la vergüenza. Phenomenology, Feminism, and the Socially Shaped Body*, Londres y Nueva York: Lexington Books, 2015, p.77.
- [12] Ibid, p. 80.
- [13] Erdman Farrell, Amy. *Vergüenza gorda. Stigma and the Fat Body in American Culture*, Nueva York y Londres, New York UP, 2011, p. 4.
- [14] Ibid, p. 27.
- [15] Giddens, Anthony. *Modernidad e identidad propia. Ser y sociedad en la Edad Moderna tardía*, Cambridge, Polity Press, 2006, p. 105.
- [16] Ibid, p. 65.
- [17] Dolezal, *El cuerpo y la vergüenza*, p. 98.
- [18] Pattison, *Shame: Theory, Therapy, Theology*, p. 74.
- [19] Dolezal, *El cuerpo y la vergüenza*, p. 98.
- [20] Fuentes, Oscar. "The social dimension of human depiction in Magdalenian rock art (16,500 cal. BP-12,000 cal. BP): The case of the Roc-aux-Sorciers rock-shelter", *Quaternary International*, Volumen 430, Parte A, 2017, 97-113.
- [21] Öhrström, Lena et al. "Experimental mummification-In the tracks of the ancient Egyptians", *Forensic Clinical Anatomy*, 2020; 1-12.
- [22] Schildkrout, Enid. "Inscribing the Body", *Annual Review of Anthropology*; 2004; 33, 319-344.

- [23] Abdul Rahim, R. ., & Wan, R. "The Kayans: Ontology of their tattoos and its meanings", Environment-Behaviour Proceedings Journal, 5(SI3), 2020, 335-345. <https://doi.org/10.21834/ebpj.v5iSI3.2573>
- [24] "The Long Neck Women Of The Kayan Tribe", disponible en <https://historyofyesterday.com/the-long-neck-women-of-the-kayan-tribe-63efdb0b7af7>, consultado el 22 de abril de 2022.
- [25] "Somatotipo | Definición y hechos | Britannica", disponible en <https://www.britannica.com/science/somatotype>, consultado el 22 de abril de 2022.
- [26] " Las impactantes dimensiones de Barbie a tamaño real (FOTO): ¿Sería anoréxica? - CBS News", disponible en <https://www.cbsnews.com/news/life-size-barbies-shocking-dimensions-photo-would-she-be-anorexic/>, consultado el 23 de abril de 2022.
- [27] "G.I. Joe | Toys & History | Britannica", disponible en <https://www.britannica.com/topic/GI-Joe-action-doll>, consultado el 23 de abril de 2022.
- [28] Poterasu, M. et al. "Body Composition and Metabolic Parameters Comparison in Young Women with Anorexia Nervosa and Constitutional Thinness", Med. Surg. J. - Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat., Iași - 2020 - vol. 124, nº 2, 238-246.
- [29] Salceanu, C. "Eating Disorder Risk and Personality Factors in Adolescent Girls", Postmodern Openings, 11(1Sup1), 158-176. <https://doi.org/10.18662/po/11.1sup1/128>.
- [30] Joja, O. D., C. Nanu, J. von Wietersheim. "Weight Concerns and Eating Attitudes among Romanian Students in Comparison to German Students and Anorexia Nervosa Patients", Procedia - Social and Behavioral Sciences, Volumen 187, 2015, 402-407, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.075>.
- [31] "18 años: tres años estuve anoréxica y mamá no se dio cuenta - Printesa Urbana - Hot Family Blog" disponible en <https://www.printesaurbana.ro/2020/09/tanara-18-3-years-anorexic-mom-never-noticed.html>, visto el 18 de marzo de 2022.
- [32] "Laura Nureldin: "Sufrí anorexia. Estuve al borde de la muerte"", disponible en <https://okmagazine.ro/vedete/news/laura-nureldin-am-suferit-de-anorexie-am-fost-514100.html>, consultado el 22 de marzo de 2022.
- [33] "En el cerrado mundo de la gimnasia de alto rendimiento, con "Verdades sobre el pasado" | TVR.RO" disponible en <http://www.tvr.ro/adevaruri-despre-trecut-patrunde-in-lumea-inchisa-a-gymnastics-of-performance-a-33779.html#view>, visto el 22 de abril de 2022."Recuerdos de pesadilla para una ex gimnasta nacional rumana. El hambre y las palizas estaban a la orden del día - Evenimentul Zilei", disponible en <https://evz.ro/amintiri-de-cosmar-pentru-osta-gimnasta-de-lot-national-a-romaniei-infometarea-si-batataia-erai-ordine-zilei.html>, consultado el 18 de marzo de 2022.
- [34] Tero-Vescan, A. et al. "Análisis comparativo mediante HPLC-UV y electroforesis capilar de suplementos dietéticos para la pérdida de peso", Farmacia, 2016, vol. 64, 5, 699- 705.
- [35] "How Adrian Nartea's life changed after "Vlad": "I was going to take my girls and move out", disponible en <https://click.ro/vedete/vedete-romanesti/cum-s-a-changed-adrian-nartea-s-life-after-36124.html>, consultado el 18 de marzo de 2022.
- [36] "Men's Health a aniversat 1 an in Romania", disponible en <https://www.comunicatedepresa.ro/burda-romania/mens-health-a-aniversat-1-an-in-romania/>, consultado el 18 de marzo de 2022.
- [37] "Archivo Click! para mujeres", disponible en <https://account.paydemic.com/serial/archive/HXGCGQJJFZDGPBMV435W2JE2B4>, consultado el 22 de abril de 2022.

- [38] "El drama del presentador Teo Trandafir: "Yo era el gordo del pueblo rumano". Cómo consiguió adelgazar - Buna Ziua Iasi - BZI.ro", disponible en <https://www.bzi.ro/drama-presenter-teo-trandafir-eram-grasa-poporului-roman-cum-a-reusit-sa-slabeasca-4232800>, consultado el 18 de marzo de 2022.
- [39] "¡Increíble! Cum arata Ozana Barabancea, dopo ce a slabit 40 de kilograme!", disponible en <https://acasa.ro/vedete-din-romania-320/incredibil-cum-arata-ozana-barabancea-dupa-ce-a-slabit-40-de-kilograme-217966.html>, consultado el 29 de abril de 2022.
- [40] "EXCLUSIVA. Principales famosos rumanos que han pagado fortunas en cirugía plástica. Bianca Drăgușanu, con 33.000 euros, está lejos del primer puesto - IMPACT.ro", disponible en <https://www.impact.ro/exclusiv-topul-vedetelor-din-romania-care-au-platit-averi-pe-operatii-estetice-bianca-dragusanu-cu-33-000-de-euro-e-departe-de-locul-1-47308.html>, consultado el 20 de marzo de 2022.

6. Perspectiva humanística de la obesidad y los trastornos alimentarios (TCA) en Serbia

Danka Sinadinovid

Universidad de Belgrado, Facultad de
Medicina Belgrado, Serbia
danka.sinadinovic@med.bg.ac.rs

Stevan Mijomanovid Universidad de
Belgrado, Facultad de Medicina Belgrado,
Serbia stevan.mijomanovic@med.bg.ac.rs

Resumen. *Este capítulo explora las actitudes lingüísticas respecto a la obesidad, las disfunciones eréctiles y los atracones en Serbia. Se realizó una encuesta para identificar los términos utilizados para referirse a niñas, niños, mujeres y hombres obesos o que sufren TCA. El aspecto importante es la comparación de los términos utilizados para niños/adolescentes y adultos, y la evolución de las actitudes reflejadas en los términos utilizados para estos dos grupos. Los resultados arrojaron ocho categorías de términos que se centran en diferentes aspectos relativos a estos individuos. Además, se reconocieron tres subcategorías, que dilucidaban las actitudes que iban de neutras, a positivas, y a negativas.*

Palabras clave: actitudes lingüísticas, obesidad, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, atracones.

6.1 Introducción

Los procesos de urbanización, industrialización y globalización, así como un desarrollo económico dinámico, han afectado significativamente a los hábitos alimentarios y al estilo de vida en general. Por un lado, existen dietas hipercalóricas, caracterizadas por una cantidad excesiva de grasa, una ingesta insuficiente de hidratos de carbono complejos, fruta y verdura, y un estilo de vida sedentario que, en conjunto, provocan aumento de peso y obesidad [1]. Se cree que la obesidad es la enfermedad crónica más común en niños y adolescentes, y se está convirtiendo en un problema cada vez mayor también en Serbia [1]. Aparte de las dietas contemporáneas, la OMS señala otros factores que conducen a la obesidad durante la infancia y la adolescencia: falta de actividad física, saltarse el desayuno, picar entre horas (sobre todo dulces), comer fuera de casa [2]. La obesidad en la adolescencia puede deberse a diversos factores genéticos, biológicos, culturales, conductuales y psicológicos, y puede desencadenarse por acontecimientos o episodios estresantes, como el divorcio o la separación de los padres, el cambio de lugar de residencia, la muerte de un ser querido, los malos tratos, la violencia entre iguales, etc. [3]. Los trastornos mentales, como la depresión, las fobias, la ansiedad o el trastorno obsesivo-compulsivo, también pueden causar obesidad en este periodo vulnerable de la vida [4]. Los adolescentes suelen engordar por picar constantemente o por episodios ocasionales de sobreingesta inducidos por sentirse aburridos, insatisfechos, tensos, ansiosos o simplemente por estar sentados frente al ordenador durante horas [3].

Además de aumentar de peso o volverse obesos, los adolescentes corren el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) (por ejemplo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, etc.) como consecuencia de actitudes desordenadas ante la ingesta de alimentos. Estas actitudes están presentes en alrededor del 4% al 5% de los adolescentes, con una proporción de 6:1 a 10:1 a

favor de las adolescentes [5]. Estas actitudes inadecuadas y comportamientos acordes (es decir, una ingesta de alimentos irregular o caótica) suelen estar desencadenados por una preocupación excesiva por la imagen corporal (la forma y el peso en particular) [5]. Negativo La imagen corporal y la valoración inadecuada del propio aspecto físico se han convertido en una norma en los países con un estatus socioeconómico alto (EE.UU. en primer lugar) [6].

Es importante decir que no se han realizado estudios epidemiológicos de las TCA en Serbia y, en general, existe un número muy limitado de estudios que examinen los hábitos alimentarios y las actitudes hacia la comida en Serbia [2]. Sin embargo, sí se han realizado varios estudios (en su mayoría psicológicos) que investigaron la satisfacción con la imagen corporal o la disposición a poner en práctica una dieta. Por ejemplo, un estudio realizado en Serbia y Croacia en 2004 reveló que el 14,4% de las chicas que habían participado en la investigación no estaban satisfechas con su aspecto, el 34% estaban insatisfechas con su peso y el 60% admitían que deseaban estar más delgadas [7]. Otro estudio transversal, que investigó los comportamientos y actitudes hacia la imagen corporal y las TCA entre las adolescentes utilizando el cuestionario EAT - 26 del Test de Actitudes Alimentarias, situó a Serbia entre los países con mayor prevalencia de TCA, ya que el 30,4% de las chicas evaluadas habían obtenido puntuaciones superiores a 20 en el EAT - 26 [5].

En lo que se refiere a tasa de mortalidad y mala calidad de vida, los SUH ponen a los adolescentes en un peligro aún mayor que la obesidad. Estos trastornos dejan graves secuelas físicas, psicológicas y sociales en los individuos afectados y un número muy reducido de ellos (del 4% al 6%) busca y recibe ayuda profesional [5]. En la civilización occidental, la forma física y la delgadez equivalen a competencia, éxito, atractivo sexual, control, etc., mientras que la obesidad suele identificarse con la pereza, la autosuficiencia y la inadecuación [8]. Esto da lugar a una imagen corporal ideal que se presenta a los adolescentes a través de los medios de comunicación, las redes sociales, los iguales y los famosos [9]. Persiguiendo la imagen corporal ideal, los adolescentes pueden obsesionarse fácilmente con la delgadez, que es biológicamente inadecuada, ya que provoca diversos trastornos fisiológicos y sociales, e incluso la muerte [10]. Debido a esta imagen corporal ideal, la obesidad se estigmatiza con frecuencia, por lo que los adolescentes obesos o con sobrepeso pueden ser fácilmente marginados por sus compañeros y son menos populares [2].

Este capítulo presenta las actitudes hacia la obesidad y las TCA en Serbia mediante la exploración de los términos léxicos utilizados para describir a las personas que padecen obesidad y las DE más comunes. Estos términos léxicos nos dan una idea de las expectativas culturales y sociales que se depositan en las niñas y los niños en comparación con los hombres y las mujeres. Aunque en la discusión nos basamos en investigaciones y análisis anteriores, es importante señalar que la investigación lingüística de términos relacionados con la obesidad y las TCA en serbio ha sido inexistente hasta donde sabemos. Además, pocos estudios (principalmente en el campo de la psicología) se han centrado en las actitudes hacia la obesidad y el SED en Serbia. Por lo tanto, este capítulo pretende llenar este vacío y ampliar el alcance de la comprensión a través de una perspectiva humanística, es decir, lingüística, de estas condiciones en Serbia.

6.2 Investigación sobre la obesidad y las disfunciones eréctiles en los jóvenes - Perspectiva serbia

La obesidad se define como una enfermedad crónica refractaria causada por un exceso de tejido adiposo que repercute negativamente en la salud y el bienestar físico, psicológico y sociológico [11]. Se considera que una persona cuyo peso corporal es hasta un 20% superior a su peso ideal tiene sobrepeso, mientras que una persona cuyo peso corporal es más de un 20% superior a su peso ideal es obesa [12]. Cuando se trata de niños y adolescentes, la obesidad se define como un aumento del peso corporal

por encima de un valor determinado arbitrariamente, teniendo en cuenta el sexo, la edad y la estatura, y se cree que está causada por una cantidad excesiva de grasa en el organismo [13]. Según la OMS, en 2013 había alrededor de 42 millones de niños (6,3%) menores de 5 años con sobrepeso o incluso obesidad y que vivían predominantemente en países en desarrollo. También se ha observado que el número de niños con sobrepeso y obesidad aumenta constantemente, sobre todo en los países africanos y asiáticos [1].

Serbia no es una excepción a esta tendencia, ya que la prevalencia de la obesidad en niños y adolescentes no deja de crecer. En Serbia se han realizado pocos estudios sobre la obesidad en los jóvenes o sobre la actitud de la población ante la obesidad o las personas obesas.

El más reciente es un estudio transversal en el que participaron 370 estudiantes de la Facultad de Medicina de Valjevo (región de Serbia Occidental) y en el que se utilizó un cuestionario para inspeccionar los hábitos alimentarios de los alumnos, hábitos y actitudes anti grasa entre los adolescentes de esta parte de Serbia. Según el autor del estudio, uno de los resultados más preocupantes es un consumo muy elevado de dulces y bebidas gaseosas. Hasta el 44% de los participantes consumía dulces y aperitivos varias veces al día, el 82% consumía bebidas carbonatadas y energéticas con regularidad, mientras que el 69% de los participantes comía productos de panadería con regularidad. Es interesante mencionar que la mayoría de los participantes (36%) recogía información sobre nutrición saludable a través de Internet, en conversaciones con sus padres (33%), hablando con sus profesores (17%) y sólo el 14% obtenía la información de profesionales de la salud. El entorno y el nivel educativo de los padres parecían ser los factores que más influían en las diferencias entre hábitos alimentarios sanos y poco sanos. Por ejemplo, los estudiantes de zonas urbanas de padres con un alto nivel educativo declararon comer comidas variadas y sanas. Además, los participantes varones de zonas urbanas con padres con estudios superiores participaban más en actividades deportivas que los demás. Aunque sólo el 22% declaró saltarse el desayuno, el miedo a ganar peso era más típico de las participantes femeninas. Curiosamente, el 73% de los participantes nunca siguió una dieta restrictiva, lo que difiere por completo de los resultados obtenidos en toda Europa. Las chicas declararon con mucha más frecuencia que deseaban estar delgadas, mientras que los chicos, por el contrario, admitieron que querían ser más corpulentos. Por último, las alumnas tenían una actitud más negativa hacia la obesidad y las personas obesas o con sobrepeso [2].

En otro estudio, realizado entre estudiantes de una facultad de medicina y en el que participaron 307 alumnos, se investigaron los hábitos alimentarios de los jóvenes [14]. Los resultados más importantes incluyen una elevada representación de dulces y aperitivos, mejores hábitos alimentarios en los participantes masculinos (rara vez se saltan comidas, toman más líquidos, comen fruta y verdura con más regularidad que las participantes femeninas) y un consumo insuficiente de agua en el 71% de los participantes.

Un estudio de Halupka-Rešetar y Radid Bojanid investigó los nombres de animales utilizados para dirigirse a las personas en serbio [15] y algunos de los resultados son importantes también para nuestro estudio. Se centraron en los usos de los nombres de animales en serbio para dirigirse a las personas, tanto de forma abusiva como cariñosa, expresando la actitud del hablante. En la encuesta participaron 100 estudiantes universitarios de lingüística. Se llegó a la conclusión de que la transferencia de nombres de animales a las personas estaba motivada por la transferencia de algunas características animales a los seres humanos [15]. Los autores analizaron cuatro categorías, dos de las cuales son interesantes para nosotros: el aspecto físico y los hábitos alimentarios. En cuanto al aspecto físico, un gran tamaño suele implicar un mayor peso corporal (por ejemplo, **¡Yegua!** (srb. *Kobilo jedna!*), **¡Vaca torpe!** (srb. *Kravo smotana!*)) y se traduce en falta de gracia o lentitud de movimientos. En cuanto a los hábitos alimentarios, se refieren a la forma de alimentarse característica de un determinado animal, por ejemplo:

¡Cerdo glotón! (srb. *¡Svinjo alava!*). Si hombres y mujeres comen como cerdos, se les puede llamar **cerdo** (srb. *svinja*), pero sólo a una mujer se le puede llamar **cerda** (srb. *krmača*). Además, **vaca** (srb. *krava*) se utiliza regularmente para dirigirse a una mujer gorda, torpe y estúpida.

Otro estudio inspeccionó las metáforas zoonímicas [16]. Para las personas con sobrepeso/obesidad, el autor obtuvo los siguientes resultados: **elefante** (srb. *slon*)/**ella-elefante** (srb. *slonica*), **cerda** (srb. *krmača*), **cerdo** (srb. *svinja*) y **puerco** (srb. *krmak*); para la torpeza: **caballo** (srb. *konj*), **yegua** (srb. *kobila*), **oso** (srb. *medved*), **osa** (srb. *medvedica*) y **elefante** (srb. *slon*).

La imagen corporal puede definirse como la opinión que uno tiene de su propio aspecto físico o, en otras palabras, como la imagen mental que uno tiene de las dimensiones, los contornos y la forma de su cuerpo y de los sentimientos que tiene por esas características [17]. Así pues, la imagen corporal es un concepto multidimensional e implica no sólo la autopercepción, sino también actitudes que incluyen opiniones, creencias, sentimientos y comportamientos [18]. Está formada por dos componentes: (1) la percepción y (2) la evaluación y las actitudes hacia el propio cuerpo [19]. Esta imagen mental de nuestro aspecto físico puede ser acorde con nuestra apariencia real o completamente irreal [20]. Es importante saber que la imagen corporal puede cambiar en función de nuestro estado de ánimo, experiencias y entorno [20], es una presentación mental de lo que sentimos por nuestro propio cuerpo y es altamente subjetiva [21]. Las reacciones de otras personas también influyen en la formación de la propia imagen corporal [22] y suelen ser las chicas las más sensibles a su imagen corporal [21]. En general, el periodo de la adolescencia es el más vulnerable para la imagen corporal, ya que numerosos cambios físicos la afectan y provocan sentimientos contradictorios en relación con nuestro aspecto físico [23]. Una imagen corporal positiva significa que una persona acepta y respeta su cuerpo y está satisfecha con él, mientras que una imagen corporal negativa muestra que la persona está insatisfecha con su propio cuerpo y tiene pensamientos y sentimientos desagradables hacia él [20]. Se cree que los factores que afectan a la imagen corporal en las mujeres son los cánones de belleza occidentales, las creencias religiosas, la nacionalidad y el género [6].

Se ha demostrado que la imagen corporal está relacionada con la disfunción eréctil, la baja autoestima, la depresión y la ansiedad [24]. La evaluación del aspecto físico por parte de otras personas puede ser una variable clave en el desarrollo de los TCA [25]. Favorecer la delgadez como algo bello, deseable y esperado en la industria de la moda tiene un gran impacto en el desarrollo de ciertos trastornos psicopatológicos, especialmente la anorexia nerviosa [26].

La anorexia nerviosa se describe como un trastorno en el que una persona se niega a mantener su peso corporal en el nivel mínimo para su edad y estatura o ligeramente por encima, siente miedo a engordar, experimenta su figura y su peso de forma distorsionada e incluso sufre amenorrea [27]. Es extremadamente difícil tratar este trastorno y es el trastorno mental con mayor tasa de mortalidad [28]. Este trastorno también tiene la tasa de crecimiento más alta [29] y es especialmente frecuente en el grupo de edad de 15 a 24 años [30]. Se cree que es uno de los mayores problemas de las adolescentes en Serbia [31].

La bulimia nerviosa se define como episodios repetidos de sobrealimentación en los que se utilizan conductas compensatorias para evitar el aumento de peso [27]. Se desconoce la causa de la bulimia, pero la respuesta podría estar en los genes, en la presión por los logros, la presión de los padres, etc. [32]. Tanto las personas anoréxicas como las bulímicas tienen miedo a engordar y desean tener un cuerpo delgado [33].

Otra disfunción eréctil frecuente son los atracones. Se caracteriza por sentimientos negativos en relación con el propio aspecto físico o la comida y aparece con más frecuencia en individuos que han ganado peso de forma brusca o que han participado en un programa de reducción del peso corporal; también es más frecuente en mujeres [30].

Se realizó un estudio transversal con 220 participantes de 16 a 25 años con el objetivo de inspeccionar los comportamientos y las actitudes sobre la imagen corporal y

los trastornos alimentarios [5]. Los resultados mostraron que los hijos de padres divorciados y los hijos que no estaban satisfechos con su estatus socioeconómico eran más propensos a padecer trastornos alimentarios. Además, las chicas de zonas urbanas deseaban tener el peso más bajo posible y, por lo tanto, eran mucho más propensas a desarrollar una DE que las chicas de zonas rurales [5]. Más de la mitad de las participantes deseaban perder peso, aunque ninguna de ellas tenía sobrepeso.

Por último, se realizó un estudio con 40 chicas (de 15 a 25 años) con diagnóstico de anorexia y un grupo de control formado por 78 participantes sanas (de 16 a 18 años), que debían percibir tres tipos de cuerpo (pícnico, asténico y atlético). Ambos grupos describieron a los individuos pícnicos como grandes, lentos, generosos, sensibles, inseguros, relajados, humildes. Sin embargo, las chicas anoréxicas consideraban a estas personas seguras de sí mismas. Las mujeres asténicas fueron descritas por el grupo anoréxico como bellas, fiables y nerviosas y por el grupo de control como gráciles, seguras de sí mismas, atléticas y relajadas. Se describió a un atleta como grande, responsable, seguro de sí mismo y relajado. El tipo asténico fue el preferido por ambos grupos de participantes [34].

6.3 Metodología

Basándonos en investigaciones anteriores, se diseñó una encuesta centrada en las actitudes lingüísticas con respecto a la obesidad y los TCA. El ámbito original de la encuesta abarcaba las actitudes y los conocimientos sobre la obesidad y los TCA; sin embargo, para los fines de este capítulo, decidimos centrarnos en los elementos léxicos que se utilizan para describir a las chicas y chicos obesos, y a las chicas y chicos que padecen anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Además, examinamos los elementos léxicos utilizados para describir a mujeres y hombres obesos, y a mujeres y hombres que padecen anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. El objetivo de este enfoque era comparar cómo se describen los jóvenes y los adultos en relación con la obesidad, la anorexia y la bulimia nerviosa. Los resultados deberían arrojar luz sobre el tipo de estigma y las expectativas negativas o positivas a las que podrían enfrentarse los jóvenes en relación con los estados/trastornos mencionados. Además, examinamos los elementos léxicos relacionados con el trastorno por atracón.

En este capítulo se incluye el análisis de las respuestas a las preguntas abiertas relativas a cuatro grupos diferentes. Cada pregunta relacionada con la obesidad y la anorexia/bulimia nerviosa intentaba averiguar qué elementos léxicos se utilizan generalmente en Serbia para describir a niñas, niños, mujeres y hombres. La obesidad se observó por separado, mientras que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se agruparon como trastornos alimentarios.

Estas preguntas se formularon de la siguiente manera: ¿Qué elementos léxicos se utilizan generalmente en Serbia para describir a una chica/chico/mujer/hombre obeso? y ¿Qué elementos léxicos se utilizan generalmente en Serbia para describir a una chica/chico/mujer/hombre que padece anorexia/bulimia?

En cuanto al trastorno por atracón, optamos por una investigación más general, ya que el concepto de atracón es relativamente nuevo en Serbia, lo que resulta evidente por el hecho de que no existe un equivalente serbio del término atracón ni en el uso general ni en el discurso científico. Este trastorno se separó de la anorexia y la bulimia por este motivo, es decir, por la novedad del término o por no conocer del todo el alcance de este trastorno. Por lo tanto, la pregunta para este trastorno se formuló de la siguiente manera: ¿Conoce algún término/palabra que se utilice para describir a las personas que padecen trastorno por atracón?

En todas las preguntas mencionadas, los participantes recibían además una sugerencia sobre qué tipo de elementos léxicos podían incluir en su respuesta. La sugerencia se añadía al final de la pregunta entre paréntesis y siempre incluía lo siguiente: apodos, expresiones de argot, expresiones políticamente correctas,

expresiones formales, etc.

La encuesta fue anónima e incluyó a 70 participantes (49 (70%) mujeres y 21 (30%) hombres). Los participantes pertenecían a los siguientes grupos de edad: 18-25 (38 participantes o 54,28%); 26-35 (15 participantes o 21,43%); 36-45 (12 participantes o 17,14%); y 46+ (5 participantes o 7,14%). La encuesta se difundió en las redes sociales personales de los investigadores y entre los estudiantes de medicina de la Universidad de Belgrado.

Los elementos léxicos adquiridos en esta encuesta se agruparon en ocho categorías: peso, talla, otras características físicas (OPC), características sociales, características intelectuales/mentales (IMC), términos relacionados con la dieta (TRD), zoónimos y comparación. Cada categoría se dividió a su vez en tres subcategorías: términos neutros (N), eufemismos/términos cariñosos (E/A) e invectivas.

(I). Los términos neutros suelen ser descriptivos, factuales, definitorios, pero también políticamente correctos. En la subcategoría E/A, ambos términos se utilizan para suavizar y atenuar las críticas sociales/personales. Los eufemismos de esta subcategoría tienen esta función, mientras que otros términos eufemísticos de las otras dos subcategorías se limitan a proporcionar una descripción (políticamente correcta) o se utilizan de forma ofensiva. Por otro lado, los términos cariñosos suelen adoptar la forma de diminutivos y "lenguaje infantil". La subcategoría de invectivas es algo más difícil de definir, ya que puede contener términos negativos, despectivos y abusivos. Además, algunas traducciones al inglés no cubren por completo la connotación que los términos invectivos tienen en serbio, y algunos no suelen utilizarse para describir a los seres humanos y su connotación negativa suele actualizarse en el contexto.

El análisis cuantitativo, es decir, la frecuencia de los términos y frases, se comparó entre los grupos (chicas (G), chicos (B), mujeres (W) y hombres (M)), las categorías y las subcategorías con el fin de conocer las actitudes lingüísticas hacia estos grupos en relación con la obesidad y las DE. Se realizó un análisis cualitativo de las ocho categorías y las cuatro subcategorías para dilucidar cómo se expresan lingüísticamente las actitudes hacia las personas obesas y las que padecen DE.

6.4 Resultados

Frecuencia de los términos utilizados para la obesidad, las disfunciones eréctiles y los atracones

El análisis cuantitativo reveló que la frecuencia de términos utilizados es mayor en el caso de las personas obesas (639), seguida de los utilizados para las personas que padecen TCA (436). El menor número de términos utilizados corresponde a las personas que sufren atracones (84). Esta distribución de los resultados no es sorprendente, ya que los TCA, especialmente la bulimia y los atracones, no se reconocen tan fácilmente basándose únicamente en el aspecto físico. La frecuencia total de los términos utilizados para referirse a las personas obesas es la más elevada en la categoría de peso (392), seguida de zoónimos (122), talla (59), comparación (27), OPC (25), características sociales (7), mientras que DRT (3) e IMC (2) son poco frecuentes. Curiosamente, la categoría de IMC no está presente en los machos y la DRT no está presente en B. En los grupos W, B y M sólo cuatro participantes no dieron ninguna respuesta, mientras que en el grupo G sólo dos participantes no dieron ninguna respuesta. Estas cifras nos muestran que hay una abundancia de términos que se aplican a las personas obesas. La frecuencia total de los términos utilizados para los individuos que sufren TCA es la más alta en la categoría de peso (196), seguida de comparación (116), IMC (39), OPC (28), DRT (19), zoónimos (17), tamaño (11) y características sociales (10). Curiosamente, la categoría de características sociales no está presente en G, mientras que los términos de IMC se utilizan el doble para las

mujeres (G: 13, W: 13) en comparación con los hombres (B: 7, M: 6). En los grupos W: 15, B: 14 y G: 11, alrededor del 20% de los participantes no respondieron. En el grupo M: 22, alrededor del 30% de los participantes no respondieron. Esto demuestra que los términos que se aplican a las personas que sufren disfunción eréctil no están tan disponibles o no se utilizan tanto como los que se aplican a las personas obesas, especialmente cuando se habla de hombres. La mayoría de los términos se utilizaron para las chicas, lo que revela que estos tipos de TCA (anorexia y bulimia nerviosa) se asocian con mayor frecuencia a las mujeres jóvenes. La frecuencia total de los términos utilizados para los individuos que sufren atracones es la más alta en la categoría de TRD (19), seguida de los zoónimos (11), mientras que los términos IMC (5), comparación (4) y peso (4) son poco frecuentes. Alrededor del 58% de los participantes (41) no dieron ninguna respuesta, es decir, no conocen ni utilizan ningún término que se aplique a las personas que sufren atracones. Esto nos muestra que los atracones no se han reconocido en la misma medida que la obesidad e incluso que las disfunciones eréctiles. Esto se observa en un par de respuestas descriptivas en las que los participantes equiparan los atracones con la obesidad o los consideran el resultado de comer en exceso de forma recurrente. Sin embargo, los términos que hacen referencia a los atracones revelan que nuestros participantes entienden esta afección a través de la forma en que alguien come o de su relación con la comida. Además, podemos ver que los términos relacionados con la dieta se utilizan con más frecuencia para las disfunciones eréctiles que para la obesidad, lo que nos lleva a la misma conclusión que en el caso de los atracones. Los términos de la categoría de peso son los más numerosos a la hora de describir tanto la obesidad como las DE. Esto nos demuestra que los participantes entienden estas condiciones sobre todo a través del peso, pero también del aspecto físico (ya que ambos suelen ir de la mano). Sin embargo, un hallazgo interesante es que las personas que padecen estas afecciones no se describen con tanta frecuencia haciendo referencia a otras características físicas (incluida la talla). La OPC y el tamaño no están presentes en los términos que hacen referencia a los atracones, lo que nos demuestra una vez más que esta afección se entiende más a través de las actividades que realizan los individuos que la padecen que a través de las características físicas (incluido el peso). Por último, los términos IMC, si se utilizan, se emplean sobre todo para describir a las mujeres y son predominantemente inyectivas.

En cuanto a la frecuencia de términos específicos utilizados para referirse a las personas obesas, el más utilizado en los cuatro grupos es **grasa** (sr. *debeo/la*) - M: 42, G: 41, W: 40, B: 37. El siguiente término más común fue **gordito** (sr. *bucko/a*) - G: 20, B: 19. Otros dos términos comunes en G fueron **fatty** (sr. *debeljuca* - 12) y un término que también corresponde al inglés **chubby** (sr. *buca* - 11). En W, **well-rounded** (sr. *elegantno/fino popunjena (dama/gospodja)* -

11) fue el segundo término más común (con ligeras variaciones en serbio). Los zoónimos también parecen ser la forma preferida de caracterizar a los individuos obesos - **cerdo** (sr. *svinja*) - B: 12, M: 10; **cerda** (sr. *krmača*) - W: 9, y **vaca** (sr. *krava*) - W: 9. El término más utilizado para referirse a las personas que sufren disfunción eréctil fue **delgado** (sr. *mršav/a*) - G: 12, W: 12. B: 10, M: 10. En G, **chica flaca** (sr. *mršavica* - 12) también era un término común, mientras que un término similar que corresponde al inglés **skinny boy** (sr. *mršavko*) era el segundo más común en B: 9. El tercero más común en G: 10 y el segundo más común en W: 10 fue el término **anoréxica** (sr. *anoreksična*). La mayor frecuencia de varios términos en los atracones fue de 2.

En cuanto a la frecuencia de términos utilizados para referirse a las personas obesas, la más alta se da en la subcategoría de inyectivas (359). Las inyectivas se utilizan ligeramente más para W: 97 y M: 92 que para G: 86 y B: 84. La subcategoría E/A (212) es la siguiente más frecuente. Sin embargo, los términos E/A se utilizan el doble en G: 84 y B: 56 en comparación con W: 39 y M: 33. Estos resultados son de esperar, ya que nos referimos a individuos más jóvenes, en los que los términos E/A se utilizan para suavizar expresiones que pueden herir la sensibilidad de los jóvenes. Los

términos neutros (66) son los menos frecuentes y están representados casi a partes iguales en tres de los cuatro grupos (M: 18, G: 17, B: 17 y W: 14). En cuanto a la frecuencia de los términos utilizados para referirse a las personas que sufren disfunción eréctil, es mayor en la subcategoría de Inyectivas (263). Las inyectivas son más frecuentes en el caso de las mujeres (G: 95 y W: 67), mientras que son menos frecuentes en el caso de los hombres (B: 59 y M: 42). Términos neutros (112) es la siguiente subcategoría más común. Estos términos se utilizan casi por igual para las mujeres (W: 31 y G: 30) y para los hombres (B: 26 y M: 25). Los términos E/A (69) son la subcategoría menos representada. Estos términos se utilizan casi cuatro veces más en G: 31 en comparación con W: 8, y dos veces más en B: 20 en comparación con M: 10. Cuando se trata de la frecuencia de términos utilizados para las personas que sufren atracones, la más alta se encuentra en la subcategoría de inyectivas (35). Las otras dos subcategorías son poco frecuentes, con 4 términos neutros y 4 términos E/A. No hay términos en las siguientes categorías: tamaño, OPC y características sociales. Son poco frecuentes en la categoría de peso (N: 2, I: 2), IMC (I: 4, E/A: 1) y comparación (I: 4). La mayoría de los términos se encuentran en la categoría de TRD (I: 14, E/A: 3 y N: 2), y en la categoría de zoónimos (I: 11). Curiosamente, cuando se trata de atracones, los términos E/A sólo están presentes en la categoría de TRD (3) y en la de IMC (1). Tanto para la obesidad como para las DE (incluidos los atracones), las inyectivas son las más comunes. Sin embargo, los términos neutros se utilizan el doble para las disfunciones eréctiles que para la obesidad. Interpretamos esta distribución de resultados como una actitud indefinida, es decir, una comprensión/conocimiento insuficiente sobre las disfunciones eréctiles, ya que los términos neutros tienden a ser descriptivos o políticamente correctos. Por otra parte, los términos E/A se utilizan casi tres veces más para la obesidad en comparación con los DE. Los términos E/A se suelen utilizar para salvar la cara del interlocutor/no ofender; por lo tanto, como la obesidad parece ser más obvia, nuestros participantes recurren más a términos E/A para esta afección en comparación con las DE. Del mismo modo, estos términos se utilizan más a menudo para las niñas y los niños, ya que normalmente tendemos a no herir los sentimientos de los niños.

Términos utilizados para las personas obesas

El análisis cualitativo de los términos utilizados para referirse a las personas obesas arrojó los resultados que se comentan en esta sección. En la categoría de peso, subcategoría N, hubo un término que se utilizó en los cuatro grupos obesos (srb. *gojazan/a*), mientras que el término **con exceso de peso** (srb. *sa viškom kilograma*) se encontró en G, W y B. Por último, el término **corpulento** (srb. *korpulenta*) sólo se encontró en W, mientras que **corpulento** (srb. *dežmekast*) sólo estaba presente en B. En la subcategoría E/A, se encontraron varios términos en los cuatro grupos. Una variación de los términos que corresponden a **regordete/gordo/gordo** (srb. *bucko/a, buca, debeljuca, buckasti/a, bucmast/a, bucika, buckava, debeljko, debeljuškast, deba, debeljan, debelica*) se utilizaron de forma cariñosa. Por otra parte, se utilizaban eufemísticamente los siguientes términos: el término **bien redondeado**, en sentido físico, que corresponde al término serbio (*elegantno/fino*) *popunjen/a* handsomely/elegantly plump); el término **rellenita** (srb. *punačak/ka, puniji/a*), que en W a veces precedía al sustantivo **dama** (**a plump lady** *punija dama/gospođa*). En G y B, encontramos una frase coloquial **there's a lot of her/him** (srb. *ima ga/je*), mientras que un término descriptivo **a slightly wider lady** (srb. *Malo šira gospođa*) sólo se encontró en W. En B y M, encontramos términos E/A que corresponden a la palabra inglesa **pot-bellied** (srb. *trbušast* y *stomaklija* en M, *trba* y *trboje* en B), que suelen tener un tono afectuoso o humorístico, pero reducen a los varones obesos a la parte del cuerpo típicamente afectada por el aumento de peso/obesidad (**barriga**). Un dato importante se refiere a la proporción de términos cariñosos y eufemísticos en los grupos: los términos cariñosos predominan en G y B, mientras que los eufemísticos son más comunes en W, y tanto los términos cariñosos como los eufemísticos están igualmente representados en

M. No es sorprendente que los términos cariñosos se utilicen más para los individuos más jóvenes. Sin embargo, el hecho de que en M los términos cariñosos estén a la par con los eufemismos, y en W los eufemismos sean más comunes, nos muestra que la actitud hacia los hombres es más generosa/familiar, y que las mujeres se describen de forma más tentativa y cuidadosa. Esto revela la noción cultural de que las mujeres son más sensibles cuando se trata de su aspecto, y se ofenden más fácilmente. En la subcategoría de invectivas, se encontraron los siguientes términos en los cuatro grupos: **gordo** (srb. *debeo/la*); **engordado** (srb. *ugojen/a, podgojen/a*); **reventado de grasa** (srb. *puca od sala - reventado de grasa* (en B y M, hubo otra variación: srb. *ovaj de da pukne - va a reventar*). En W, se encontraron los términos **culo gordo** (srb. *debelguza*) y **gordo** delante del sustantivo que denota una mujer musaraña o "una arpía" (srb. *debela ženturača*), mientras que el término específico de G y B era **fatso** (srb. *debeljander/ka*). Por último, los invectivos encontrados sólo en M fueron los siguientes: **hinchado** (srb. *zadrigao*), **barrigón (enorme)** (srb. *stomačina*), y un **gordo cabezón** (srb. *debeli glavonja*). Estos tres términos tienen una connotación significativamente más negativa en serbio que en inglés. Podemos ver que el término **gordo** se coloca con sustantivos que tienen una connotación negativa, lo que revela una actitud negativa hacia los hombres y mujeres obesos. Además, el término **engordar** resta protagonismo a las personas obesas, reduciéndolas a animales alimentados para ser consumidos.

En la categoría de tamaño, subcategoría N, encontramos dos términos en todos los grupos: **grande** (srb. *krupan/a*) y **mayor** (srb. *krupniji/a*). El término **corpulento** (srb. *mrga*) sólo se encontró en B y M, el término **de complejión más grande** (srb. *krupnije građe*) estuvo presente en B, mientras que el término **rechoncho** (srb. *zdepast*) se utilizó en M. El único término E/A que se encontró en tres grupos (G, B y M) fue **diminuto** (srb. *mrvice*)². El término descriptivo **no tan pequeña** (srb. *nije baš sitna*) sólo estaba presente en G, mientras que no se encontraron términos E/A en W. Un término invectivo presente en los cuatro grupos fue **enorme** (srb. *ogroman/a*), mientras que el término **una mujer de talla grande** (srb. *gabaritna*) sólo se encontró en W. Del mismo modo, **masivo** (srb. *masivan*) y **corpulento** (srb. *pozamašan*) sólo se encontraron en M, mientras que **jumbo** (srb. *džambo*) sólo se utilizó en B.

En la categoría de OPC no había términos neutros en G y W, mientras que había un término neutro utilizado tanto para B como para M: **thick-set** (srb. *nabijen*). En la subcategoría de E/A, el término **robusto/fuerte** (srb. *jak/a*) se utilizó en los cuatro grupos. Aparte de esto, el término **redondo** (srb. *okrugla*) se utilizó en G y W, **voluptuoso** (srb. *raskošnija luxurious*) se encontró en W, **musculoso** (srb. *sa dosta mišida con muchos músculos*) en M. Se utilizaron términos cariñosos específicamente para los individuos jóvenes **puffy** (srb. *pufnasta fluffy*) en G, y **cute** (srb. *sladak*) en B. Un término invectivo utilizado en los cuatro grupos es **grasiento** (srb. *mastan/masna*). El término **despeinada** (srb. *zapušten/a*) se encuentra en M, G y W, **flácida** (srb. *rastresita*) sólo está presente en W y la frase se ve **en el espejo** (srb. *vidi li se ona u ogledalu*) sólo se encuentra en G. Cuando se trata de términos E/A, la atención se centra en el aspecto físico de forma descriptiva, por ejemplo, mediante analogías, mientras que, en la subcategoría de invectivas, los términos también se centran en el aspecto físico, pero como resultado de no cuidarse adecuadamente.

En la categoría de características sociales, no hubo términos N y E/A en los cuatro grupos. Un término invectivo se utilizó tanto en G como en W: **solterona** (srb. *usdelica*), mientras que dos términos se utilizaron sólo en W: **desgraciada** (srb. *nesrednica*) y **arpía** (srb. *strina esposa del tío paterno*). En B encontramos dos términos: **perezoso** (srb. *mrčina carrion*) y **niño bruto** (srb. *sirovina*). Por último, en M, sólo encontramos un término: **lazy-bones** (srb. *strvina carrion*)³. Las palabras utilizadas para las mujeres son especialmente conmovedoras, ya que muestran que las niñas son juzgadas por su aspecto físico desde una edad temprana, y que tanto las niñas como las mujeres son estigmatizadas socialmente en ese sentido.

² la palabra *mrva/mrvica* se refiere normalmente a una **miga de pan**. Sin embargo, su

significado se ha ampliado para referirse a algo realmente pequeño o diminuto. Esta es la razón por la que este término no se ha incluido en la categoría Comparación.

³ el significado figurado de *mrcina* y *strvina* es el de ser inerte, perezoso y desaliñado.

respeto. Por el contrario, vemos que la obesidad en los varones suele asociarse con la pereza y la falta de modales.

En la categoría de IMC sólo estaban presentes dos términos/frases injectivas: **le pasa algo** (srb. *nešto joj fali*) en W, y **(mentalmente) enferma** (srb. *bolesna*) en G. El aspecto físico de las mujeres obesas está directamente relacionado con su estado mental, lo que no ocurre con los varones. También veremos en 4.3 que la mayoría de los términos de la categoría de IMC se utiliza para las mujeres.

En la categoría de DRT, el único término neutro se encontró en M **heartly eater** (srb. *ješan*), que consideramos un término políticamente correcto con una connotación casi positiva. El único término injectivo **overfed** (srb. *preuhranjena/prehranjena*) se utilizó en W y G. Este término nos muestra que se considera que las mujeres no tienen agencia ni control sobre sus impulsos.

En la categoría de zoónimos, no se encontraron términos N en los cuatro grupos ni términos E/A en W y M. Un término E/A y sus variaciones utilizado en G es **piggy** (srb. *svinjica, prasica, gica (prasica), pigi*). Los términos E/A que se encuentran en B son **osito de peluche** (srb. *meda, medonja*) y **panda** (srb. *panda*). Los términos utilizados para los niños se perciben tradicionalmente como lindos y mimosos, sugiriendo una cualidad casi de juguete, mientras que piggy es una asociación directa con un cerdo que se considera que tiene una connotación negativa tanto en inglés como en serbio. El único término injectivo utilizado en los cuatro grupos es **cerdo** (srb. *svinja*), mientras que el término **cerdo** (srb. *krmak*) se encontró en B, M y G. Tanto en W como en G, encontramos los siguientes términos: **cerda** (srb. *kрмаča, prasica*) y **vaca** (srb. *krava*). Los términos **jabalí** (srb. *vepar*), **oso** (srb. *medved*) y **toro** (srb. *bik*) se encontraron tanto en B como en M, mientras que el término **bovino** (srb. *stoka*) estaba presente en B, M y W. En G, B y M encontramos el término que connotativamente corresponde a la palabra **cerdo**, sin embargo en serbio la traducción literal de la palabra sería **lechón** (srb. *prase*). En B, este término se enfatiza además con el adjetivo **gordo** (srb. *debelo*). Los siguientes términos sólo se encontraron en W: **vaca gorda** (srb. *debela krava*), **vaca enorme** (srb. *kravetina*) y **yegua** (srb. *bedevija*). Los siguientes términos sólo se encontraron en M: **cerdo gordo** (srb. *debela svinja*), **elefante** (srb. *slon*) y **caballo gordo** (srb. *konj debeli*). Los términos **buey** (srb. *vo*) y **zángano** (srb. *trut*) sólo se utilizaron en B, mientras que el término **morsa** (srb. *morž*) se empleó tanto en B como en G. El término **reptil** (srb. *gmaz*), que en serbio también tiene el significado figurado de persona gorda, lenta e inerte, se utilizó en G y M. Por último, la frase, **gordo como un cerdo** (srb. *debeo kao svinja*) estuvo presente en B y M. En serbio, algunos de los zoónimos también tienen significados adicionales aparte del peso, es decir la transferencia de algunas características animales a los seres humanos, como el tamaño (por ejemplo, **elefante, morsa, vaca y yegua**), la fuerza (por ejemplo, **jabalí, oso, toro y buey**), la pereza (por ejemplo, **morsa y zángano**) y, según investigaciones anteriores de zoónimos [15], [16], la torpeza, la falta de gracia y la lentitud de movimientos (por ejemplo, **vaca, oso y elefante**). El sustantivo **ganado** es un sustantivo colectivo que en serbio puede tener el significado figurado de una persona deshonesto o una persona cuyo aspecto físico y hábitos alimenticios se asemejan a los de las vacas, cerdos, bueyes, etc.

En la categoría de comparación, no había términos N y sólo se encontraron tres términos E/A: **dumpling** (srb. *krofnica little doughnut*) en G, **a stubby woman** (srb. *bombica a little bomb*) en W, y **Laurel** (srb. *Stanlio*) en B⁴. En la subcategoría de injectivas, el término y sus variaciones encontradas en los cuatro grupos es **(gran) armario** (srb. *ormar, šifonjer chiffonier, trokrilni ormar triple wardrobe*). El término que se encuentra tanto en G como en W es **luchador de sumo** (srb. *sumo rvač*), mientras que el término **barril** (srb. *bure*) se utilizaba en B, M y G. El término **tanque** (srb. *tenk*) se encuentra en B y W, mientras que el término **artillería pesada** (srb. *teška artiljerija*) está presente en B y G. Los términos **Gran Bertha** (srb. *Debela Berta* un tipo de cañón) y **granja lechera** (srb. *mlekara*)⁵ sólo se utilizaban en G. El participante utilizó el término

lechería específicamente para las adolescentes mayores y suponemos que se refiere a los pechos, lo que revela la sexualización y estigmatización de las adolescentes obesas de una manera puramente corporal. Por último, el término **el Terminator** (srb. *Terminator*) fue

⁴ este término hace referencia a Laurel y Hardy, donde Laurel es una persona delgada, por lo que creemos que el participante confundió a los personajes o que utilizó el sarcasmo a propósito. Más tarde, el mismo participante utilizó Hardy para urgencias.

⁵ el participante utilizó este término específicamente para las adolescentes mayores y suponemos que se refiere a los pechos.

presente sólo en B. Algunos de estos términos también tienen el significado de tamaño (por ejemplo, **armario**), y los términos que se refieren a algún tipo de arma (por ejemplo, **tanque**, **Big Bertha**) o "guerrero" (por ejemplo, **Terminator**, **luchador de sumo**) tienen además el significado de fuerza o poder.

Términos utilizados para las personas que sufren disfunción eréctil

El análisis cualitativo de los términos utilizados para referirse a las personas que padecen TCA arrojó los resultados que se comentan en esta sección. En la categoría de peso, subcategoría N, en los cuatro grupos aparecieron los siguientes términos: **delgado** (srb. *mršav/a*), **anoréxico** (srb. *anoreksičan/a*) y **bulímico** (srb. *bulimičan/a*). El término **delgado** (srb. *tanak*) se encuentra en B y M, el término **esbelto** (srb. *vitka*) aparece en W, y la frase **una persona muy delgada** (srb. *veoma mršava osoba*) se utiliza en B. En la subcategoría de E/A no había términos para describir a W. El término **chica/chico/hombre flaco** y sus variaciones (srb. *mršavac*, *mršavko*, *mršavica*, *mrša*, *premršavica* demasiado flaco) se encontraron en G, B y M. Estos términos se consideran cariñosos por su forma diminutiva. La frase **ella no hace sombra** (srb. *ne vidim joj senku*) se utilizó en G. Aunque esta frase eufemística/figurativa suena ofensiva, la consideramos más descriptiva en comparación con las clasificadas en invectivas. El término **regordete** (srb. *bucko*) se encontró en M.⁶ En la subcategoría de invectivas, se encontraron los siguientes términos en los cuatro grupos: **chica/chico/mujer/hombre anoréxico** (srb. *anoreksičar/ka*), **chica/chico/mujer/hombre bulímico** (srb. *bulimičar/ka*)⁷, **excesivamente delgado** y sus variantes (srb. *premršav/a*, *preterano mršav/a*, *užasno mršava*), **escuálido** y sus variantes (srb. *žgoljav/a*, y especialmente *žgoljkava* en G, y *žgoljavko* en B), **gaunt** (srb. *osušen/a*, y especialmente *suva*, *sasušena*, *kako se osušila* en W, y *suvonjav* en B)⁸ y **skin and bones** (srb. *kost i koža*). La frase **necesita algo de carne en los huesos** (srb. *nema pas za šta da ga/je ujede*)⁹ se utilizó en G, W y M. La frase **pesa 20 kg con su cama** (srb. *20 kila s krevetom*), y el término **gordo** (srb. *debela*)¹⁰ se utilizaron en G, mientras que **chico flaco** (srb. *onaj mali mršavi*) se encontró en B. Los términos neutros anoréxica y **bulímica** se limitan a enunciar o señalar la condición del enfermo, mientras que las variantes invectivas de estos términos tienen la intención subyacente de herir u ofender al enfermo. Como hemos visto anteriormente, las mujeres, especialmente las mujeres, son las que reciben un trato más severo: no se utilizan términos/frases de E/A para las mujeres, mientras que sí están presentes en todos los demás grupos. Esto presenta un modelo para las niñas de lo que pueden esperar en lo que se refiere al lenguaje, es decir, la estigmatización y la actitud social hacia sus estados físicos y mentales.

En la categoría de tamaño, el término neutro encontrado en los cuatro grupos fue **diminuto** (srb. *sitan/a*, y especialmente *sidušna* en G), mientras que el término **pequeño** (srb. *mali*) estuvo presente en B y M. No hubo E/A en los grupos B, W y M, y no hubo invectivas en ninguno de los cuatro grupos. El único término E/A se utilizó en G y corresponde a la palabra **diminuto** (srb. *mršavica* - miqa de pan)¹¹.

En la categoría de OPC, no había términos N y el único término E/A que se encontró en los cuatro grupos fue **débil** (srb. *slab/a*). Este término se clasificó en E/A ya que se refiere más a la constitución física, es decir, a la delgadez y no a la fuerza propiamente dicha en serbio si alguien ha perdido peso se utiliza el término *oslabiti* (eng.

debilitarse). Además, en G y W, se encontraron los siguientes términos E/A: **guapa** (srb. *lepa*) y **guapo** (srb. *zgodna*). Sin embargo, el término **fit** (srb. *u*

⁶ este término puede explicarse de dos maneras, o bien el participante utilizó este término para describir a un hombre que es bulímico (y olvidó enfatizar su uso) o bien el participante utilizó este término de forma sarcástica/irónica, es decir, burlándose de la persona a la que describe.

⁷ los términos serbios *anoreksičar/ka* y *bulimičar/ka* tienen una connotación negativa, casi abusiva: insultar.

⁸ todos estos términos tienen el significado literal de secarse o volverse seco.

⁹ esta frase tiene el significado figurado de **estar hasta los codos** (pobre), y literalmente significa que no tiene suficiente carne encima para que un perro le muerda. Creemos que este término se utilizó de forma literal, y no figurada.

¹⁰ véase la nota 5.

¹¹ este término no se ha clasificado en el grupo de comparación, ya que normalmente se utiliza para designar algo realmente pequeño.

formi) en M. Había varios términos/frases inyectivas: **blandengue** (srb. *kilav*) en B y M, **simple** (srb. *nikakav/nikakva*)¹² en B, M y W, **decrépito** (srb. *propao/la*) en M y W, **huesudo** (srb. *koščat/a*) en B y G, **enclenque** (srb. *slabid*) en B y M, **débil** (srb. *metiljav*) en B, ceniciento (srb. *bleda*), **no meat on her** (srb. *nema dupeta assless*) en G, y **no tits and ass** (srb. *nema dupeta i sisa*) en W. Podemos ver que la delgadez en las mujeres se mira desde el prisma de la belleza o la presencia de ciertos atributos físicos, mientras que en los hombres se percibe como aptitud física o, por el contrario, falta de fuerza. En investigaciones anteriores [2] se informó de que las chicas querían ser delgadas y los chicos preferían ser más corpulentos/físicamente fuertes. Así, no es sorprendente encontrar términos como **guapa y bien parecida**, y más tarde **modelo** (en la categoría de comparación) para describir a las mujeres delgadas. Sin embargo, términos como cenicienta, **sin carne, sin tetas y sin culo** siguen indicando que existe una actitud negativa hacia la delgadez en las mujeres.

En la categoría de características sociales, no hay ningún término utilizado para G, ningún término neutro en los cuatro grupos y ningún término E/A en G y W. El único término E/A utilizado para B y M fue **pobrecito** y su variación (srb. *mukica, jadničak*), que pertenece a los términos afectuosos, casi compasivos. En W se encontraron los siguientes inyectivos: **miserable** (srb. *nesrednica*), **servil** (srb. *servilna*) y **apto/apto** (srb. *podobna*). Los términos, **afeminado** (srb. *ženstven*) y **raro** (srb. *čudan*) estaban presentes en B, y la frase **no es un hombre** (srb. *nije muško*) se utilizó en M. Estas inyectivas nos muestran que la delgadez en las mujeres se ve como un signo de ser socialmente manso y flexible, o desafortunado y no deseado. Cuando se trata de hombres, la delgadez se percibe como la falta de características musculares estereotipadamente asociadas con los hombres homosexuales.

En la categoría de IMC, hubo dos frases neutras (políticamente correctas) utilizadas en los cuatro grupos: **una** chica/mujer/chico/hombre que sufre **anorexia** (srb. *devojkica/žena/dečak/muškarac koja/i boluje od anoreksije*) y **una** chica/mujer/chico/hombre que sufre **bulimia** (srb. *devojkica/žena/dečak/muškarac koja/i boluje od bulimije*). No hubo términos E/A en ningún grupo. Se encontraron dos inyectivas en los cuatro grupos: **enfermo (mental)** (srb. *bolestan/a*) y **perturbado** (srb. *poremeden/a*). El término **loco** (srb. *nenormalan/a*) se utilizó en M, B y G, mientras que los términos, **chiflado/cascarrabias** (srb. *luda, ludača*), **psicosis** (srb. *psihoza*) y **tonto/idiota** (srb. *budala*) se utilizaron en G y W. La frase **un enfermo mental** (srb. *psihički bolesna osoba*), y el término **enfermo/paciente** (srb. *bolesnica*) se encontraron en G, mientras que las frases, **debe estar (mentalmente) enferma** (srb. *mora da je bolesna*), y **¿por qué se hace eso a sí misma?** (srb. *šta joj to treba*) figuraban en W. A través de estos términos podemos ver que las DE (anorexia y bulimia nerviosa) están asociadas a enfermedades mentales. Sin embargo, los términos inyectivos nos muestran una actitud negativa hacia la enfermedad mental en general, y especialmente hacia las mujeres enfermas mentales, lo que revela un mayor nivel de estigmatización y más juicio aplicado a las mujeres en comparación con los hombres.

En la categoría de DRT, no había términos N o E/A en ningún grupo. El término inyectivo **desnutrido** (srb. *neuhranjen/a*) se encontró en los cuatro grupos, mientras que el término **subalimentado** (srb. *pothranjen/a*) se utilizó en B y G. De forma similar al término **sobrealimentada** utilizado para las mujeres obesas, estos términos también nos muestran que las mujeres carecen de agencia. Concretamente para las personas que sufren bulimia, la frase **la que se mete los dedos por la garganta** (srb. *ona što gura prste u usta*) se encontraba en G y W, mientras que las frases **ella sigue comiendo** (srb. *samo jede*), **la que vomita** (srb. *ona što baca pegle*) y **la que se atiborra** (srb. *ona što se prežderava*) sólo se utilizaban en G. Las mujeres bulímicas parecen describirse a través de la actividad más comúnmente asociada con la bulimia nerviosa o a través de su incapacidad para controlar sus impulsos, es decir, comer compulsivamente.

En la categoría de zoónimos, no hubo términos neutros en los cuatro grupos. El término E/A **jilguero** (srb. *štiglid*)¹³ se utilizó en B, M y G. Se encontraron los siguientes inyectivos: **bleak** (srb. *saraga* en el sentido de **delgado como un rastrillo**) en B, G y W, (**earth**)**worm** (srb. *glista*) en

¹² en serbio tiene una connotación más negativa: personas poco atractivas.

¹³ este término es figurado en el sentido de **diminuto**, pero como denota un pájaro cantor que es frágil y bonito pertenece a la subcategoría de E/A.

B, M y G, y **jirafa** (srb. *žirafa*) en G. Todos estos términos tienen el significado adicional de ser altos y alargados. Además, la frase, **tan delgado como un gusano** (srb. *mršava kao glista*) se encontró en G y W, mientras que las frases, **parece un sombrío** (srb. *izgleda kao saraga*) y **tan gordo como un oso** (srb. *ugojila se kao medved*) estaban presentes en G.

En la categoría de comparación, no había términos neutros en B y M, mientras que el término **modelo** y su variación (srb. *manekenka, modelo*) se encontraban en G y W. No había términos E/A en M, mientras que el término (**pequeño**) **palo** (srb. *štapid*) se utilizaba en G, W y

B. El término **Hardy** (srb. *Olio*)¹⁴ se utilizó en B, mientras que los términos **ramita** (srb. *grančica*), **Pulgarcita** (srb. *Palčica*) y **Aceituna** (srb. *Oliva*) se encontraron en G. En los cuatro grupos se encontraron los siguientes inyectivos: **IV stand** (srb. *stalak za infuziju*), **rama** (srb. *grana*), **palo** (srb. *pritka*) y **palillo** (srb. *čačkalica*). Los términos que corresponden a la frase inglesa **skin and bones** (srb. *kostur and skelet* skeleton; y *mršav kao kostur* as thin as a skeleton) y **beanpole/stick up one's ass** (srb. *progutaot motku* swallowed a pole) se encontraron en B y M. En G y W, los términos **broomstick** (srb. *metla*) y **plank** (srb. *daska*) estaban presentes, mientras que el término **poste** (en el sentido de srb. *motka*) se encontraba en B, G y W. El término serbio *prangija*, que denota un tipo de cañón pequeño, se utilizaba en B, M y G creemos que su uso era erróneo ya que su significado figurado se refiere a una persona testaruda. El término **percha** (srb. *vešalica*) aparece en G, **palo** (srb. *štap*), **ramita seca** (srb. *suvarak*) y la frase **tan delgada como un raíl** (srb. *tanak kao prut*) se utilizan en B, mientras que los términos **aguja** (srb. *igla*), **colilla** (srb. *pikavac*), y la frase **tan seco como un hueso** (srb. *suv kao grana* tan seco como una rama) estaban presentes en M. La mayoría de estos términos que se refieren a algún tipo de objeto alargado tienen el significado adicional de ser altos y planos. Sin embargo, algunos términos como (**pequeño**) **palo**, **ramita**, **palillo**, etc. también tienen el significado de ser pequeño. Los términos serbios *kostur* y *skelet* (esqueleto), *mršav kao kostur* (delgado como un esqueleto) y *stalak za infuziju* (soporte IV) se asocian con la enfermedad y la muerte, pero también revelan un desprecio por las posibles consecuencias de las DE y son extremadamente insensibles.

Además, hubo seis respuestas descriptivas sobre niños y tres sobre hombres que sufren disfunción eréctil. En la mayoría de estas respuestas se afirma que, cuando se trata de varones, hablar de disfunción eréctil sigue considerándose tabú, es decir, que no se habla de ello/no se ve a los varones como posibles afectados de disfunción eréctil. Uno de los participantes hizo hincapié en la relación entre las disfunciones eréctiles de los varones y la percepción social de estos individuos como homosexuales o excéntricos. Tanto los niños como los hombres se consideran blandos y excesivamente delgados si padecen disfunción eréctil. Además, un participante cree que los chicos (entre 14 y 18 años) hacen demasiado

ejercicio, lo que podría contribuir a que tuvieran un aspecto enfermizo o raro.

Términos utilizados para las personas que sufren atracones

El análisis cualitativo de los términos utilizados para referirse a los individuos que sufren atracones arrojó los resultados que se comentan en esta sección. En la categoría de peso, el único término neutro fue **obeso** (srb. *gojazan/a*), mientras que el único término inyectivo fue **gordo** (srb. *debeo/la*).

En la categoría de IMC, se encontró una frase E/A **ahoga la pena en chocolate** (srb. *utapa tugu u čokoladi*). Además, había varios términos/frases inyectivas: **descontrolado** (srb. *nekontrolisan*), **inmoderado** (srb. *neumeren*), **no sabe cuándo parar** (srb. *ne zna šta je dosta* - se refiere a ser glotón) y **nervioso/ansioso** (srb. *živčan* - comer descontroladamente por estar nervioso).

En la categoría de DTR, había dos términos/frases neutras: **un comilón** (srb. *ješan*), y **una persona a la que le gusta la comida/comer** (srb. *osoba koja uživa u hrani*). En términos E/A existían dos variantes del mismo término **glotón** (srb. *ždera, žderonja*). En serbio estos términos tienen significados cariñosos a diferencia de los similares que se encuentran en la subcategoría de inyectivas. Había numerosos términos/frases inyectivas y sus variaciones: **glotón/glotón** (srb. *proždrljivac, žderač, prežderivač, prejedalica*), **voraz** (srb. *halapljiv*), **devorador** (srb. *ždranje, alavost*),

¹⁴ Véase la nota 3. **cerda** (srb. *krmljanje*), **insaciable** (srb. *nezasiť*), está **engordando** (srb. *ona se tovi*), **un estómago lleno es lo único importante para ella** (srb. *samo joj je važno da napuni želudac*), y **sus ojos son más grandes que su barriga/estómago** (srb. *jede očima/gladne mu oči come con los ojos*).

En la categoría de zoónimos, sólo había inyectivas: **vaca gorda** (srb. *debela krava para las hembras*), **cerdo/cerdito** (srb. *svinja, prase*), **cerdo** (srb. *krme, krmak*), **cerda** (srb. *krmača* - para las hembras), **buey** (srb. *stoka*) y **langosta** (srb. *skakavac* devoran todo a su paso). El uso de estos términos para referirse a los comedores compulsivos se basa en la transferencia de características animales, en concreto, la forma de comer de estos animales.

En la categoría de comparación, se utilizaron varios inyectivos: **refugiado** (srb. *izbeglica* - un término culturalmente específico utilizado para una persona muy pobre y hambrienta (inf.)), **ventisca/tormenta** (srb. *medava*), **Hoover** (srb. *usisivač*) y **pastillero** (srb. *tabletoman*).¹⁵

No se encontraron términos en la categoría de tamaño, OPC y características sociales.

Podemos ver que la mayoría de los términos que se refieren a los comedores compulsivos hacen hincapié en la forma de comer, es decir, comer compulsivamente e ingerir grandes cantidades de comida. Sin embargo, dos términos revelan que algunos participantes entienden que existen diferentes causas de este tipo de DE, es decir, ansiedad (**nervioso/ansioso**) y tristeza/depresión (por ejemplo, **ahoga su pena en chocolate**).

6.5 Conclusión

En este capítulo se ha intentado añadir una perspectiva humanística/lingüística a las investigaciones anteriores sobre la obesidad, las TCA y los atracones. En Serbia, sólo se han realizado unos pocos estudios que aborden estas cuestiones, y se han centrado principalmente en los hábitos alimentarios, los aspectos psicológicos y sociales de las condiciones (por ejemplo, la estigmatización y la marginación), el impacto socioeconómico en la imagen corporal y el estado psicológico de los adolescentes. Los resultados de nuestra encuesta añadieron una pieza al complejísimo mosaico de la situación y el entorno que influyen en los jóvenes que se enfrentan a trastornos

alimentarios y obesidad. El aspecto que iluminamos se centra en las actitudes lingüísticas con las que tanto los niños/adolescentes serbios como los adultos de ambos sexos tienen que lidiar durante su difícil situación con la obesidad/TCA/comer compulsivamente.

El análisis cuantitativo reveló que los términos utilizados para la obesidad y las TCA describen/se refieren más comúnmente al peso, a diferencia de otras características (por ejemplo, sociales, intelectuales y mentales). Así lo confirman los términos más frecuentes **fat**, **chubby** (para obesidad) y **thin**, **skinny** (para TCA). Por otro lado, los términos más comunes que hacen referencia a los atracones describen la forma en que se come, es decir, un comportamiento alimentario compulsivo y motivado psicológicamente. La mayoría de los términos que se refieren a las personas obesas y a las que padecen trastornos de la conducta alimentaria (incluidos los atracones) son negativos u ofensivos, incluso abusivos. Los términos neutros se utilizan dos veces más para las urgencias que para la obesidad, mientras que los términos E/A se utilizan casi tres veces más para la obesidad que para las urgencias. Las TCA parecen estar menos reconocidas y se habla menos de ellas en la sociedad serbia, lo que se refleja en el lenguaje a través de términos neutros/descriptivos/políticamente correctos. Por el contrario, la obesidad se percibe más fácilmente y ha estado más tiempo en el punto de mira de la opinión pública, por lo que la actitud lingüística ha evolucionado a la par que las opiniones de la sociedad, generando un sinnúmero de términos, pero sobre todo aquellos que atenúan la postura negativa hacia las personas obesas, es decir, mediante el uso de eufemismos y términos cariñosos. También podemos concluir que los atracones todavía no están suficientemente reconocidos en Serbia, ya que más de la mitad de los participantes no dieron ninguna respuesta/término para las personas que los padecen.

El análisis cualitativo corroboró las conclusiones del análisis cuantitativo, pero también demostró que existe una enorme variedad de términos que el idioma serbio ha acuñado en relación con la obesidad y los TCA. Los términos que describen a estos individuos a través de su aspecto físico

¹⁵ No estamos seguros de por qué se utilizó este término en este contexto, pero una posible explicación es que una persona así come tan compulsivamente como un pastillero tomaría pastillas.

(peso y talla) no fueron tan sorprendentes como las relativas a las características sociales e intelectuales/mentales, que revelaron una actitud misógina y homófoba. Además, los términos referidos a otras características físicas revelan que las personas obesas son percibidas como descuidadas de su aspecto hasta el punto de ser consideradas vagas, mientras que las que padecen TCA son percibidas como poco atractivas y físicamente débiles. Por otro lado, los zónimos y las comparaciones tienden a transferir características de animales, objetos o personajes de ficción, que suelen referirse a características físicas. Sin embargo, algunas otras características transferibles también pueden arrojar luz sobre la actitud cultural hacia la obesidad o las TCA, y a menudo coinciden con las reflejadas en los términos que describen los propios hábitos alimentarios. En consecuencia, la obesidad, las TCA y los atracones se consideran enfermedades, es decir, compulsión o falta de control.

Lundgren et al. sostienen que la percepción y la evaluación del propio entorno pueden contribuir a la progresión de los TCA [25]. Creemos que tanto las personas obesas como las que padecen TCA se ven afectadas e influidas por sus iguales de un modo que puede exacerbar su estado y empujarlas aún más hacia estados mentales precarios. El lenguaje utilizado para los adultos sirve como modelo de lo que pueden esperar en el futuro si su estado no mejora, pero también como indicador de cómo cambian las actitudes hacia estas personas a medida que envejecen. Además, las etiquetas actualizadas a través del lenguaje en la infancia y la adolescencia fomentan la marginación y la estigmatización, lo que puede resultar extremadamente agobiante para los jóvenes y profundizar en su ya frágil imagen de sí mismos, influir en su imagen

corporal y agravar y provocar el desarrollo de problemas adicionales como trastornos obsesivo-compulsivos y de ansiedad, depresión, o incluso llevarlos a autolesionarse y, finalmente, al suicidio.

Referencias

- [1] Lešovid, S., Smiljanid, J., Ševkušid, J. „Deset godina uspešnog rada multidisciplinarnog centra za prevenciju i lečenje gojaznosti kod dece i adolescenata", *Medicinski glasnik Specijalne bolnice za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma, Zlatibor*, vol. 23, nº 69, 2018, 7-29.
- [2] Savid, N. et al. "Eating habits and antifat attitudes among adolescents: West Serbian experience", *UUMSZTRS*, br. 8, 2021, 26-33.
- [3] Durčid, V. „Psihološki odnos prema telu i gojaznost adolescenata", *Medicinski glasnik*. 16, 39, 2011, 94-100.
- [4] Butor, P. M. "Algunos puntos de vista psicológicos sobre la obesidad" en: Kiess W., Marcus C., Wabitsch M. (eds.) *Obesity in childhood and adolescence*, Karger, 9, 2004, 124-136.
- [5] Jovanovid, M. "Behaviours and attitudes about body image and eating disorders among adolescent females in Kragujevac", *Ser J Exp Clin Res*, 16 (3), 2015, 235-239.
- [6] Tiosavljevid, M., Đurovid, D. „, Evaluacija fizičkog izgleda putem emocionalno obojenih reči kod muslimanki pokrivenog i nepokrivenog stila oblačenja", *psihološka istraživanja*, vol. XVIII (2), 2015, 181-195.
- [7] Pokrajac-Bulian, A., Mohorid, T., Đurovid, D., „Odstupajude navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca", *Psihologijske teme*, 16, 2007, 27-46.
- [8] Szmukler, G. I., Patton, G. "Sociocultural models of eating disorders", en: Szmukler, G., Dare, C., Treasure, J. (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*, Nueva York, John Wiley & Sons, 1995, 197-220.
- [9] Tiggemann M. "Sociocultural perspectives on human appearance and body image", en: Cash TF, Smolak L. (Eds), *Body image: a handbook of science, practice and prevention*. 2ª edición, Nueva York, Guilford, 2011. 12-20. Sullivan, P. F. "Mortality in anorexia nervosa", *American Journal of Psychiatry*, 152, 1995, 1073-1074.
- [10] Ng M. et al. "Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980 - 2013: A systematic analysis for the global burden of disease study 2013", *Lancet*, 384(9945), 2014, 66-81.
- [11] Berger, D. „Zdravstvena psihologija", Beograd, Društvo psihologa Srbije, 2002.
- [13] Swinburn B. G., Kumanyka S. "Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action", *Obesity Reviews*, 6, 2005, 23-33.
- [14] Švonja Parezanovid, G, perid Prkosovački, B. „Uhranjenost i navike u ishrani mladih", *PONS medicinski časopis*, 11 (2), 2014, 48-52.
- [15] Halupka-Rešetar, S., Radid Bojanid, B. "Animal names used in addressing people in Serbian", *Journal of Pragmatics*, 35 (12), 2003, 1891-1902.
- [16] Ristivojevid Rajkovid, N. „Zoonimska metaforika o muškarcima i ženama", *Philologia*, 6, 2008, 45-52.
- [17] Mulgrew, K. "Attention and memory bias for body image and health related information using an Emotional Stroop task in a non-clinical sample", Thesis for the Degree of Doctor of Philosophy, Brisbane, Queensland University of Technology, 2008.
- [18] Cash, T. F., Smolak, L. "Understanding body images: Historical and contemporary perspectives", en: Cash, T. F., Smolak, L. (Eds.), *Body Image: A Handbook of*

- Science, Practice, and Prevention, Nueva York, Guilford Press, 2011, 3-11.
- [19] Grogan S. "Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children", 3.^a edición, Londres, Taylor and Francis, 2016.
- [20] Grujid, M., Katid, K., Stojadinovid, A. „Povezanost upotrebe društvenih mreža i slike o sopstvenom telu", Engrami, Vol. 41, enero-junio, br. 1, 2019, 19-31.
- [21] Opačid, G. , "Ličnost u socijalnom ogledalu", Beograd: Institut za pedagoška istraživanja, 1995.
- [22] Mihajlovid, A., Janjid, D. „, Slika o sebi i depresivnost gojaznih adolescenata", Godišnjak za psihologiju, Vol. 10, no. 12, 2013, 69-88.
- [23] Kapor-Stanulovid, N. , "Na putu ka odraslosti - psihički razvoj i psihosocijalni aspekti zdravlja mladih", Beograd: Zavod za udžbenike, 2007.
- [24] Leonardi, A. "La importancia de la imagen corporal para la salud psicológica de hombres y mujeres jóvenes: intervenciones de asesoramiento", Hellenic Journal of Psychology, 8, 2011, 309 - 337.
- [25] Lundgren, J.D., Anderson, D. A., Thompson, J.K. "Fear of negative appearance evaluation: Development and evaluation of a new construct for risk factor work in the field of eating disorders", Eating Behaviors, 5, 2004, 75-84.
- [26] Duišin, D. , "Promenljivost u poimanju lepog i ružnog - implikacije za kliničku psihijatriju", Engrami, Vol. 42, enero-junio, br. 1, 2020, 58-67.
- [27] Ambrosi-Randid, N. et al. „,Poremedaj hranjenja i internet: analize sadržaja hrvatskih web stranica", Psihologijske teme, 17, 1, 2008, 37-55.
- [28] Agras, W. S. et al. "Report of the National Institutes of Health Workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa", International Journal of Eating Disorders, 35, 2004, 509-521.
- [29] Hoek, H. W. (2006) "Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders", Current Opinion in Psychiatry, 19, 2006, 389-394.
- [30] Djurovid, D. et al. „,Evaluacija programa za prevenciju poremedaja ishrane kod adolescenata", Primenjena psihologija, Vol. 9 (3), 2016, 243-260.
- [31] Kontid, O. y otros, "Poremedaji ishrane", Srpski arhiv za celokupno lekarstvo, 140, 2012, 673-678.
- [32] Milačid Vidojevid, I., Čolid, M. Dragojevid, N. „,Stigmatizacija osoba sa poremedajima ishrane", beogradska defektološka škola, Vol. 19 (2), br. 56, 2013,299-312.Fairburn, C. G. et al. "Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons", Archives of General Psychiatry, 56, 1999, 468-476.
- [33] Mladenovid, M. „,Percepcija telesnog izgleda i anorexia nervosa", Sport - Nauka i praksa, Vol. 8, No. 2, 2018, 16-32.

7. Viñetas culturales y lingüísticas sobre la imagen corporal, la obesidad y los trastornos alimentarios en seis países europeos - Informe transnacional del C4H

Anișoara Pop

GE Palade Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología

Târgu Mureș, Rumanía.

Correo electrónico: anisoara.pop@umfst.ro

Resumen. *Este documento resume las perspectivas locales sobre la obesidad y los trastornos alimentarios como resultado de un análisis basado en las humanidades en los países participantes en el proyecto Erasmus+ Connected4Health, A Medical and Humanities-based Approach for Navigating Obesity and Eating Disorders in Young People (C4H), proyecto nº 2021- 1-RO01-KA220-HED-000032108.*

Con el fin de ampliar y enriquecer el alcance de la comprensión de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria desde una perspectiva humanística, pero también para comprender, tratar y comunicarse mejor con los pacientes jóvenes que sufren estas afecciones, especialistas en lingüística, literatura, comunicación, terapias humanísticas y sociología de los países socios del C4H (Rumanía, Serbia, Lituania, Portugal, España y República Checa) han explorado las actitudes, perspectivas, creencias, expectativas, retos y hábitos culturales y sociales locales, así como los prejuicios y la estigmatización relacionados con la gordura y la imagen corporal idealizada, tal y como se reflejan en los respectivos países.

Colaboradores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Belgrado (**Serbia**) propusieron un auténtico análisis lingüístico de los términos empleados para describir a los jóvenes frente a los adultos que padecen obesidad y los trastornos alimentarios más comunes. Para poner de relieve el tipo de estigma y las expectativas positivas o negativas, los autores realizaron una encuesta sobre los elementos lingüísticos utilizados para describir a las chicas/chicos frente a las mujeres/hombres que padecen obesidad y a los que sufren trastornos alimentarios. Mediante un cuestionario abierto distribuido a través de las redes sociales y de forma presencial a estudiantes de medicina de Belgrado, los investigadores realizaron un análisis cuantitativo (frecuencia) y cualitativo (actitud) de varias categorías de términos empleados para referirse a las personas con obesidad y TCA relativos a: peso, talla, otras características físicas, características sociales, características intelectuales/mentales, términos relacionados con la dieta, zoónimos, etc. El estudio pone de relieve cómo se expresan lingüísticamente las actitudes hacia las personas con obesidad y trastornos alimentarios, distinguiendo entre términos neutros, eufemismos/términos cariñosos o inyectivos. Este análisis lingüístico señala que en Serbia existe un sesgo negativo y que afecciones tan complejas como la obesidad y los trastornos alimentarios se reducen obtusamente al peso y la apariencia, percibiéndose especialmente a las personas que padecen obesidad como "descuidadas de su aspecto hasta el punto de ser consideradas vagas, mientras que las que padecen trastornos alimentarios son percibidas como poco atractivas y físicamente débiles". Destacan como claramente misóginos y homófobos, como subrayan los autores del informe, sobre todo los términos que describen las características mentales e intelectuales de estas personas.

El capítulo titulado *Imagen corporal y vergüenza en Rumanía* examina las

percepciones de la gordura y la delgadez y se centra en la vergüenza y la autoimagen, subrayando las características específicas encontradas en Rumanía, a pesar de que, debido al uso generalizado de los medios sociales y su inherente posibilidad de (auto)cosificación, "la vergüenza ha perdido, en gran medida, sus especificidades regionales o nacionales". La posibilidad de (auto)objetivación con el telón de fondo de las imágenes altamente idealizadas del cuerpo humano que infunden las redes sociales y que, como sostiene la autora, han alcanzado niveles sin precedentes, facilita un discurso continuo de autoobjetivación.

La vergüenza se convierte en una palanca de control por parte de la sociedad, que pretende transformar los cuerpos de acuerdo con unas normas, y al mismo tiempo por parte del individuo, cuyo objetivo es controlar lo que ven los demás (*gestión de la impresión*). La plétora de recomendaciones sobre dietas por parte de los profesionales del control de peso, la cornucopia de dietas que priorizan la forma corporal sobre las cuestiones de salud, pero también la sensación de no cumplir con el ideal es responsable de la "percepción del cuerpo como una carga" y, por tanto, de la sensación de fracaso, rechazo y vergüenza, incluso de culpa y autoculpabilidad en los pacientes con TCA.

Si en el pasado, mencionaba además el autor, la gordura se asociaba a menudo en todo el mundo con una sensación de prosperidad, esta convicción se mantuvo en Rumanía hasta finales de los años ochenta y el final del comunismo. La dieta tradicional rumana, que se basa en gran medida en los carbohidratos y las comidas, consumidas sobre todo en las principales fiestas religiosas, junto con la proliferación más agresiva de cadenas de comida rápida y la publicidad de comida basura, han hecho que la pérdida de peso sea una preocupación actual continua para los rumanos, aunque mucho más tarde que en otros países. Desde el punto de vista religioso, la gordura se asocia a la glotonería y a las tendencias materialistas, lo que convierte el ayuno en una práctica habitual para muchos rumanos, sobre todo en las grandes festividades religiosas, pero también puede incluirse en los regímenes dietéticos para perder peso. Hay escasez de estudios rumanos sobre la imagen corporal y una ausencia casi total de personajes gordos en la ficción rumana. Los prejuicios sobre el peso también son comunes entre los adolescentes, y los niños y adolescentes rumanos con sobrepeso se enfrentan a la alarmante proliferación del acoso escolar.

En cuanto a la esbeltez, la autora analizó la industria del juguete y de la moda para demostrar cómo la sociedad de consumo influye y contribuye a la formación de la figura corporal ideal. La encuesta detallaba además el papel que desempeñan en el deporte las distintas formas del cuerpo humano, desde las gráciles bailarinas hasta los luchadores de sumo y los levantadores de pesas. Un estudio transcultural señala que "*las jóvenes rumanas delgadas aparecen como la norma frente a las de peso normal*". Cada vez más blogs de jóvenes anoréxicas rumanas comienzan a expresar en el espacio público las duras pruebas a las que se enfrentaron y sus traumáticas consecuencias a largo plazo. Un estudio de caso de famosas gimnastas rumanas que hicieron carrera internacional en el deporte durante el régimen comunista muestra el ayuno impuesto, incluso la inanición y las insostenibles sesiones de entrenamiento destinadas a mantenerlas dentro de los estándares de delgadez. En cuanto a la prensa escrita, los tabloides rumanos explotan las imágenes de cuerpos ideales para vender productos adelgazantes y suplementos dietéticos, así como vacaciones exóticas y seguros. Los casos de pérdida de peso, curas de adelgazamiento y cirugía bariátrica o estética de las presentadoras de televisión rumanas completan el panorama local como atajos rápidos hacia un cuerpo ideal en lugar de cambios a largo plazo en el estilo de vida hacia uno saludable.

Los autores del informe, procedentes de **Portugal**, subrayan que la percepción de la imagen corporal en los adolescentes es subjetiva y está marcada por comportamientos perturbadores y extremos y por el descontento. En esta percepción influyen varios factores, como la coexistencia de convicciones tradicionales frente a postmodernas (movimiento pro- anorexia), la fijación exacerbada por la imagen corporal,

los innumerables patrones dietéticos, la publicidad poco saludable, los mensajes de los modelos y la presión de los medios sociales. También existen prejuicios y discriminación por el peso, así como objetivación corporal y acoso, que son más frecuentes en las mujeres. Para entender cómo se representa actualmente la imagen corporal en Portugal, los autores del informe realizaron un análisis cuantitativo y cualitativo de los discursos en las portadas de las revistas impresas locales del segmento femenino/moda. Del total de 159 temas encuestados, el 29% incluía mensajes relacionados con la cultura de la belleza y la forma del cuerpo, mientras que alrededor del 9,4% ayudaba a la cultura de la delgadez; algunos de los mensajes hacían hincapié en la vergüenza corporal, dando a entender la necesidad de cambiar y perder peso para alcanzar el cuerpo ideal. Además, el

13,8% tenía mensajes positivos de alimentación sana, mientras que otros incluían mensajes de positividad corporal y publicidad de mujeres reales. Éstas desempeñan un papel cada vez más importante en la concienciación del público portugués en general sobre el estigma que rodea a la obesidad y los trastornos alimentarios, y crean espacios de aceptación social, intervención y cambio en el discurso público.

El capítulo *Tendencias y perspectivas de la imagen corporal en Lituania* demuestra que, si bien prevalecen ciertos estándares de apariencia corporal, su incumplimiento puede desencadenar un impacto negativo en la salud física y mental de una persona y en su vida social. Se nos ofrece una perspectiva histórica de la imagen corporal en Lituania que se remonta a los años veinte y al inicio del discurso de la belleza, que proclamaba la conformidad de la apariencia con ciertos estándares modernos o modelos de origen extranjero (Francia, EE.UU.). Este periodo se denominó, con razón, el "renacimiento de la fisicalidad", ya que el cuerpo se convirtió en objeto de admiración y construcción. Los autores subrayan que, si bien la conciencia objetivada del cuerpo es común en la sociedad lituana moderna, son los medios de comunicación los que crean las condiciones y difunden las presiones sociales para ajustarse a las normas y expectativas.

Asimismo, la encuesta de estudios humanísticos lituana subraya que los medios de comunicación, la familia y la presión de los compañeros y el acoso son responsables de la insatisfacción corporal de los jóvenes con trastornos alimentarios. A pesar del encierro y de la restricción del movimiento físico, y en consecuencia del aumento de las condiciones de sobrepeso, la gente rara vez acudía al médico por obesidad, ya que no se consideraba un problema relevante, y mucho menos una afección. Lamentablemente, como demuestra un experimento social realizado en un gimnasio, la obesidad sigue asociada al estigma, ya que las chicas con sobrepeso son evaluadas como menos atractivas que las delgadas y, por tanto, se les asignan puntuaciones más bajas. A nivel lingüístico, el estigma se traduce y perpetúa a través de la diferencia entre *soy obeso* (y, por tanto, responsable de ello) y *padezco obesidad*, es decir, esto se puede controlar. Si bien la proliferación en los medios de comunicación de imágenes de personas con obesidad, decapitadas o reducidas a la barriga es deshumanizante y desagradable, igual de distorsionado parece el caso de famosos influencers lituanos que promueven el deporte y un estilo de vida saludable a través de la pérdida de peso. Para crear una cultura menos reacia al cuerpo y más orientada a la salud, concluyen los autores, Lituania debe seguir centrando sus mensajes públicos menos en el peso y más en un estilo de vida saludable para todas las edades. Un estudio de caso sobre chicas lituanas de talla grande, en el que la talla grande se equiparaba de hecho a la talla normal, también señaló lo difícil que es para una joven escapar de la "imagen corporal ideal" que promueven los medios de comunicación y cómo persisten las ideas erróneas sobre el propio peso a una edad temprana. En contraste con esto, destacan proyectos fotográficos lituanos como "La belleza no tiene peso", que utilizó modelos de tallas grandes para desfiles de moda, demostrando que las tendencias globales según las cuales el concepto de belleza se está haciendo más flexible y abarcador, penetran ligeramente también en el discurso público lituano.

El informe realizado por investigadores de la Universidad Autónoma de Madrid

(España) analiza la conexión inversa entre la dieta mediterránea (DM) y los trastornos de la conducta alimentaria a través de la lente metafórica del Jano de dos caras, símbolo del dualismo, así como de la transformación corporal y emocional. Partiendo de la premisa de que las emociones desempeñan un papel clave en los trastornos de la conducta alimentaria y de que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienen dificultades para diferenciarlas y expresarlas (alexitimia), los autores presentan diferentes casos de trastornos de la conducta alimentaria por distorsión de la imagen corporal, pero también por formas de expresión artística que incluyen las artes, la música, la poesía, la danza y el movimiento como terapias específicas aplicadas en dos unidades sanitarias españolas. Especialmente la pintura con los dedos, la musicoterapia y la danza se ven como posibilidades de reconectar con uno mismo y con los demás, explorar y comunicar sentimientos, centrarse en las acciones más que en el cuerpo, y crear así una sensación de bienestar general, que es esencial en el complicado proceso de recuperación de los TCA, como demuestran los extractos de los diarios reflexivos de los pacientes en el informe español.

La prevalencia de la obesidad ha aumentado significativamente en los últimos años en la **República Checa**, siendo mayor en hombres que en mujeres. Si en 2014 la República Checa ocupaba el séptimo lugar en la jerarquía de países europeos en términos de obesidad, en 2019 alcanzó el tercer lugar con un 60% de personas mayores de 18 años afectadas por la obesidad, estadísticas que varían según su nivel de actividad física, dieta, educación (mayor obesidad en mujeres con solo educación básica) y origen socioeconómico. El aumento más alarmante se observa entre los niños, una tendencia acelerada por la pandemia de Covid 19 y la falta de ejercicio. Dado que cualquier intento de explicar estos fenómenos puede

ser simplista, el informe cuestiona varios factores estimulantes como, por ejemplo, el crecimiento económico, los cambios en el estilo de vida o el sedentarismo.

Los datos sobre trastornos de la conducta alimentaria son más difíciles de identificar, ya que, a diferencia de la obesidad, los trastornos de la conducta alimentaria se codifican como enfermedades. Especialmente el número de adolescentes y mujeres jóvenes afectadas por DE ha aumentado significativamente, con aproximadamente un 15% en 2020 en comparación con 2010, incriminándose a este aumento el aislamiento social, la falta de movimiento, el tiempo pasado en las redes sociales y la exposición a modelos idealizados.

El culto a la belleza física presente en la República Checa como en los demás países encuestados en el presente informe, sobre todo entre los jóvenes, se asocia a la delgadez en el caso de las mujeres y al cuerpo musculoso en el de los hombres. Las desviaciones de este ideal debidas al sobrepeso o la obesidad se estigmatizan, y la belleza física parece tener primacía sobre las opciones profesionales y las amistades. La forma del cuerpo se convierte así en sinónimo de identidad, y su incumplimiento conduce a menudo a la aparición o el empeoramiento de las disfunciones eréctiles.

La encuesta subraya las influencias tanto positivas como negativas de la tecnología y los medios sociales (blogs y grupos en línea) en los jóvenes con obesidad y TCA de la República Checa: la apertura que da el anonimato, el apoyo y el asesoramiento en materia de prevención, la terapia en línea y la difusión de métodos de recuperación, frente a la probabilidad de difusión de comportamientos perturbadores y de imágenes mediáticas poco realistas de famosos, respectivamente.

Tratando de responder a la pregunta de qué tipo de medios de comunicación influyen más en los jóvenes, la encuesta señala que los blogs personales (perfiles personales) y los grupos de motivación influyen en el estilo de vida, la percepción del cuerpo y los ideales de belleza de los adolescentes, independientemente de que los usuarios padezcan o no disfunción eréctil. Los jóvenes son conscientes de estas influencias, sin estar necesariamente seguros de si son positivas (comer más sano) o negativas (insatisfacción, vergüenza con el propio cuerpo, sentimiento de culpa).

Los debates pioneros sobre el "body-shaming" y la "body-positivity" en las mujeres a través de podcasts radiofónicos son pioneros y destacan entre los países

socios, ya que su propósito no es ni aprobar ni promover el sobrepeso, sino concienciar de que avergonzarse de ello no es la actitud correcta. Un ejemplo de la prosa checa reciente recoge la compleja lucha contra la anorexia nerviosa, en la que la autora intenta destruir el mito simplificado de la pérdida de peso por belleza, más bien como resultado de la lucha contra problemas personales, relaciones familiares y de pareja, y traumas.

Igualmente innovadora para el presente informe, la República Checa también parece encabezar los debates sobre el problema de los trastornos alimentarios en los hombres, abordando públicamente las cuestiones de la imagen corporal masculina en otra serie de podcasts radiofónicos, aunque las reacciones de la opinión pública fueron más moderadas en su caso. Se supone que, aparentemente, el problema de la imagen corporal y los trastornos alimentarios sigue asociándose con más frecuencia a las mujeres que a los hombres en la comunicación dominante, ya que estos últimos se sienten menos dispuestos y cómodos para hablar de su intimidad. La sociedad también está menos dispuesta a aceptar y debatir estas cuestiones.

La conclusión es que el "body shaming" (fat shaming) como tipo de prejuicio y discriminación persiste en todos los grupos de edad checos y en diversos entornos, desde la familia y el círculo de amigos hasta las redes sociales. Dado que los medios de comunicación impresos carecen de perspicacia y no llegan a los grupos objetivo-vulnerables, y que los tabloides tienden a perpetuar la cultura artificial de la delgadez y la belleza y, como consecuencia, el "body shaming", la esfera digital (debates en Internet, podcasts) puede abrir nuevas vías de comunicación sobre las TCA, la imagen corporal y el "body shaming".

En conclusión, tal y como hipotetizan y demuestran estos estudios humanísticos, la obesidad, agravada por las restricciones de Covid-19 y perpetuada por las imágenes corporales idealizadas de los medios de comunicación de masas y los medios sociales, está estigmatizada y asociada a atributos negativos en todos los países europeos encuestados. Aunque menos conmovedoramente presentes en el discurso público, los trastornos alimentarios, facilitados entre otras cosas por las expectativas poco realistas y la (auto)objetivación del cuerpo en los medios de comunicación social, están aumentando entre los adolescentes de los países socios, y su gestión se presta principalmente a un enfoque humanista dirigido a la comunicación y la bienestar general. Dado que se prevé que en un futuro próximo siga aumentando el número de jóvenes con problemas de peso y trastornos alimentarios, las campañas de educación y concienciación como las que propugna el proyecto Connected4Health y la presente publicación son muy útiles para ayudar a hacer frente a este tipo de pandemia.

Área III CAPÍTULO DE ALIMENTACIÓN SANA PARAJÓVENES CON OBESIDAD Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1. Alimentación sana para jóvenes con obesidad y TCA - Informe local República Checa

Lukas Merz¹ , Hana Stritecka²

¹Universidad Palacký de Olomouc, República Checa

²Universidad de Defensa, Hradec Králové, República Checa

Resumen: *El artículo proporciona información sobre la prevalencia del sobrepeso/obesidad entre la población checa, especialmente entre los niños. Analiza las directrices y normas nacionales para una alimentación sana y enumera algunas de las iniciativas nacionales y locales más conocidas que promueven una dieta sana y el control y la detección del peso. Se ofrece una visión general de las iniciativas que ayudan a detectar las disfunciones eréctiles y a poner en contacto a los clientes con ayuda profesional.*

1.1 Prevalencia del exceso de peso

Hasta 2001, la República Checa se situaba a la cabeza del mundo en estudios nacionales periódicos de crecimiento de referencia: la Investigación Antropológica Nacional de la Infancia y la Juventud (CAV), que se realizó en 1951 en ciclos de 10 años cumpliendo las condiciones de una muestra representativa. La complejidad y la continuidad metodológica de estas investigaciones permitieron evaluar las tendencias de desarrollo de la prevalencia de la obesidad en los niños checos en un horizonte temporal de 50 años. Lamentablemente, la última sexta CAV tuvo lugar en 2001. Los datos están desfasados para ser presentados aquí en su complejidad, sólo podemos decir que los autores llegaron a la conclusión de que la situación con las cifras de niños con sobrepeso/obesidad no era tan alarmante como en otros países, pero la tendencia creciente ya era evidente. También resumieron que el umbral de obesidad se sitúa en el nivel de referencia recomendado internacionalmente. Los datos del IMC son superiores a los datos de referencia para la población infantil y adolescente checa. Desde entonces, varios autores han presentado información sobre el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes checos.

En la República Checa, los gráficos del CAV 5th y 6th se utilizan actualmente para evaluar el desarrollo físico de niños y adolescentes. El motivo es la creciente prevalencia del sobrepeso en la población infantil y adolescente. La actualización de estos gráficos supondría desplazar los valores críticos para determinar el sobrepeso y la obesidad a

valores más altos, lo que no sería deseable.

En la clasificación checa, los percentiles de IMC 90-96,9 se consideran sobrepeso, y el IMC superior o igual al percentil 97th se considera obesidad. Sin embargo, estos límites no son fijos y no se aplican a todos los individuos. Kunešová y sus colegas (2010) consideran que el intervalo del IMC entre el percentil 85th y el 95th es preocupante para los niños checos. [1] Por este motivo, recomiendan que los médicos presten atención a la hora de iniciar la prevención y la intervención precoz en niños con un valor de IMC del percentil 85. Recomendamos considerar un IMC \geq percentil 95 como límite de la obesidad infantil. Sin embargo, esta definición está condicionada por el hecho de que el ritmo de crecimiento de los niños no se vea frenado o desproporcionado debido a supuestos familiares, al curso de la pubertad, etc.

No existen criterios mundialmente reconocidos para el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. Si comparamos, por ejemplo, las tablas para determinar los valores del IMC infantil en Gran Bretaña (Cole et al., 2000) y en la República Checa, observamos que la población de niños y adolescentes checos se evalúa de forma más moderada en comparación con la británica. [2]

La clasificación de la International Obesity Task Force (IOTF) se utiliza a menudo para la comparación internacional. Según la clasificación de la IOTF, el sobrepeso se define como un percentil de IMC comprendido entre 85 y 94,9, y la obesidad como un percentil de IMC igual o superior a 95. Esta clasificación se basó en los puntos de corte aceptados para el IMC en adultos y, utilizando procedimientos estadísticos y gráficos de percentiles de seis estudios transversales nacionales, se propusieron valores adecuados para cada edad y sexo. Los criterios de la IOTF no son universalmente aceptados, muchos expertos se inclinan por la opinión de que las mediciones deben basarse en las normas nacionales (5th y 6th CAV en el caso de la República Checa).

En las comparaciones internacionales, también podemos utilizar la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), cuya nueva versión se creó a partir de la recopilación de datos sobre el desarrollo de los niños de diferentes grupos étnicos y culturales. El sobrepeso se define por SD IMC +1 y obesidad + 2 SD IMC para el sexo y la edad respectivos, se considera bajo peso a SD IMC \leq - 2, y bajo peso grave a SD IMC \leq - 3.

Desgraciadamente, los estudios actuales no siempre se han basado en una muestra representativa de los expedientes, sino sólo en estudios parciales limitados regionalmente, sin tener en cuenta los aspectos demográficos. Además, con un número reducido de individuos controlados, etc. Otro problema es la metodología incoherente de las mediciones antropométricas para determinar el sobrepeso/la obesidad, el uso de tablas de referencia: ya sean checas basadas en el CAV o internacionales de la OMS (Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS) o IOTF (International Obesity Task Force) o simplemente datos completamente auto informados. Salvo en el caso de los datos auto declarados, la mayor parte de lo anterior conduce a una sobreestimación de la incidencia del sobrepeso y la obesidad en nuestra población infantil. Las conclusiones de diversas "encuestas de agencias", desgraciadamente algunas financiadas, por ejemplo, por la Compañía General de Seguros de Enfermedad (encuestas de la agencia STEM/MARK) están completamente fuera de la realidad, que aporta datos puramente desinformativos.

En 2006 se llevó a cabo una investigación más amplia con la metodología CAV, al menos en algunas categorías de edad [3]. El examen se realizó en las categorías de edad de 5, 13 y 18 años en un total de 7.427 niños (3.780 niños y 3.647 niñas). Los datos de este estudio mostraron una disminución de la prevalencia tanto de sobrepeso como de obesidad en comparación con el CAV 2001 en ambos sexos, como puede verse en la Tabla 1.

Tabla 1: Prevalencia del sobrepeso y la obesidad entre los niños checos en 2006

Chicos

Chicas

Edad	no	sobrepeso (%)	obesos (%)	no	sobrepeso (%)	obesos (%)
5 años	1112	2.0	3.0	980	1.0	4.3
13 años	1360	2.2	5.4	1351	3.0	5.9
18 años	1308	0.9	3.0	1316	1.2	3.0

En 2009-2010 sólo se midió a niños de 7 años. Aquí se observó que entre las chicas se produjo un descenso significativo de la prevalencia de sobrepeso hasta los valores correspondientes a 1991, en los chicos el descenso fue menos pronunciado y estadísticamente insignificante. Las diferencias específicas con respecto a los valores de 2001 muestran una disminución del sobrepeso del 3,3% en los niños y del 3,4% en las niñas, de la obesidad del 2,1% en las niñas y de un ligero aumento del 1,7% en los niños. La sobreestimación antes mencionada ya se puede ver en la Tabla 2 cuando se utilizan valores estandarizados en lugar de los puramente de la población de la República Checa [4] Las chicas checas en general están mejor incluso en comparación con sus coetáneas de países europeos y de ultramar. Los datos disponibles de 2014 dicen que en la

República Checa hay menos niñas que luchan contra el sobrepeso que en el resto del mundo. Los chicos están por encima de la media, pero no alcanzan los valores críticos de los chicos de Malta, Grecia o Canadá, donde uno de cada tres tiene sobrepeso o es obeso. Dinamarca, Países Bajos y Noruega figuran entre los países menos afectados por problemas de exceso de peso.

Tabla 2: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños checos de 6,5-7,5 años en 2008, evaluada a partir de diferentes datos de referencia (según Kunešová et al., 2011).

	Chicos		Chicas	
Normas de crecimiento	sobrepeso (%)	obesos (%)	sobrepeso (%)	obesos (%)
República Checa	14.8	7.2	11.1	5.0
IOTF *)	15.8	4.4	14.1	3.3
OMS **)	23.5	10.0	19.5	4.8

*) Grupo de Trabajo Internacional sobre la Obesidad (Cole et al., 2000)

***) Organización Mundial de la Salud (Patrones de crecimiento infantil de la OMS)

En cuanto a los adultos, los datos proceden de la Encuesta Europea de Salud (EHIS) realizada en 2018- 2020 que incluyó a personas mayores de 15 años. El 18,5% de los checos padece obesidad, es decir, el 20% de los hombres y el 18% de las mujeres de toda la población. El 47% de los hombres y el 33% de las mujeres tienen un ligero sobrepeso. El valor medio del IMC (índice de masa corporal) de los habitantes de la República Checa alcanzó el 25,2, justo por encima del límite superior de peso saludable normal. Este valor es similar al de Eslovenia, por ejemplo, pero la tasa de obesidad es más alta, tanto entre las mujeres como entre los hombres.

Si nos fijamos más detenidamente en la distribución por edades, según los resultados de la encuesta en la República Checa, la proporción de personas con sobrepeso, es decir, pre-obesidad (IMC 25-29,9) y obesidad (IMC 30 y más), en comparación aumentó ligeramente con 2014 (véase el gráfico 1). [5] Aumentó más en personas con pre-obesidad, que en 2019 fue de casi el 40%. La representación de los obesos se acercaba al 20% de la población total. Los hombres tenían muchas más probabilidades de padecer sobrepeso que las mujeres. Casi siete de cada diez hombres tenían sobrepeso, mientras que entre las mujeres era "sólo" uno de cada dos. Hay que añadir que estos datos sobre altura y peso fueron auto declarados, por lo que pueden

estar subestimados. Desgraciadamente, los datos de la encuesta sanitaria ya no reflejan los cambios relacionados con la situación pandémica. Las medidas gubernamentales contra la propagación del covid19 modificaron considerablemente el estilo de vida de la población (por ejemplo, la transición al trabajo desde casa, el cierre de campos deportivos y el uso considerable de servicios de reparto). Por lo tanto, cabe esperar que la proporción de personas con sobrepeso sea aún mayor después de que remita la pandemia.

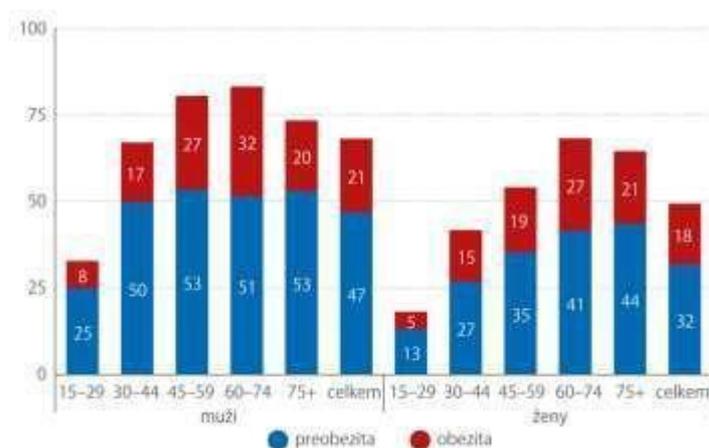


Fig. 1 Proporción de personas con obesidad y pre-obesidad en la República Checa (% en 2019)

En el contexto europeo, en 2014 la República Checa ocupaba el puesto 6th entre los países europeos, con un 18,8 % de población obesa[6] En las estadísticas de 2019, la proporción de

población con sobrepeso (IMC superior a 25) alcanzó el 60 % de la población checa en la franja de edad de 18 años o más y el país ocupa el puesto 3rd entre los demás países europeos[7]. Esto significa que seis de cada diez personas tienen sobrepeso y una de cada cinco padece algún grado de obesidad (IMC > 30).

Las estadísticas disponibles muestran un aumento general de la obesidad infantil. Mientras que en 1991 el 7 % de los niños checos tenía sobrepeso y el 3 % se consideraba obeso, en 2001 había un 9 % de niños con sobrepeso y un 6 % obesos. Esto significa que la cifra se duplicó en una década. [8] Si observamos algunos de los datos más recientes de 2014, en la República Checa se ha duplicado el número de personas con sobrepeso dentro de todo el espectro de población desde 1991. Demuestra que el número de niños obesos se ha duplicado en la población infantil checa. Uno de cada cuatro niños tenía sobrepeso en la infancia y uno de cada siete era obeso. [9] Existen pruebas suficientes de que la edad a la que se desarrolla la obesidad desempeña un papel fundamental. Un IMC más elevado en la adolescencia está estrechamente relacionado con el desarrollo de problemas de salud relacionados con la obesidad en edades posteriores. Un IMC más elevado al principio de la edad adulta (25-40 años) conlleva un mayor riesgo de complicaciones que un IMC más elevado a una edad más avanzada. En otras palabras, cuanto antes se desarrolle la obesidad, mayor será el riesgo y la gravedad de las complicaciones resultantes.

La tendencia de 20 años en el número de niños con sobrepeso, comprobada estadísticamente mediante la prueba de tendencia de Armitage, aumentó significativamente tanto en niñas como en niños. La excepción fueron los niños de cinco años, con una prevalencia de sobrepeso/obesidad estable en los últimos veinte años, entre 2011 y 2016 incluso disminuyó. Las tendencias varían ligeramente entre otros grupos de edad y años, pero la tendencia general al alza es clara. Entre los adolescentes (17 años), la incidencia de sobrepeso/obesidad apenas se vigila desde 2001, aunque se observa un aumento significativo entre 2006 y 2011 [10]. Otros estudios confirman las preocupantes cifras [11] y la conclusión es que la tendencia

creciente de los últimos años entre los niños se ha visto acelerada por los encierros en los covachos, la falta de deporte y los hábitos alimentarios inadecuados. La Tabla 3 muestra la tendencia en niños (hasta los 18 años), siendo el porcentaje relativo a toda la población [12].

Tabla 3 Tendencias en la proporción de niños con sobrepeso/obesidad de No = 4386

Año	1991	1996	2001	2006	2011	2016	2021
Sobrepeso	7.0%	5.3%	5.8%	7.2%	7.8%	7.5%	9.6%
Obesos	3.0%	5.5%	7.4%	7.8%	10.2%	10.3%	16.4%

La República Checa también participa en la recogida internacional de datos del estudio HBSC - Health Behaviour in School-aged Children (el número de parámetros controlados y los países participantes cambian con el tiempo). [13] El estudio se centra en investigar la salud y el estilo de vida de niños y adolescentes. El proyecto se lleva a cabo cada 4 años bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud y actualmente se realiza simultáneamente en 51 países de todo el mundo. La República Checa participa desde 1994.

El estudio HBSC se centra en el seguimiento de la salud y el estilo de vida de escolares de 11, 13 y 15 años. La colección a largo plazo cuenta con el apoyo del Ministerio de Educación, Juventud y Deportes de la República Checa, el Ministerio de Sanidad de la República Checa y UNICEF de la República Checa. Los datos de la investigación también incluyen temas relevantes para las actitudes y el desarrollo del sobrepeso y la obesidad: actividad física y sedentarismo, hábitos alimentarios y autoevaluación de la propia figura (imagen corporal). Desgraciadamente, los datos necesarios para determinar el sobrepeso y la obesidad sólo son auto declarados, pero aquí pueden observarse tendencias mínimas (no = 13000+).

Según los últimos datos de 2018, el 15% tiene sobrepeso y el 6% de los adolescentes son obesos. Los problemas de sobrepeso son más frecuentes en los varones, tanto en el caso del sobrepeso como de la obesidad. El número de niños obesos está aumentando. Un aumento

significativo en el número en comparación con los datos de 2014 se refiere a la categoría de edad de 15 años. También somos registrando un aumento significativo del número de niñas de 13 y 15 años con sobrepeso. También aquí se confirma la importancia del estatus socioeconómico. La prevalencia de la obesidad es hasta 3 veces mayor en los niños de familias con menores ingresos y niveles educativos más bajos.

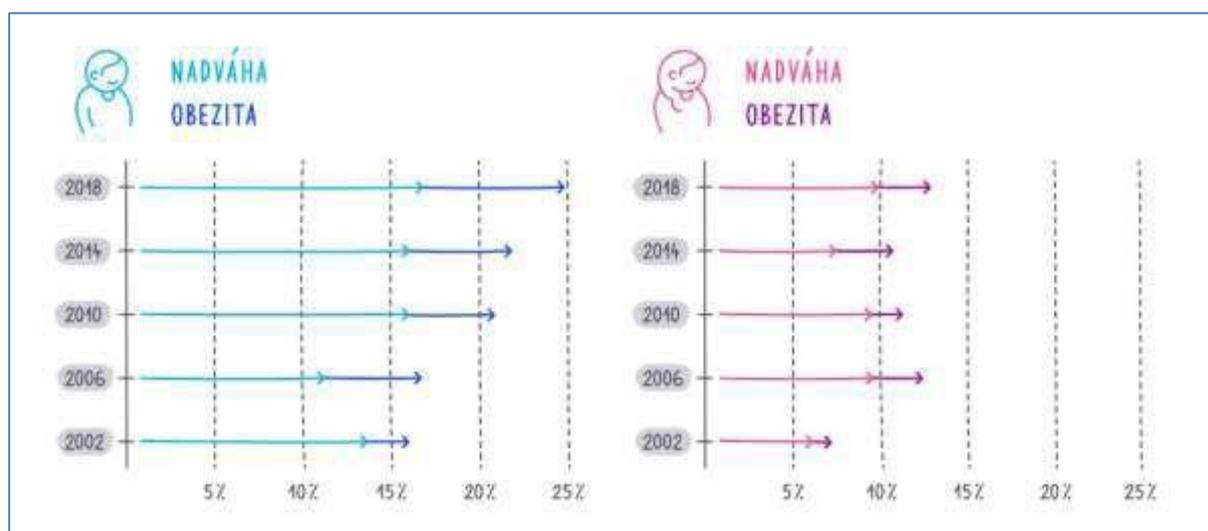


Fig. 2 Datos autodeclarados del proyecto HBCS en la República Checa

Desgraciadamente, las preguntas sobre la imagen corporal o cómo perciben los niños su peso demuestran que el sobrepeso ya no es un elemento estigmatizador como antes y la población empieza a tomarlo como una norma normal. De hecho, el 29 % de las chicas con sobrepeso u obesidad del grupo no aceptan este hecho. En el caso de los niños con sobrepeso, la cifra es incluso del 41 %. Por otra parte, un número significativamente mayor de chicas (28 %) que de chicos (23 %) consideran que su figura está gorda. La valoración negativa del propio peso aparece con más frecuencia entre las chicas de 13 y 15 años, donde es casi una de cada tres (31 %). En toda la muestra, una quinta parte de las chicas con peso normal se consideran gordas. Entre los chicos con un peso normal, menos de una décima parte lo ve así.

1.2 Prevalencia de las urgencias

Los datos sobre trastornos alimentarios son más difíciles de encontrar. A diferencia de los registros antropométricos o los datos auto declarados en las encuestas, los trastornos alimentarios se registran bajo códigos de diagnóstico (F50.0-F50.9) y pertenecen a una categoría de enfermedades sanitarias. Como tales, se consideran confidenciales y los datos sólo pueden obtenerse a través de las estadísticas que facilita el Instituto de Información y Estadísticas Sanitarias de la República Checa. De las salidas que los autores pudieron encontrar, sabemos que en 2017, hubo 3.731 pacientes ambulatorios tratados con urgencias y 454 fueron hospitalizados en salas psiquiátricas.

En 2020, un total de 5.167 personas fueron tratadas por SUH en ambulatorios y se produjeron 606 hospitalizaciones [14]. El número de pacientes aumentó más entre los adolescentes de 15 a 17 años. En 2020 se trataron 1.093, lo que supone un asombroso 89 % más que en 2010. La mayoría de los pacientes, el 87%, eran mujeres y niñas. La mortalidad alta supera el 10 %. Los pacientes mueren a una edad media de 25 años. La mortalidad duplica la de otros diagnósticos psiquiátricos y es diez veces superior a la de la población general. El riesgo de suicidio aumenta hasta 200 veces. Las ONG y otras iniciativas que se ocupan de las disfunciones eréctiles y proporcionan apoyo y asesoramiento no médico publican sus informes anuales, pero la metodología no está clara y el valor de la información es muy aproximado. *Anabell*, una ONG registrada como centro de apoyo a los enfermos de disfunción eréctil y sus familias, presenta las siguientes cifras de los últimos cuatro años (Tabla 4) [15] La tendencia al alza es evidente, pero esto también puede explicarse no por el aumento de las cifras de personas que buscan ayuda para la disfunción eréctil, sino también la creciente reputación de *Anabell* y su mayor alcance.

Cuadro 4 *Anabell*, un centro registrado como ONG de apoyo a los enfermos de disfunción eréctil desde hace cuatro años

Año	2018	2019	2020	2021
Clientes	994	1584	1545	3085
Llamadas al teléfono de ayuda	475	567	431	781
Intervenciones	11121	17195	-	17609

1.3 Directrices y normas

En el marco de la problemática de la obesidad, a partir de 2020 es posible utilizar el código de seguimiento y terapia de la obesidad infantil en el marco de las visitas regulares a los médicos de cabecera para niños y adolescentes (PLDD). Según la información de la cámara de médicos de cabecera para niños y adolescentes y la dirección de la Compañía General de Seguros (VZP), este código es utilizado regularmente por más del 25% de los médicos (es decir, más de 500). Este año siguen faltando datos de VZP. La terapia de la obesidad infantil se aplica de forma similar a otros diagnósticos y debe tratarse de acuerdo con las normas claramente definidas de la sociedad profesional correspondiente. En 2021, la Sociedad Checa de Obesitología - Sección de Obesitología Pediátrica actualizó las recomendaciones para la terapia de la obesidad infantil válidas hasta entonces en el sitio web del IPVZ [16].

En colaboración con la Society of Paediatric Practitioners y la Society for Nutrition, se publicaron materiales educativos que están a disposición de los padres en las consultas de PLDD.

PREVENCE DĚTSKÉ OBEZITY

NADVÁHA
 mlse **OBEZITA** v dětství způsobuje problémy nejen v tomto věku, ale její dopady se mohou projevit i v pozdějším věku. Kravně fyzických problémů mohou být různé: děti často mají zdravotní problémy s chybami, v pozdějším věku je pak o nich vyvíjí děti a mohou se o nich objevovat také problémy s chybami, diabetu nebo metabolického syndromu. Když začnete předcházení vzniku obezity vyvíjet si správné návyky do budoucna.

Mám si dělat starosti?
 Někteří děti jsou přirozeně mohutnější než ostatní a vývoj jejich hmotnosti na růstovém grafu může kopírovat křivku (tj. persontální graf). To může být u těchto dětí zcela normální a neproblematičtější věvy. Pokud je však hmotnost dítěte nad hranicí 97. percentila nebo pokud tato hranice překročí, je na místě požádat o radu vašeho praktického dětského lékaře.

Co mohu udělat?
 Jestliže, ce můžete odlišit, je nabízet dítěti pravidelné zdravé hlavní jídlo a večeři. Uměbat mu naučit se, aniž by se ho musel v jídle kompromisovat. A přitom přikládat. Na tomto letáku najdete základní rady a informace.

STRAVUJTE SE ZDRAVĚ
 Je zle zdravě - Vaše dítě bude jíst také zdravě. Dostatečné množství ovoce, zeleniny, ryb, libového masa, zakysaných mléčných výrobků, luštěnin, celozrnných obilovin a kvalitních rostlinných olejů zajistí potřebné množství živin, minerálních látek a vitamínů.

PIJTE VODU
 Povzbudte své dítě v pití čisté vody. Výrazně omezte slazené nápoje.

STOLUJTE PRAVIDELNĚ SPOLU
 Alespoň 5x týdně stolujte spolu. Konzumujte průměrné porce dostatečně pestré a nutričně vyvážené stravy. Povede to ke správným stravovacím návykům Vašeho dítěte.

JEZTE 5 - DENNĚ
 Dítě by mělo sníst za den 3 hlavní jídla a 2 svačinky mezi hlavními jídly.

SNÍDANĚ
 Naučte své dítě každé ráno snídat.

OMEZTE TUČNÉ A SLADKÉ JÍDLO
 Snižte množství potravin s větším množstvím živočišných tuků a nebo s přebytkem cukru na minimum. Nepoživte tyto pochutiny jako odměnu. Dítě odměňte jiným způsobem - například s ním zahrňte oblíbenou hru nebo se věnujte jiné činnosti, kterou má rádo.

FYZICKÁ AKTIVITA
 Zdravý pohyb je stejně důležitý jako správná strava. Hýbejte se, kdykoliv je to možné. Chodte pěšky, hrajte hry v přírodě, jezděte na kole, nechte dítě, at vám pomáhá s domácími pracemi.

Fig. 3 Folleto educativo: Prevención de la obesidad infantil

prevención de conductas de riesgo y al sistema de coordinación.

1.4 Iniciativas nacionales y locales

Lucha contra la obesidad

En el campo del estilo de vida "saludable", por desgracia no sólo en la República Checa hay expertos, sino también muy a menudo completos no profesionales o entusiastas que dan recomendaciones. En consecuencia, una prevención inadecuada, no profesional, puede tener el efecto contrario, indeseable. Algunos colegios, aunque de forma muy lúdica e interesante para los niños, promueven una dieta no del todo óptima, especialmente la puramente vegana. Otras partes interesadas importantes son las sociedades profesionales Czech Obesitological Society, Society for Nutrition, National Health Institute, Healthy Nutrition Forum, Association of Nutritional Therapists, Section of Nutritional Therapists at the Association of Nurses, Section of Nutrition and Nutritional Care, Section for Eating Disorders at the Psychiatric Society y otras.

Además, entra en juego la Cámara de la Alimentación de la República Checa, porque ha participado en la (in)necesaria aceptación de la NutriScore. Por este motivo, están obligados a comentar los criterios nutricionales individuales que se refieren al valor energético total de la dieta, es decir, la cantidad de azúcares simples, sal y fibra, es decir, parámetros asociados, entre otras cosas, a la obesidad. En consecuencia, incluso las propias cadenas minoristas se implican en la "educación" y tienen diversas campañas de promoción de una alimentación "sana" *20+.

Por último, pero no por ello menos importante, también hay que tener en cuenta los medios de comunicación, ya sea la televisión, la radio o las redes sociales. Aquí es posible toparse con expertos del sector, así como con absolutos no profesionales que representan a marcas selectas. Por ejemplo, el apoyo de la cadena McDonald's a una banda muy popular, Mirai, dio lugar al *menú Mirai* (1.700 kcal) que incluye una hamburguesa Bic Mac, patatas fritas, cualquier bebida (la banda recomienda Coca-Cola), helado de caramelo con virutas de galleta, salsa agridulce y dos nuggets de pollo.

Debido a esta gran confusión mediática, se crearon varios portales informativos que incluyen información básica sobre una dieta sana, aprobados y avalados por sociedades profesionales. El proyecto *S Děťmi proti obezitě* (Con los niños contra la obesidad) es uno de ellos y está dedicado a los niños con riesgo de obesidad. Al principio, la ambición de este proyecto era crear centros regionales de asesoramiento en cooperación con terapeutas nutricionales formados (campos de estudio acreditados: B.Sc., M.Sc.) o asesores nutricionales (tras haber superado unos cursos de cualificación dependientes del Ministerio de Educación), pero debido a la falta de fondos y de apoyo profesional del PLDD, no fue posible llevarlo a cabo. Lo que quedó es un portal web informativo que contiene una gran cantidad de material tanto para padres como para expertos para su uso en la educación de padres y niños mayores. Ahora existe una descendencia similar, *S děťmi proti nadváze* (Con los niños contra el sobrepeso), apoyada y aprobada por el Ministerio de Sanidad y una subvención del PO de la UE.

Otra iniciativa integral -aunque no dedicada exclusivamente a la obesidad o los trastornos alimentarios- es *Víš co jíš* (Sabes lo que comes) [21]. La sección *Teens* contiene programas y materiales educativos dirigidos a escolares. Sus componentes individuales se crearon en cooperación con el Centro de Información sobre Seguridad Alimentaria del Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Educación, Juventud y Deporte, la Facultad de Medicina 3rd de la Universidad Carolina de Praga, el Ministerio de Sanidad, el Instituto de Economía e Información Agraria y la Sociedad de Nutrición.

El programa didáctico está destinado principalmente a profesores y alumnos del grado 2nd de las escuelas primarias. Su objetivo es ofrecer material didáctico de apoyo de calidad, basado en fuentes profesionales contrastadas y con la ambición de hacer más atractiva la enseñanza del tema en cuestión. Está dividido en seis áreas básicas relacionadas con la nutrición y la seguridad alimentaria: Nutrientes y agua,

Recomendaciones nutricionales, Nutrición y enfermedad, Enfermedades transmitidas por los alimentos y su prevención, Intoxicaciones alimentarias, Alimentos y seguridad. Cada profesor puede elegir todo el programa o sólo temas individuales para su enseñanza. Algunos de los temas contienen información específica sobre la obesidad y la PPP, su prevención y el consiguiente apoyo en materia de nutrición. El plan de estudios es el siguiente

se complementa con cuadernos de trabajo para alumnos de los cursos 6th y 7th y para alumnos de los cursos 8th y 9th de primaria, que sirven para practicar y adquirir conocimientos básicos en el ámbito de la nutrición y la alimentación segura y saludable. Otra ayuda didáctica del programa de enseñanza son los tests, en los que los alumnos pueden verificar sus conocimientos.

Otro portal nacional disponible para el público en general es el Portal Nacional de Información Sanitaria (NZIP). Su objetivo es proporcionar al público profano información en el ámbito de la sanidad, avalada por expertos seleccionados sobre el tema en cuestión en la República Checa. Estas personas trabajan en varias organizaciones checas que se ocupan directamente de la asistencia sanitaria: la Sociedad Médica Checa de Jan Evangelista Purkyně, el Instituto Estatal de Salud, el Ministerio de Sanidad y el Instituto de Información y Estadística Sanitarias de la República Checa. El NZIP ofrece información fiable, verificada y garantizada. Hay una subpágina aparte dedicada a las DE que incluye síntomas, prevención y un algoritmo de tratamiento u opciones de seguimiento y apoyo [22], así como a la obesidad [23].

El sitio web www.vimcojim.cz (Sé lo que como) trata exclusivamente de nutrición, en el sentido de recomendaciones racionales respaldadas por las autoridades nacionales en materia de nutrición (Sociedad para la Nutrición) para una población sana. Esta iniciativa no sólo gestiona un sitio web, sino que también organiza diversos retos a través de las redes sociales. Uno reciente se titulaba *Ponte en forma - activa y saludablemente*. También cooperan con las compañías de seguros médicos para promover y motivar a la población hacia un estilo de vida más sano.

Otra entidad de base profesional que organiza conferencias tanto nacionales como regionales centradas en la nutrición de grupos individuales es la Sociedad de Nutrición, que celebra periódicamente conferencias sobre nutrición dietética y emite recomendaciones para la población de la República Checa en el campo de la alimentación sana. Es una autoridad reconocida y colaboradora del Ministerio de Educación, Cultura, Deporte y Ciencia del Ministerio de Educación y Cultura, así como de la Sociedad Checa de Obesitología, para la que organizan periódicamente la conferencia *Nutrición infantil y obesidad en la teoría y la práctica*.

Un instituto nacional que elabora recomendaciones y proporciona información a partir de estudios de investigación o diversos proyectos de seguimiento es el Instituto Estatal de Salud. El grupo en torno al profesor Ruprich es muy activo en la actualidad y publica artículos de divulgación disponibles a través de varias fuentes: desde sitios web [24] hasta revistas publicadas por la citada Sociedad de Nutrición o el sitio web del Centro de Información sobre Seguridad Alimentaria, dependiente del Ministerio de Sanidad.

Tres organizaciones profesionales checas participan en la creación de contenidos web, así como en publicaciones en redes sociales y en diversas conferencias y seminarios/webinars sobre el tema de la nutrición para diversos grupos, incluidas las personas con sobrepeso/obesidad, las personas con DE: la Asociación de Terapeutas Nutricionales, la Sección de Terapeutas Nutricionales de la Asociación Nacional de Enfermería y la Sección de Nutrición y Cuidados Nutricionales. Sus acciones son tanto a nivel nacional como a escala local en el lugar donde cada uno de sus miembros ejerce su profesión. Algunos de ellos intentan popularizar el ámbito de la nutrición, refutar diversos mitos populares, pero también luchar con los famosos de los medios de comunicación y los YouTubers, que a menudo dan información engañosa sobre dietas o promueven alimentos poco saludables para asociarse económicamente.

Por ejemplo, está la iniciativa *NeHladu* (No al Hambre) [25], que actualmente

coopera con el mayor supermercado de Internet, Rohlik.cz, o el centro Anabell para personas con DE (véase más adelante) para promover hábitos alimentarios saludables. El Instituto de Nutrición Moderna (IMV) [26] reúne a terapeutas nutricionales en una "lucha" contra la desinformación y es muy popular en la República Checa. El IMV es un buen ejemplo de cómo pasaron de organizar conferencias y seminarios al asesoramiento local, sobre todo gracias a su popularidad en las redes sociales y a su capacidad para atraer a un público joven.

También hay que mencionar las iniciativas que intentan mejorar la calidad nutricional de las comidas escolares. La restauración escolar también es única en las Repúblicas Checa y

Eslovaca, ya que el método, la calidad y las normas de la restauración en los centros preescolares y escolares están regulados por un decreto nacional, un apéndice de bill. Los componentes necesarios de una dieta diaria/semanal se indican en número exacto y tamaño de las raciones. Hasta hace poco, las normas para determinadas comidas se basaban en una dieta que databa de los años ochenta. El proyecto *Skutečně zdravá škola* (Escuela verdaderamente sana) [27] desarrolla de forma integral la cultura de la alimentación en todos los contextos ecológicos, económicos, sociales y sanitarios. Actualmente, casi 500 escuelas de todo el país participan en el programa. Para que una escuela sea declarada "verdaderamente sana", debe cumplir con los cambios en las materias primas y la preparación de los alimentos, especialmente en la adición de frutas y verduras, pero también de legumbres, la reducción de azúcares simples, sal, alimentos muy procesados, etc. Al mismo tiempo, la escuela debe educar a los alumnos en el campo de la nutrición sana - ya sea en forma de conferencias o talleres depende de cada uno de los profesores de la región de la república, aunque los materiales metodológicos, folletos y otros materiales utilizados son los mismos para todo el país.

No existe una visión global de los servicios de asesoramiento disponibles en la República Checa para los clientes que buscan ayuda en el ámbito de la nutrición o las disfunciones eréctiles. Existen recursos poco sistemáticos en el ámbito de los terapeutas nutricionales: principalmente hay centros de asesoramiento gestionados como instalaciones médicas, o asesores nutricionales que operan bajo la asociación Alianza de Asesores Nutricionales. Actualmente se está creando una nueva red de centros de asesoramiento nutricional llamada *Nutriadapt*. También existe un portal totalmente independiente con un catálogo de terapeutas nutricionales llamado *vzivovi-poradci.cz*. Sin embargo, la calidad del asesoramiento y de los servicios prestados no se comprueba de forma centralizada.

En la actualidad, hay dos organizaciones que están desarrollando una metodología unificada para sus oficinas regionales y/o conferenciantes y asesores individuales para personas con sobrepeso u obesidad: STOB (Stop to Obesity) [28], apoyada por las autoridades de renombre en el campo de la nutrición antes mencionadas, y un proyecto puramente comercial llamado Nutridapt [29]. La organización STOB se fundó en 1990 y desde hace tiempo se centra en la pérdida de peso sin dietas ni restricciones estrictas. Trata de orientar sobre cómo trabajar con los pensamientos, las emociones y el comportamiento, que en la mayoría de los casos hacen posible el éxito de la pérdida de peso y los cambios de estilo de vida. Su enfoque se basa en la psicoterapia cognitivo-conductual (TCC), que enseña a las personas a trabajar con la mente, las emociones y el comportamiento. La TCC se utiliza con éxito para gestionar cualquier cambio en los hábitos de las personas. Diversos estudios han confirmado la eficacia del enfoque de la TCC y también se utiliza ampliamente para tratar las disfunciones eréctiles.



Fig. 5 Prevención de la obesidad: las siete etapas de un cambio de vida

STOB opera a varios niveles. Por un lado, crea contenidos disponibles a nivel nacional en sitios web, organiza seminarios para el público lego y profesional sobre diversos temas, siempre orientados a mantener un peso y un estilo de vida saludables. Organizan regularmente el Día de la Salud en Praga, cursos residenciales en la República Checa y en el extranjero, y cursos "ambulatorios" con el objetivo de reducir el peso corporal de los clientes. Además, mediante la formación en la metodología CBT, STOB crea un sistema de tutores CBT que operan localmente y que aplican esta metodología en su trabajo diario. No existe una metodología uniforme para trabajar individualmente o en grupo, sino que el alcance y la duración de la atención dependen totalmente del tutor. Sin embargo, los profesores de STOB son psicólogos, terapeutas nutricionales, nutricionistas, pero también médicos que utilizan la TCC en clínicas obesitológicas o balnearios. En el sitio web del STOB hay una lista de profesores formados por ellos. Al mismo tiempo, STOB ofrece un gran número de libros, folletos y prospectos educativos, hojas de registro para llevar un control de la nutrición y el ejercicio, así como una base de datos de alimentos accesible por Internet, recetas y vídeos instructivos. En 2008 se lanzó la primera aplicación de Internet, Hravě-žij- zdravě *30+, que ayudaba a perder peso a través de un entorno en línea. En la actualidad, el sitio web se utiliza principalmente para niños. El sitio web del Club STOB está dirigido a adultos y adolescentes, y las personas pueden crear su perfil personal en línea, donde registran sus éxitos y progresos utilizando plantillas con material de auto entrenamiento.

Nutriadapt pertenece al sistema de franquicias de consultoría comercial, en el que la metodología, los materiales para los clientes, las recetas, etc. son creados por la central nacional. Lamentablemente, la visita a los centros y una serie de servicios son de pago y los clientes tienen que adquirir los productos complementarios que ofrece Nutriadapt.

Entre los proyectos comerciales que funcionan en todo el país y que ya no tienen una identidad visual unificada, pero sí una metodología básica unificada y una formación centralizada del personal se encuentra *Metabolic balance* [31]. Ofrecen una base de datos de expertos formados por la empresa, tanto terapeutas nutricionales como nutricionistas. No hay que comprar ningún producto, proporciona un sistema de nutrición basado en recetas a medida. El proyecto Naturhouse también cuenta con materiales de formación, orientación y apoyo a los clientes en todo el país, pero toda la asesoría se basa exclusivamente en sus propios productos. Por supuesto, existen innumerables asesores independientes que ofrecen sus propios métodos, venden sus propios productos y recetas, algunos operan en línea y también ofrecen asesoramiento en línea.

Tratamiento de las urgencias

Ya el primer paso mencionado en los procedimientos recomendados, el primer contacto para la prevención y la intervención precoz para los pacientes y sus familiares son los chats de internet y los grupos de autoayuda [32] Luego depende de su capacidad profesional motivar a los pacientes para el diagnóstico y el tratamiento. La eficacia se confirmó principalmente entre los grupos apoyados por expertos. En el caso de los niños y adolescentes, la familia o la escuela suelen detectar los primeros síntomas.

La mayor organización que tiene sucursales en las tres ciudades más grandes de la República Checa es el Centro Anabell. Dentro de los centros (Praga, Brno, Ostrava) ofrece asesoramiento social profesional gratuito durante el cual el cliente puede asistir regularmente a un máximo de 10 sesiones gratuitas con un asesor y que se centran directamente en el problema con la comida y los trastornos alimentarios. Los menores de 12 años pueden acceder al servicio acompañados de sus padres o representantes legales; los mayores de 12 años pueden acceder al servicio sin acompañante. Anabell también ofrece un servicio de postratamiento, que está destinado a los clientes después de la hospitalización, o al menos después del tratamiento ambulatorio que reciben para las urgencias. También organiza sesiones de grupo en las que pueden reunirse clientes mayores de 15 años con experiencia en DE. El grupo está dirigido por un asesor que ha pasado por el mismo problema.

Algunas sucursales también ofrecen asesoramiento por Internet, con el que los clientes pueden ponerse en contacto en cualquier momento (a través del chat en línea) o recibir una respuesta por correo electrónico en un plazo de 3 días laborables, o pueden ponerse en contacto con la línea de crisis de Anabell, que funciona en todo el país todos los días laborables. Aunque el centro como tal no está disponible en todo el país, Anabell dispone de una lista no pública de colaboradores en nutrición

terapeutas, psiquiatras y psicólogos, a los que remiten a los clientes interesados para que estén lo más cerca posible del domicilio del cliente. La Anabell está conectada con centros psiquiátricos que se ocupan del tratamiento de las disfunciones eréctiles y, una vez finalizado el tratamiento cubierto por el seguro médico en la República Checa, los clientes son derivados directamente a la Anabell para su seguimiento. A diferencia del caso de la obesidad, no existe ninguna otra iniciativa de este alcance en la República Checa.

PPP Info (PPP = ED) es un sitio web bien diseñado que ofrece un directorio de centros de asesoramiento, fuentes de información para las personas que buscan ayuda con las disfunciones eréctiles. [33] Los clientes también pueden utilizar la ONG E- clinic - proyecto de apoyo anónimo

[34] El portal contiene artículos profesionales y de divulgación sobre trastornos alimentarios, proporciona materiales de autoayuda (por ejemplo, un manual para restablecer un régimen alimentario normal en caso de comer en exceso), información sobre tratamientos y contactos, procedimientos para profesores (competencia escolar, recomendaciones para elegir un programa preventivo) y directrices para padres. Las personas pueden chatear de forma anónima con un psicólogo clínico especializado en trastornos alimentarios. Hay charlas para padres, parejas y seres queridos de quienes sufren una disfunción eréctil. Toda comunicación es anónima y gratuita.

En 2019 se puso en marcha el proyecto Nepanikař (No tengas pánico) *35+, que - además del portal web habitual- incluye la primera aplicación móvil checa que ayuda gratuitamente a los usuarios y proporciona la primera asistencia psicológica rápida. En 2020, Nepanikař empezó a ofrecer consultas anónimas y gratuitas por chat y correo electrónico, y creó un amplio Mapa de Ayuda, que contiene más de 10.000 contactos con psicólogos, psicoterapeutas, psiquiatras, centros de asesoramiento educativo y psicológico y centros de crisis. En 2021, el proyecto empezó a ofrecer terapias en línea que facilitan la colaboración con expertos. Por último, pero no por ello menos importante, Nepanikař introduce y educa al público en general sobre el tema de la salud mental y los SUH a través de talleres.

1.5 Conclusión

Como ya se ha indicado, el número de jóvenes que padecen sobrepeso/obesidad o DE en la República Checa va en aumento. Las cifras referidas a los problemas de peso varían ligeramente según la metodología utilizada, pero las estadísticas en general indican una tendencia al alza en los últimos años. Si están motivadas, las personas con problemas de peso pueden recibir un buen apoyo de un gran número de recursos financiados por el gobierno y que funcionan a escala nacional.

Sin embargo, no todas las iniciativas y ONG están dirigidas por profesionales y pueden considerarse dignas de confianza. Está claro que perder peso es un buen negocio y algunas de las agencias o empresas que ofrecen educación y asesoramiento lo hacen con ánimo de lucro. En cambio, en el caso de las disfunciones eréctiles y su detección y tratamiento precoces, sólo existen unas pocas iniciativas que operan en todo el país, pero proporcionan asesoramiento y ayuda profesional y expertos. Lo más probable es que esto se deba a que la disfunción eréctil se considera, con razón, un diagnóstico médico grave, mientras que el exceso de peso se ve como una enfermedad de civilización omnipresente y omnipresente, y las investigaciones sugieren que la población empieza a tolerarlo. Existen graves riesgos para la salud, supone una carga para los presupuestos sanitarios y perjudica a la economía, pero el público no se lo toma suficientemente en serio.

Referencias

- *1+ Kunešová, M., August, G. P., Caprio, S., Fennoy, I., Freemark, M., Kaufman, F. R., Montori, V. M. Prevence a léčba dětské obezity: Praktická doporučení endokrinologické společnosti založená na názoru odborníků. *Revue endokrinologie*, 2010, 13(1):57-58.
- [2] Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. Establecer como definición estándar para el sobrepeso y la obesidad infantil encuesta internacional a nivel mundial. *BMJ*, 2000, 320:1240-1243. doi.org/10.1136/BMJ.320.72441240.
- *3+ Šamánek, M., Urbanová, Z. Výskyt nadváhy a obezity u 7427 českých dětí vyšetřených v roce 2006. *Čs. Pediatrie*, 2008, 63(3):120-125.
- *4+ Kunešová, M., Vignerová, J., Pařízková, J., Procházka, B., Braunerová, R., Riedlová, J., Zamrazilová, H., Hill, M., Bláha, P., Šteflová, A. Cambios a largo plazo en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños checos de 7 años: evaluación de diferentes criterios de corte de la obesidad infantil. *Obes. Rev.*, 2011, doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00870.x.
- *5+ Pištorová, Markéta. Zpráva o zdraví a nemocech. *Statistika a My*, 11:7-8, 2011. 24-25. Disponible en: <https://www.statistikaamy.cz/wp-content/uploads/2021/08/1804210708.pdf>
- [6] Encuesta europea de salud mediante entrevista. Oficina de prensa de Eurostat, 203/2016 - 20 de octubre de 2016. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7700898/3-20102016-BP-EN.pdf/c26b037b-d5f3-4c05-89c1-00bf0b98d646>
- [7] Sobrepeso y obesidad: estadísticas del IMC. Explicación de las estadísticas - Eurostat. ISSN 2443-8219. Disponible en https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
- [8] Owen, K. *Moderní terapie obezity: *průvodce pro každodenní praxi+*. Praga: Maxdorf, 2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-301-5.
- *9+ Marinov, Z., Střítecká H. *Nadváha a běžná obezita v dětském věku - zdravotní výzva*

21. století. Lékařské listy, 9, Apéndice a Zdravotnické noviny 2014, 19(63):21-24. Disponible en: <http://skojenci protiobezite.cz/wp-content/uploads/2014/09/clanek-2-02.pdf>
- [10] Státní zdravotní ústav, Praga. Estudio Zdraví dětí 2016. Disponible en: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_16/Zdravotni_stav_2_016.pdf
- [11] Marinov, Z., Marinová C., Pastucha, D. et al. S dětmi proti obezitě. Vox paediatricae, 2014, 3, 30-31.
- [12] Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, Dětská obezita (2021). Praga: IPVZ, 2022. ISBN: 978-80-87023-58-7.
- *13+ Kalman, Michal. České děti přibírají. Pětina z nich má problém s hmotností. 2022. Disponible en: <https://zdravagenerace.cz/reporty/obezita/>.
- [14] Ústav zdravotnických informací a statistiky. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011_az2017.pdf.
- [15] Centro Anabell. Brno. Informes anuales. Véase <http://www.centrum-anabell.cz/cz/o-nas/vyrocnizpravy>.
- *16+ Boženský, J et al. Dětská obezita (2021). Praga: IPVZ, 2022. ISBN: 978-80-87023-58-7. Disponible en: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7139-publikace-detska-obezita-2021.pdf>.
- *17+ Papežová H. et al. Poruchy příjmu potravy. Doporučené postupy. Česká psychiatrická společnost, z.s. Disponible en: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni-psychiatrie/f5-poruchy-prijmu-potravy>.
- [18] Véase Ministerio de Educación, Juventud y Deporte. Recomendaciones metodicas. Disponible en: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>.
- [19] Véase Ministerio de Educación, Juventud y Deporte: Estrategia Nacional de Prevención de Conductas de Riesgo en la Infancia y la Adolescencia para el periodo 2019-2027. Disponible en: <https://www.msmt.cz/uploads/narodni-strategie-primarni-prevence-2019-27.pdf>.
- [20] Véase Albert y la campaña <https://www.albert.cz/chcijistlepe> o Penny con una campaña para aumentar la actividad física <https://www.hybemesehezkycesky.cz/>.
- [21] Ministerio de Sanidad, Ministerio de Agricultura. Informační centrum bezpečnosti potravin. Véase <https://www.viscojis.cz/teens/>.
- [23] Ministerio de Sanidad, Instituto de Información y Estadísticas Sanitarias de la República Checa. Véase <https://www.nzip.cz/kategorie/96-poruchy-prijmu-potravy>.
- [23] Ministerio de Sanidad, Instituto de Información y Estadísticas Sanitarias de la República Checa. Véase <https://www.nzip.cz/kategorie/102-obezita>
- [24] Instituto Nacional de Salud Pública. Véase <http://szu.cz/tema/podpora-zdravi/spravna-vyziva>
- [25] Ingvik, s.r.o. <https://www.nehladu.cz/>.
- *26+ Institut Moderní Výživy, s.r.o. Véase <https://www.institutmodernivyzyvy.cz/>.
- *27+ Programa Skutečně zdravá škola. Véase <https://www.skutecnezdravaskola.cz/>.
- [28] STOB, s.r.o. Véase <https://www.stob.cz/cs/home>.
- [29] Nutriadapt, s.r.o. <https://www.nutriadapt.cz/>.
- *30+ Hravě žij zdravě. Véase <https://www.hravezijzdrave.cz/>.
- [31] Metabolic Balance, s.r.o. Véase <https://www.metabolic-balance.cz/>.
- *32+ Papežová H. et al. Poruchy příjmu potravy. Doporučené postupy. Česká psychiatrická společnost, z.s. Disponible en: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni-psychiatrie/f5-poruchy-prijmu-potravy>.
- [33] Kulhánek, J. Véase www.pppinfo.cz
- [34] E-clinic - Institut pro studium, prevenci a léčbu poruch příjmu potravy a

komorbidních onemocnění, NGO. Véase <http://www.ecinstitut.cz> .
*35+ Nepanikař, ONG. [Véase https://nepanikar.eu/](https://nepanikar.eu/) .

Obras citadas

- [1] Kunešová, M., August, G. P., Caprio, S., Fennoy, I., Freemark, M., Kaufman, F. R., Montori, V. M. Prevence a léčba dětské obezity: Praktická doporučení endokrinologické společnosti založená na názoru odborníků. *Revue endocrinologie*, 2010, 13(1):57-58.
- [2] Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. Establecer como definición estándar para el sobrepeso y la obesidad infantil encuesta internacional a nivel mundial. *BMJ*, 2000, 320:1240-1243. doi.org/101136/BMJ.320.72441240.
- [3] Boženský, J et al. Dětská obezita (2021). Praga: IPVZ, 2022. ISBN: 978-80-87023-58-7. Disponible en: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7139-publikace-detska-obezita-2021.pdf>.
- [4] Marinov, Z. (2014). Nadváha a běžná obezita v dětském věku - zdravotní výzva 21. století. *Lékařské listy*, 2014, 9:21-24.

2. Capítulo de alimentación saludable para jóvenes con obesidad y DE. Local informe - España

Jonathan McFarland¹⁶

Universidad Autónoma de Madrid
Madrid, España
mcfarland.jonathan@gmail.com

Cristina González

Universidad Autónoma de Madrid
Madrid, España
cristina.gonzalez01@uam.es

María Luisa Cuesta

Santamaría

Universidad Autónoma de Madrid
Madrid, España
luicuesta@gmail.com

Eva García Perea

Universidad Autónoma de Madrid
Madrid, España
eva.garcia@uam.es

Resumen. *La obesidad es uno de los problemas de salud más críticos a nivel mundial. Según EUROSTAT, en 2019, el 2,0% de la población de España tenía un peso inferior al normal, mientras que el 44,3% tenía un peso normal con relación a la talla, con un 16% de la población diagnosticada como Obesa. A pesar de que en España, como en muchos otros países del mundo, se han puesto en marcha multitud de programas nacionales y locales para tratar de combatir la obesidad, como la estrategia NAOS creada por el Gobierno de España y otras iniciativas locales y privadas, que se analizarán en este capítulo, la incidencia de la obesidad sigue aumentando en todos los grupos de edad, lo que resulta más paradójico por el hecho de que en España tradicionalmente se ha seguido una Dieta Mediterránea (DM) que ha demostrado ser eficaz para prevenir las enfermedades relacionadas con la obesidad.*

2.1 Introducción

En el Día Mundial de la Obesidad, que se celebró el 4 de marzo de 2022, el Dr. Tedros, director general de la OMS, declaró lo siguiente: "La *pandemia de COVID-19 ha acaparado con razón la atención mundial durante más de dos años, pero al mismo tiempo otra crisis sanitaria mundial sigue creciendo y matando: la crisis de la obesidad. En todo el mundo, la obesidad casi se ha triplicado desde 1975 y más de mil millones de personas son obesas, casi cinco millones cada año están asociadas a la obesidad, y las personas con obesidad tienen tres veces más probabilidades de ser hospitalizadas por COVID-19*". Se calcula que su coste económico alcanza el 3% del producto nacional bruto mundial". *1+

Es un problema mundial, y no sólo se limita a los países desarrollados, sino que se propaga de forma contagiosa, como el virus antes mencionado. Los riesgos para los humanos, aunque obviamente

¹⁶ Autor correspondiente: mcfarland.jonathan@gmail.com

diferente, podría compararse con los efectos del cambio climático; nosotros, los humanos, estamos matando el medio ambiente y a nosotros mismos, lenta pero inexorablemente.

La constitución de la OMS (Organización Mundial de la Salud) entró en vigor el 7th de abril de 1948. Su primera frase dice: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". *2+ Es importante hacer hincapié en esto cuando se habla de obesidad y de las enfermedades relacionadas con ella, ya que, aunque se ha cuestionado la palabra "completa", no se puede poner en duda el hecho de que la obesidad está fuertemente vinculada a lo físico, lo mental y lo social. La asistencia sanitaria no consiste sólo en *tratar*, sino también en *prevenir*, y esto es fundamental subrayarlo cuando se habla de obesidad y de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) relacionados, como la anorexia y la bulimia nerviosas, que son problemas sociales estigmatizados, además de problemas de salud específicos. Sin embargo, al igual que ocurre con las crisis medioambientales, en todo el mundo se está actuando a distintos niveles, y España no es una excepción. Estas acciones, tanto a nivel nacional como local, implican a un amplio abanico de profesionales de campos muy diferentes pero integrados, como médicos, enfermeros, nutricionistas, profesores, psicólogos y cocineros, por citar algunos.

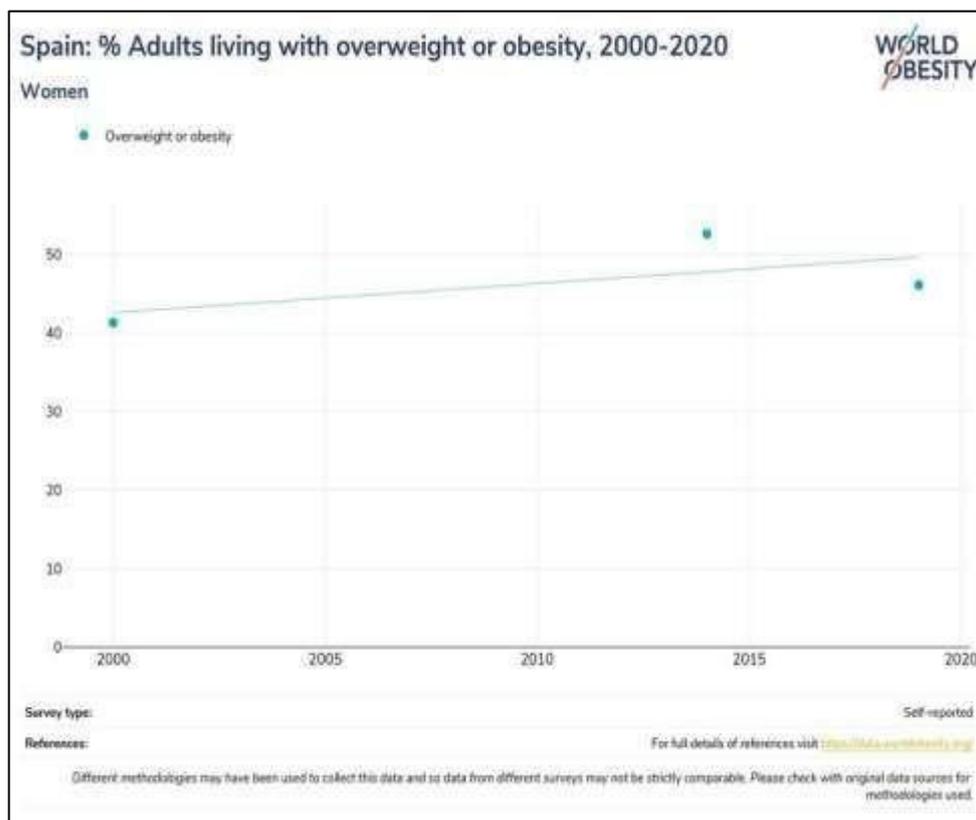
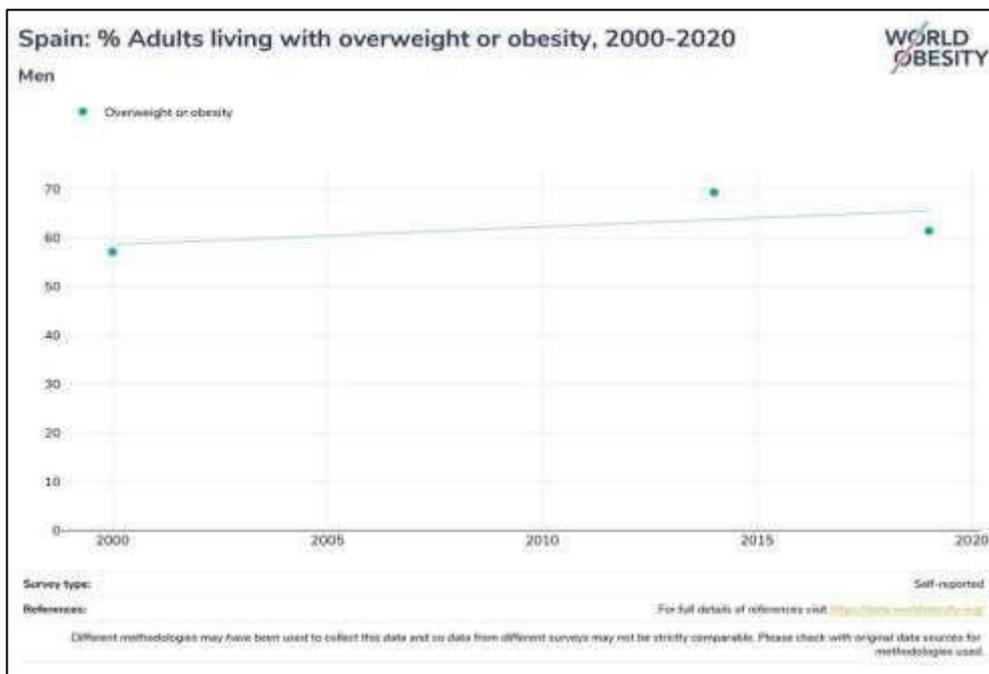
En este breve capítulo hablaremos de la prevalencia de la obesidad (adulta y pediátrica) tanto en España como en el resto de los países participantes en el Proyecto Connected4Health Erasmus, de los SUH en España, así como de las Guías y Normas españolas y, por último, de las iniciativas para combatir este grave y creciente problema.

2.2 Prevalencia

Según EUROSTAT, en 2019, el 2,0% de la población de España tenía un peso inferior al normal, mientras que el 44,3% tenía un peso normal con relación a la talla, con un 16% de la población diagnosticada como Obesa. [3] La Federación Mundial de Obesidad [4] informó de que en ese mismo año, 2019, el 37,8% de la población española adulta (mayor de 18 años) tenía sobrepeso y, en cuanto a la distribución por sexos, existe una incidencia muy superior en los varones para el sobrepeso: 44,9% frente al 30,6% de las mujeres, mientras que en la obesidad la diferencia es muy inferior: 16,5% en varones y 15,5% en mujeres (Figuras 1 y 2).

Es importante señalar que, a menos que se indique lo contrario, el sobrepeso se refiere a un IMC (Índice de Masa Corporal) entre 25 kg y 29,9 kg/m², mientras que la obesidad es > 30 kg/m². Aunque existen algunas limitaciones en el uso del IMC como medida de referencia en términos de obesidad y sobrepeso, con algunos estudios que afirman la importancia del cociente entre la circunferencia de la cintura y la cadera (RCC), en aras de la comodidad y la facilidad, optaremos por el estado del IMC. [5]

En un artículo publicado en El País en 2019, se informó que en una investigación del Hospital del Mar de Barcelona estimaron que para 2030 el 80% de los hombres y el 55% de las mujeres en España tendrían sobrepeso. Los autores del estudio afirmaron: "Actualmente hay 25 millones de personas con exceso de peso, tres millones más que hace una década. En un escenario conservador, si esta tendencia continúa, habrá otros tres millones más -un 16% más de casos- en 2030." Destacaron que estas conclusiones eran alarmantes no desde un punto de vista estético, sino porque el sobrepeso puede suponer un mayor riesgo de padecer diversas enfermedades, como diabetes, hipertensión, ictus, cáncer y otras afecciones cardiovasculares [6] La Figura 3 muestra las estimaciones de adultos con obesidad, el aumento anual de la obesidad infantil 2010-2030, el aumento anual de la obesidad adulta 2010-2030, así como el ranking de preparación global para España.



Figs. 1 y 2 Adultos con sobrepeso y obesidad en hombres (1) y mujeres (2) en España

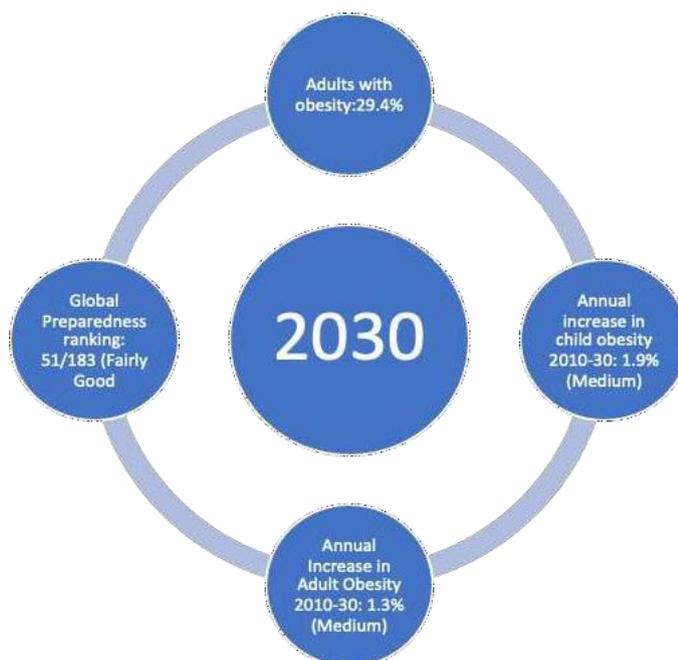


Fig. 3 Estimaciones de obesidad para 2030 [7,8,9].

Decidimos utilizar las predicciones de la Federación Mundial de Obesidad sobre las tasas de obesidad en 2030 para comparar los países participantes en Connected4Health¹⁷ en 3 áreas:

- 1) Adultos con obesidad en 2030
- 2) Aumento anual de la obesidad infantil 2010-2030 y 3) Clasificación mundial de la preparación. Cabe destacar que España tiene la 3ª estimación más alta de Obesidad Adulta para 2030,

con un porcentaje cercano al 30%, y está catalogada como Alta por la Federación Mundial de Obesidad; los dos únicos países con una estimación de prevalencia más alta son la República Checa y Lituania (Tabla 1). Sin embargo, al analizar el aumento anual de la Obesidad Infantil (Tabla 2), España sale mucho mejor parada que la mayoría de los países del C4H y recibe una calificación media, mientras que la mayoría reciben la calificación de Muy Alta. En términos de Preparación (Tabla 3), España se sitúa muy por debajo de la media de los países del C4H, más de 8 veces peor que el país más preparado, que es Portugal, y ocupa el octavo lugar de los 183 países estudiados.

Tabla 1 Adultos con obesidad en 2030 (En orden descendente de peor a mejor [7,8,9])

País	Porcentaje/ Obesidad	Clasificación
República Checa	31.2%	Muy alta
Lituania	31.2%	Muy alta
España	29.4%	Alta
Rumanía	28.9%	Alta
Portugal	28.1%	Alta
Serbia	27.8%	Alta
Italia	25.0%	Alta

Tabla 2 Aumento anual de la obesidad infantil 2010-2030 (en orden descendente de peor a mejor [7,8,9])

País	Incremento anual	Clasificación
Rumanía	5.5%	Muy alta
Serbia	4.5%	Muy alta

¹⁷ Aunque Italia no forma parte de los países que trabajan en el proyecto C4H, hemos añadido su clasificación a las tablas.

República Checa	3.9%	Muy alta
Lituania	3.9%	Muy alta
España	1.9%	Medio
Italia	1.6%	Medio
Portugal	1.15%	Medio

Tabla 3 Clasificaciones mundiales de preparación (de mejor a peor preparado) [7,8,9].

País	Preparación	Clasificación
Portugal	8/ 183 países	Bien
Italia	16/183 países	Bien
República Checa	21/183 países	Bien
Lituania	27/183 países	Bien
España	51/183 países	Bastante bueno
Serbia	60/183 países	Bastante bueno
Rumanía	80/183 países	Media

En un artículo reciente se afirma que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son "un grupo de trastornos graves relacionados con el comportamiento alimentario, causados por una preocupación excesiva por la imagen corporal y el miedo agudo a engordar". Los afectados presentan desequilibrios físicos, psicológicos y sociales, y la etiología de las enfermedades (predominantemente la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN)) es multifactorial. Factores genéticos, fisiológicos, sociales y de otro tipo influyen en las enfermedades y las desencadenan. Las urgencias se asocian normalmente a los países del primer mundo o desarrollados, pero no exclusivamente. Sin embargo, nos interesa su predominio en España, y en la Figura 4 se puede observar el espectacular aumento de casos registrados de AN y BN, con un incremento de 14.659 casos en 2011 a 79.202 casos en 2020; un aumento de casi 5 veces. [10,11]

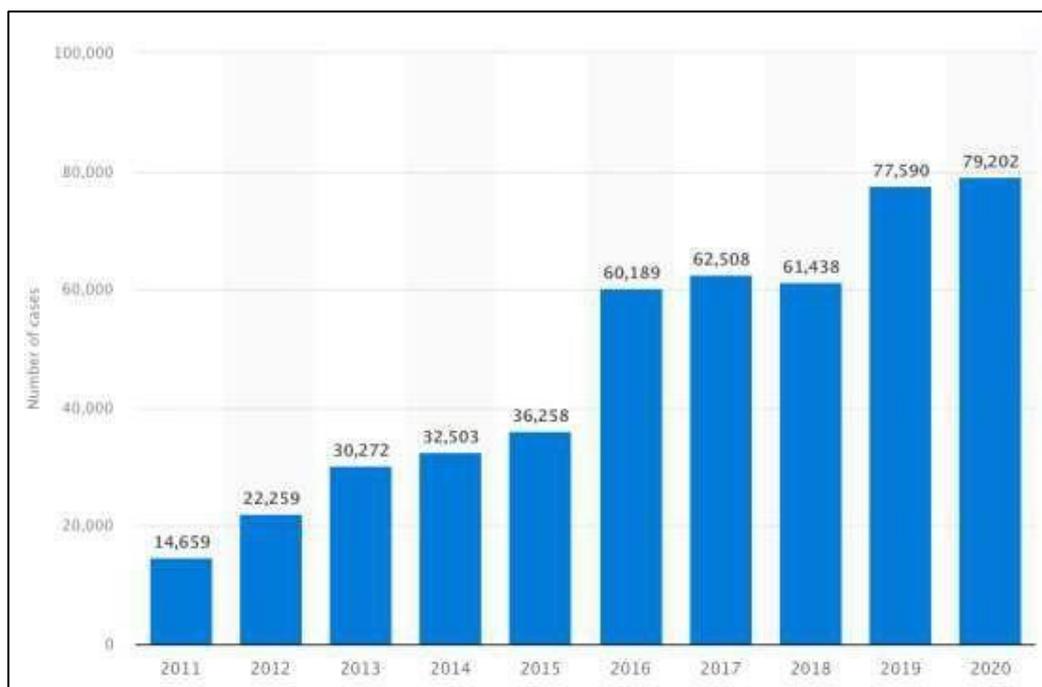


Fig. 4 Número de casos de anorexia nerviosa o bulimia registrados en España de 2011 a 2020 [10,11].

2.3 Guías y normas

Guía para una dieta sana

A) La Dieta Mediterránea (DM)

Según un panel de expertos de US News & World Report, *la dieta mediterránea ha sido nombrada por quinto año consecutivo la mejor dieta*. Está "basada en los hábitos tradicionales de regiones de Grecia, Italia y España", rica en alimentos vegetales, con cantidades moderadas de proteínas magras y grasas saludables. En colaboración con la Escuela de Salud Pública de Harvard y la Organización Mundial de la Salud, Old ways, un grupo de expertos en alimentación sin ánimo de lucro de Boston ha elaborado una pirámide de la dieta mediterránea (Fig. 5) de fácil comprensión para el consumidor, que ofrece directrices sobre cómo llenar el plato -y quizá una copa de vino- al estilo mediterráneo.

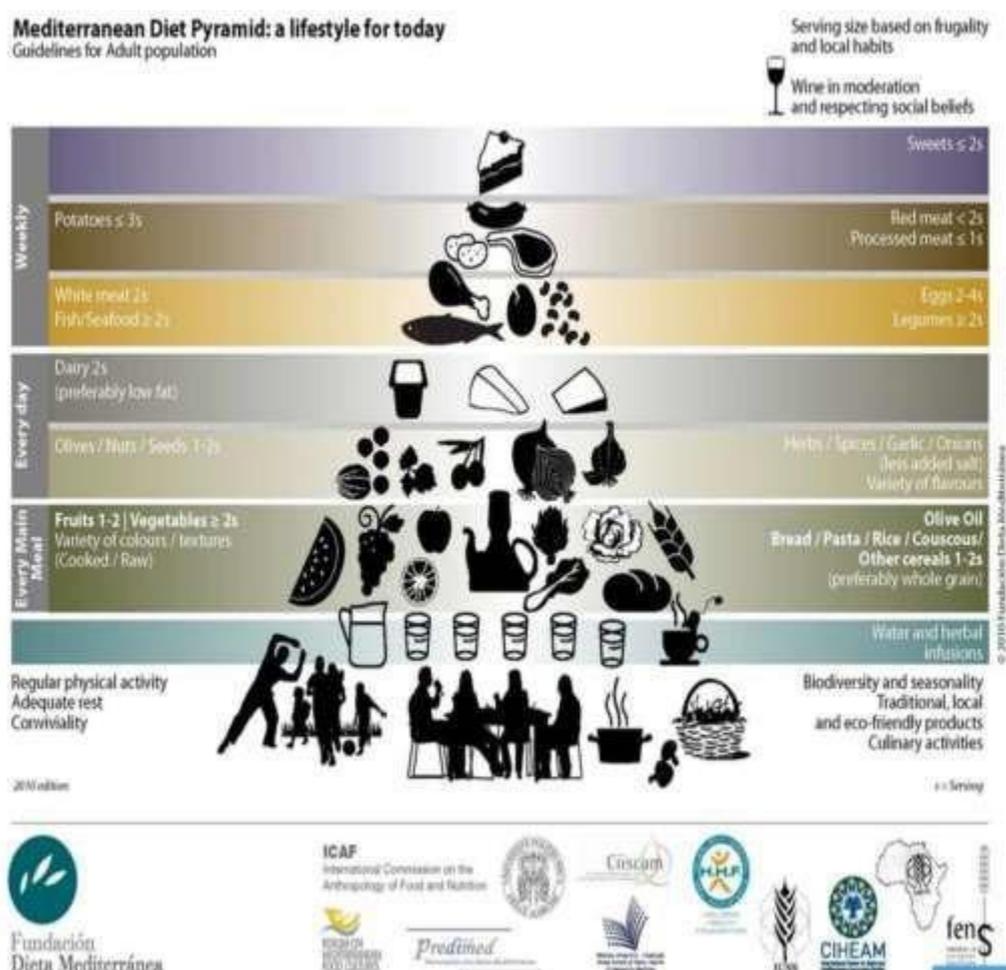


Fig. 5 Pirámide de la Dieta Mediterránea

Esta pirámide muestra cómo se alimentan los países ribereños del Mediterráneo, las llamadas "zonas azules", donde la gente suele vivir más tiempo y con mejor salud. La dieta mediterránea consiste en alimentos de origen vegetal, como frutas y verduras, patatas, cereales integrales, alubias, frutos secos, semillas y aceite virgen extra; un consumo moderadamente alto de pescado; un consumo bajo de carne roja, aves y azúcar; un consumo moderado de lácteos (preferiblemente bajos en grasa),

normalmente queso y yogur; y un consumo moderado de etanol (en forma de vino). [12]

Sin embargo, ¿cuál es el secreto para que esta dieta sea la mejor?

i) Nutrientes de la dieta mediterránea comparados con las pautas de ingesta diaria de nutrientes en EE.UU.

Al comparar la Dieta Med con las directrices sobre la ingesta diaria de nutrientes en una dieta estadounidense, observamos que sólo la supera en grasa total, calcio y en vitamina A y B para las mujeres y hierro para los hombres, y que a pesar de esos resultados sigue siendo casi idéntica a la recomendación para estadounidenses de 19 a 50 años. Demostrando que la Dieta Med está entre las recomendadas y que puede considerarse una de las mejores. [13]

ii) Importancia del aceite de oliva

Por otro lado, el aceite de oliva es uno de los imprescindibles de la Dieta Med, ya que el Dr. Ramón Estruch considera que "el aceite de oliva es la clave de la dieta mediterránea". El consumo de cuatro a cinco cucharadas soperas de aceite de oliva virgen extra crudo al día no sólo previene las enfermedades cardíacas, sino también el deterioro cognitivo y la depresión [14].

iii) Estilo de vida mediterráneo

El patrón dietético general dentro de la Dieta Med desempeña un papel adicional, por ejemplo, el alto contenido en fibra afecta positivamente al microbioma, y aún más las miríadas de microcomponentes no grasos. Por lo tanto, el patrón dietético, así como la diversidad de la dieta per se, presentan una composición sana y equilibrada con energía, macro y micronutrientes que se ajustan perfectamente a la mayoría de las directrices nutricionales. Además, los factores ambientales, socioculturales y de estilo de vida parecen presentar una condición previa adicional de suma importancia para que esta dieta sea eficaz en la inmunomodulación. Los alimentos cultivados localmente y de forma sostenible, mínimamente procesados y consumidos frescos, preparados en casa, comidos en una agradable convivencia familiar, el consumo moderado de vino, así como las personas que descansan después de la comida, junto con la actividad física regular, todos estos factores parecen ser equipos necesarios para que la Dieta Med afecte positivamente a la salud humana. Además, no hay que subestimar el hecho de que las poblaciones mediterráneas viven en entornos conectados con el mar, las costas y las montañas, lo que les permite ejercitarse en la vida cotidiana dentro de su milenaria evolución histórica. Por lo tanto, todos estos factores deben tenerse en cuenta a la hora de realizar estudios de transferibilidad de esta dieta a personas de todo el mundo[15].

B) Guías Alimentarias Españolas

El estilo de vida mediterráneo es crucial para las directrices dietéticas españolas.

Guía alimentaria

España utiliza una pirámide alimentaria con recomendaciones dietéticas acordes con la dieta mediterránea tradicional. La pirámide alimentaria se divide en grupos de alimentos clasificados en tres niveles de consumo: diario (cereales y productos integrales, frutas, verduras, aceite de oliva y productos lácteos), semanal (pescado, aves de corral, legumbres, frutos secos, patatas, huevos, carne roja y productos cárnicos) y ocasional (dulces, aperitivos y bebidas azucaradas).

La pirámide (Fig. 6) también incluye recomendaciones sobre la actividad física y qué alimentos tomar según el nivel de actividad física.



Fig.6 Pirámide de la alimentación sana. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)

Por último, las directrices españolas incluyen los siguientes mensajes:

- Disfruta de alimentos variados. Divide tu ingesta diaria de alimentos en cinco o seis comidas pequeñas, por ejemplo: desayuno, tentempié, comida, merienda y cena.
- El desayuno es una comida importante en tu dieta.
- Come muchos cereales, preferiblemente integrales.
- Intenta comer cinco raciones de fruta y verdura al día.
- Consume leche y productos lácteos todos los días.
- Come pescado de dos a cuatro veces por semana.
- Coma pequeñas cantidades de grasa y alimentos ricos en grasa.
- Utiliza grasas buenas, como ácidos grasos insaturados (aceite de oliva), omega-6 (aceite de girasol y de soja) y omega-3 (frutos secos y aceite de soja y pescados grasos).
- Prefiera los carbohidratos y los alimentos ricos en fibra.
- Limite el consumo de sal a menos de 5 g al día.
- El agua es la mejor bebida: bebe al menos 1,5 litros cada día.
- Vigila tu peso y mantente activo. Realice actividad física con regularidad. [16]

Por otro lado, la siguiente tabla se centra en el consumo diario y ocasional de líquidos recomendado para un adulto español medio. [17]

Consumo diario	Consumo ocasional
Agua del grifo, mineral o de manantial con un contenido limitado de sal	Bebidas con sacarosa
Agua del grifo o mineral con mayor contenido en sal; refrescos sin azúcar ni fructosa, bebidas sin calorías; té, café o infusiones sin azúcar.	Fructosa u otras bebidas azucaradas, con o sin gas.
Bebidas con contenido calórico y nutrientes interesantes: zumo fresco, leche o bebidas lácteas bajas en grasa y sin azúcar añadido, bebidas vegetales o de soja bajas en grasa; cerveza sin alcohol; bebidas para deportistas, té, café o infusiones azucarados.	Bebidas alcohólicas
Balance global	10 copas + comida + bebida

2.4 Iniciativas nacionales y locales

España ha desarrollado numerosos programas nacionales y locales para concienciar sobre el problema de la obesidad, y en la siguiente sección destacaremos los programas nacionales y locales más importantes.

a. Campañas nacionales

En 2005 el Gobierno de España, AESNA (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) puso en marcha la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), y en 2011 la Estrategia NAOS fue consolidada e impulsada por la Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición. El lema de la campaña estratégica es "¡Come sano y muévete!" cuyo objetivo principal era prevenir el sobrepeso y la obesidad y contribuir a cambios en el estilo de vida.

Las principales líneas estratégicas de actuación de la Estrategia NAOS abarcan todo el ciclo vital, priorizando las medidas dirigidas a la infancia, y adolescencia y con especial atención a las necesidades de los grupos socioeconómicos más vulnerables y son las siguientes: [18,19]

Protección de la salud

La Estrategia NAOS desarrolla acciones e intervenciones específicas con enfoques comunes, para proteger la salud de forma más eficaz basándose en la evidencia científica, facilitando el acceso a una alimentación variada, equilibrada y más moderada tanto en calorías, como en contenido de grasas, azúcares y sal, promoviendo la reformulación de los alimentos, y proporcionando la información más adecuada que facilite decisiones y elecciones más saludables en el consumidor, ayudando a crear entornos para la adopción de estilos de vida más activos, y reduciendo la presión del marketing alimentario en los niños a través de un código de autorregulación publicitaria, el Código PAOS[18,19].

Prevención y promoción de la salud

Todas las políticas sanitarias europeas y mundiales han ido estableciendo

recomendaciones y declaraciones en las que se insta a los países a emprender acciones preventivas, como piedra angular de

la respuesta mundial a las enfermedades no transmisibles (ENT) y a lo largo de todo el ciclo vital. Por ello, la Estrategia NAOS establece líneas de actuación y acciones específicas, integrales y multisectoriales que contribuyan a reducir el grado de exposición de las personas y poblaciones a los factores de riesgo modificables (alimentación inadecuada y sedentarismo, inactividad física) y sus determinantes básicos, buscando siempre alianzas y esfuerzos comunes y así fortalecer los sistemas de salud y vigilancia, y mejorar la prevención y el control, así como reducir la carga de las enfermedades no transmisibles relacionadas.

Entre las acciones de prevención de la obesidad y las enfermedades asociadas, se llevan a cabo acciones de sensibilización dirigidas a distintos grupos de población sobre los beneficios de una dieta sana y variada y de la actividad física. El objetivo es establecer estrategias didácticas de comunicación e información sencillas y adecuadas que faciliten cambios en los estilos de vida y que la población adquiera ciertos conocimientos que permitan a los consumidores ser más exigentes con su salud y tomar decisiones más adecuadas en sus hábitos alimentarios. y de actividad física. Algunas de las acciones de sensibilización y concienciación pueden consultarse en las secciones Educa NAOS, Campañas y Publicaciones.

También se llevan a cabo acciones de información y visibilidad, como la Convención NAOS, un foro anual de actualización y debate en el que participan expertos de reconocido prestigio, y los Premios Estrategia NAOS, cuyo objetivo es reconocer y dar visibilidad a aquellas acciones o programas que contribuyen a la prevención de la obesidad, a través de la promoción de una dieta saludable y la práctica de actividad física regular, en el marco de la Estrategia NAOS. Se llevan a cabo acciones de colaboración multisectorial a través de la coordinación y cooperación entre los diferentes niveles administrativos (regional y local) con el objetivo de implementar programas efectivos en los diferentes niveles con un enfoque cercano al ciudadano y apoyando el papel de los gobiernos, regional y local.

Además, se han desarrollado programas de intervención y buenas prácticas en la población, como el Programa Fifty-Fifty, dirigido por el Dr. Valentín Fuster, con el fin de mejorar integralmente la salud en adultos modificando sus hábitos de salud a través de la educación entre iguales [20, 21, 22].

Seguimiento y evaluación

La Estrategia NAOS cuenta con el Observatorio del Estudio de la Nutrición y la Obesidad, como sistema de monitorización y seguimiento para controlar la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en la población española y sus factores determinantes, y evaluar si las actuaciones llevadas a cabo en este ámbito de actuación están siendo eficaces.

El Observatorio se creó formalmente por Acuerdo del Consejo de ministros en desarrollo del artículo 38 de la Ley 17/2011, de Seguridad Alimentaria y Nutrición y se configuró como un sistema de información para conocer la situación nutricional y la evolución de la obesidad en la población española y como una plataforma de encuentro de todos los agentes implicados en la que confluyen los objetivos de la Estrategia NAOS (promoción de una alimentación saludable y práctica de actividad física). El Observatorio es un órgano colegiado, adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, cuyo presidente es el Dr. Valentín Fuster y está integrado por miembros en los que están representados los principales agentes implicados en este ámbito: administraciones estatales, autonómicas, locales, sociedades científicas, colegios profesionales, asociaciones de consumidores, industria alimentaria y de bebidas y sectores de restauración y distribución.

- El Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria (PNCOCA) es el documento que describe los sistemas de control oficial a lo largo de toda la

cadena alimentaria en España, desde la producción primaria hasta los puntos de venta al consumidor final. El Plan es completo y exhaustivo y describe las actuaciones de control oficial de las distintas Administraciones Públicas españolas.

- El Plan Nacional se evalúa mediante la elaboración de un **informe anual** sobre los resultados del control oficial , que se envía anualmente a la Comisión Europea y a las Cortes Generales.
 - Recomendaciones de Actividad Física para la salud y la reducción del sedentarismo en la población (incluye recomendaciones en población de 0 a 17 años). Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (2015) del MSSSI. Asumido por la Estrategia NAOS en 2015
 - Colaboración PLAN para la mejora de la composición de alimentos y bebidas y otras medidas 2020
 - Campañas de nutrición y actividad física (véase más abajo el ejemplo de 2018)
 - El **Día Nacional de la Nutrición (DNN)** se celebra el 28 de mayo y es una iniciativa organizada anualmente por la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD), en colaboración con la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), en la que se recuerda la importancia de mantener unos hábitos para toda la vida. El lema elegido para la XVII Edición del Día Nacional de la Nutrición ha sido **"Legumbres: Tu opción saludable todo el año"** con el fin de informar a toda la población española de la importancia de incorporar este alimento a la dieta semanal tanto de adultos como de niños en todas las estaciones del año.
 - **Premios** - El 14 de julio de 2022 se publicó en el BOE nº 168 la convocatoria de los XVI Premios Estrategia NAOS, edición 2022, por Resolución de 6 de julio de 2022, de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición del Ministerio de Consumo [23, 24, 25].

b. Campañas locales - La Gasol Foundation

La Gasol Foundation fue fundada en 2013 por los hermanos Pau y Marc Gasol, campeones de la NBA. Originarios de España, los Gasol han acaparado la atención nacional e internacional tanto por sus logros deportivos como por su dedicación a la filantropía. Desde muy jóvenes han compartido su pasión por la salud infantil, inspirados por sus padres, ambos en el campo de la medicina.

Reconociendo que la obesidad infantil es uno de los mayores retos que amenazan la salud de los niños hoy en día, Paul y Marc se comprometieron a combatir la pandemia de obesidad infantil aprovechando sus plataformas, relaciones y recursos financieros para proporcionar al mayor número posible de niños los conocimientos y herramientas necesarios para llegar a la edad adulta física y mentalmente equipados para llevar una vida sana, productiva y exitosa [26].

Entre los estudios de la Gasol Foundation figuran:

- El estudio PASOS 2019, liderado por la Gasol Foundation, evalúa el nivel de actividad física, sedentarismo, estilos de vida y obesidad de la población infantil entre 8 y 16 años. Esta iniciativa surge de la necesidad de disponer de datos científicos actualizados sobre la realidad del estado de salud de los menores. El estudio se ha realizado mediante una muestra representativa y con métodos objetivos. En total, han participado 3.887 menores de 247 centros educativos, de las 17 comunidades autónomas, que han sido evaluados por 13 grupos de investigación de toda España.
- SantBoiSà es el mayor estudio de cohortes sobre obesidad infantil realizado en España. El primer estudio se realizó en 2015 con 160 chicos y chicas en Sant

Boi de Llobregat (Barcelona). En 2016, el número total de participantes aumentó sustancialmente hasta 792. Y en 2017, un total de 854 niños y niñas participaron en el estudio. La continuidad

en el tiempo del estudio SantBoiSà permite conocer la evolución de los hábitos de vida saludables y el estado ponderal de los menores, cubriendo así una falta de evidencia científica en nuestro entorno sobre la asociación entre hábitos de vida saludables y estado ponderal en este grupo de edad. [27,28]

Agradecimientos

Los autores desean agradecer el inestimable apoyo y ayuda en la recogida de datos y la corrección de pruebas de **Aina McFarland** (Universidad de Nottingham, Reino Unido).

Referencias

- [1] Tedros, M. "Día Mundial de la Obesidad 2022", en <https://www.worldobesityday.org/> .
- [2] Mundo Salud Organización. "España, 2022 en <https://www.who.int/about/governance/constitution> .
- [3] Eurostat 2019. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/overview> .
- [4] Observatorio Mundial de la Obesidad "Prevalencia de la obesidad" 2022 en https://data.worldobesity.org/country/spain-199/#data_prevalence .
- [5] Ross, R., Neeland, I.J., Yamashita, S. et al. "Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity". *Nat Rev Endocrinol* 2020, 16:177-189, en <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0310-7> .
- [6] Mouzo, J. "El 80% de los hombres y el 55% de las mujeres en España tendrán sobrepeso en 2030: estudio", *El País*, Barcelona, 2019 en https://english.elpais.com/elpais/2019/01/10/inenglish/1547131751_501777.html .
- [7] Global Obesidad Observatorio "Obesidad Atlas 2022", España, 2022 en <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=15#ES> .
- [8] Hernández, A; Zomeño, M; Dégano, I; Pérez-Fernández, S; Goday, A; Vila, J; Civeira, F; Moure, R; Marrugat, J, "Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y estimación del sobrecoste directo para el sistema sanitario español" *Revista Española de Cardiología*, 2019, 72:916-924, en <https://www.revespcardiol.org/es-exceso-peso-espana-situacion-actual-articulo-S0300893218303877> .
- [9] Janssen F, Bardoutsos A, Vidra N: "Obesity Prevalence in the Long-Term Future in 18 European Countries and in the USA", *Obes Facts* 2020; 13:514-527. doi: 10.1159/000511023.
- [10] Benítez, AM; Sánchez, S; Bermejo, ML; Franco, L; García-Herraiz, MA; Cubero, J; "Análisis del Riesgo de Padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria en jóvenes estudiantes universitarios de Extremadura".(España)"Badajoz, España,2019 at https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n54/en_1695-6141-eg-18-54-124.pdf .
- [11] Número de casos de anorexia nerviosa o bulimia registrados en España de 2011 a 2020, en <https://www.statista.com/statistics/1192863/number-of-cases-of-anorexia-nervosa-or-bulimia-spain/> .
- [12] Landsverk, G. "Mediterranean diet ranked as best diet of the year for 5th time " *Insider*, 2022 at <https://www.insider.com/mediterranean-diet-ranks-healthiest-way-to-eat-for-5th-year-2021-12> .
- [13] Hinzey, E. "Guía de la dieta mediterránea", *US News*, 2022 en <https://health.usnews.com/best-diet/mediterranean-diet> .

- [14] "El aceite de oliva es la clave de la dieta mediterránea", Fórum Gastronómico Barcelona, 2022 en https://www.qcom.es/alimentacion/olive-oils-from-spain/olive-oil-is-the-key-to-the-mediterranean-diet_25836_2727_27946_0_1_in.html.
- [15] Mazzocchi A, Leone L, Agostoni C, Pali-Schöll I. Los secretos de la dieta mediterránea. ¿Es importante [sólo] el aceite de oliva? *Nutrients*. 2019; 11(12):2941. doi: 10.3390/nu11122941. PMID: 31817038; PMCID: PMC6949890.
- [16] Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación - "Food based dietary Guidelines-Spain", 2022 en <https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/regions/spain/en/>.
- [17] Castillo, D; Iriondo-DeHond, A. "Los principios de una dieta sana", Future Learn, 2022 en <https://www.futurelearn.com/info/courses/nutrition-for-health/0/steps/213595>.
- [18] Premios Naos 2022 en https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/ampliacion/Premios_NAOS_2022.htm.
- [19] Premios Naos 2022 en https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/PLAN_COLABORACION_2020.pdf.
- [20] "Preventing Noncommunicable diseases", Organización Mundial de la Salud, 2022 en <https://www.who.int/activities/preventing-noncommunicable-diseases>
- [21] Neira M, de Onis M. La estrategia española para la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad. *Br J Nutr*. 2006; 96(Suppl 1):S8-11. doi: 10.1079/bjn20061690. PMID: 16923257.
- [22] "Epidemiología de la obesidad en España. Dietary Guidelines and Strategies for Prevention", *Journal for Vitamin and Nutrition International Research*, 2006 en https://www.researchgate.net/publication/6560187_Epidemiology_of_Obesity_in_Spain_Dietary_Guidelines_and_Strategies_for_Prevention.
- [23] "Más personas con trastornos alimentarios desde la pandemia", In Spain News, 2021 en <https://inspain.news/more-people-with-eating-disorders-in-spain-since-the-pandemic/>.
- [24] Gómez-Donoso C, Martínez-González MA, Martínez JA, Sayón-Orea C, de la Fuente-Arrillaga C, Bes-Rastrollo M. "Adherencia a las guías alimentarias de la población española y riesgo de sobrepeso/obesidad en la cohorte SUN". *PLoS ONE*, 2019; 14(12): e0226565. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226565>.
- [25] "Aumento de la prevalencia de los trastornos alimentarios observado durante la pandemia de Covid-19", *Clinical Trials Arena*, 2022 en <https://www.clinicaltrialsarena.com/comment/increased-prevalence-eating-disorders/>.
- [26] Gasol Foundation en <https://www.gasolfoundation.org/>.
- [27] Estudio de Sant Boisa en <https://www.gasolfoundation.org/santboisa-study/>.
- [28] Gasol Foundation en <https://www.gasolfoundation.org/energy-educating-nutrition-exercise-rest-and-goodness-to-youth/>.

3. Informe local lituano - Iniciativas nacionales de alimentación sana

Aelita Skarbalienė Universidad de
Klaipeda Klaipeda, Lituania
aelita.skarbaliene@ku.lt

César Agostinis - Sobrino
Universidad de Klaipeda Klaipeda,
Lituania cesaragostinis@hotmail.com

Resumen. *En los últimos años se han observado importantes cambios positivos en la organización de la nutrición infantil. En Lituania se ha creado un marco legal para mejorar la nutrición en pro de la salud infantil. Los principales actos jurídicos nacionales -la Ley Alimentaria de la República de Lituania, la Ley de Asistencia Sanitaria Pública y la Ley de Apoyo Social a los Alumnos- regulan la nutrición y la seguridad alimentaria de los niños. También hay importantes iniciativas de organizaciones no gubernamentales.*

3.1 Introducción

El número de adultos con sobrepeso y obesidad está aumentando en los países desarrollados y en vías de desarrollo, y el problema sigue siendo un importante reto para la salud pública en todo el mundo, incluida Lituania [1].

Según un estudio realizado por el Centro de Educación Sanitaria y Prevención de Enfermedades de Lituania, el 35,7% de la población adulta (19-64 años) y el 40,7% de la población anciana (65-75 años) tenían sobrepeso, y casi uno de cada cinco adultos y uno de cada tres ancianos eran obesos. [2]. Según un estudio coordinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Iniciativa de Vigilancia de la Obesidad Infantil (COSI), el 11% de los niños lituanos de siete años tenían sobrepeso y el 5% eran obesos [3]. Según los pronósticos sobre la prevalencia de la obesidad en Europa en 2025, los hombres lituanos estarán entre los más obesos (en tercer lugar, después de Irlanda y el Reino Unido) [4].

El peso corporal depende de muchos factores genéticos, de estilo de vida y ambientales. Se dice que la sociedad moderna vive en un entorno propicio a la propagación de la obesidad. La globalización del sistema alimentario se considera una de las principales causas de la epidemia de obesidad [5]. La industria alimentaria suministra un gran número de productos procesados de alto valor energético, ricos en grasas, azúcar y sal y pobres en fibra dietética, lo que provoca un aumento de la ingesta de alimentos [6]. Mientras tanto, la energía se utiliza cada vez menos. El trabajo físico pesado se ha reducido al mecanizarse y automatizarse muchos procesos de fabricación [7]. Cada vez es más frecuente ir y volver del trabajo en coche. La actividad física aumentó poco durante el tiempo de ocio, ya que la gente pasa mucho tiempo frente al televisor o el ordenador [8].

En Lituania, durante el examen médico preventivo anual obligatorio, el médico de familia o el pediatra miden la altura y el peso del niño, registran los resultados en el Certificado de Salud Infantil, calculan el valor numérico del índice de masa corporal (IMC) y marcan uno de los valores del IMC en el Certificado de Salud Infantil: peso normal, insuficiencia ponderal, sobrepeso u obesidad. En 2017, 274 227 niños fueron examinados para exámenes de salud, el 9,2% (25 222) no tenían una evaluación del IMC. En la evaluación de los niños de 7 a 17 años

cuyo IMC fue

valorado por un especialista durante un examen preventivo (249.005 niños), el 67,5% de ellos tenían un peso normal, el 15,41% tenían sobrepeso y el 6,18% eran obesos. La insuficiencia ponderal se detectó en evaluar los resultados de la evaluación del IMC en 2017 en los grupos de niños, no se observaron diferencias significativas [9].

En 2000-2002 se investigó a más de 9000 escolares de 7-18 años en las 5 ciudades más grandes y los asentamientos circundantes de Lituania. Estos datos se compararon con los de 1985. La prevalencia de sobrepeso y obesidad se estimó utilizando los puntos de corte de la International Obesity Task Force (IOTF). La prevalencia del sobrepeso en los niños y adolescentes lituanos era mayor entre los escolares más jóvenes en comparación con los adolescentes de más edad. El sobrepeso era menor entre las chicas de más edad en comparación con los chicos de más edad: 4,60%- 11,50%/4,80%-13,62% en las chicas/chicos de 7-13 años, frente a 1,50%- 6,60%/3,90%-9,50% en las chicas/chicos de 14- 18 años. La prevalencia del sobrepeso entre los adolescentes lituanos más jóvenes no cambió significativamente en los últimos 15 años, pero disminuyó ligeramente en los chicos de más edad y de forma demostrable en las adolescentes de más edad. En general, la prevalencia de sobrepeso entre los adolescentes lituanos es baja si se compara con la prevalencia de sobrepeso en niños de otros países [10].

3.2 Organización de la nutrición infantil y juvenil en Lituania

En los últimos años se han observado importantes cambios positivos en la organización de la nutrición infantil. En Lituania se ha creado un marco legal para mejorar la nutrición en pro de la salud infantil. Los principales actos jurídicos nacionales -la Ley Alimentaria de la República de Lituania, la Ley de Asistencia Sanitaria Pública y la Ley de Apoyo Social a los Alumnos- regulan la nutrición y la seguridad alimentaria de los niños.

En 2011, por orden del Ministro de Sanidad de la República de Lituania, se aprobó la "Descripción del procedimiento para la organización de comidas infantiles", se aprobaron una serie de recomendaciones sobre temas de nutrición infantil, el Ministerio de Agricultura coordinó el programa "Promoción del consumo de frutas y verduras, leche y productos lácteos en los centros educativos infantiles", para cuya ejecución se cuenta con el apoyo financiero de la Unión Europea. También se apoya la promoción del consumo de productos ecológicos y de productos cultivados de acuerdo con los sistemas nacionales de calidad agrícola y alimentaria en los centros educativos.

Sin embargo, independientemente de los cambios positivos, los datos de un estudio sobre hábitos alimentarios en escolares (coordinado por el Instituto de Higiene), realizado en 2016 y 2020, muestran que solo uno de cada dos escolares lituanos desayunaba cada día y esta situación no ha mejorado en cuatro años. También se observó un bajo consumo de verduras y frutas entre esta población, y la situación empeoró durante el estudio. Sólo uno de cada tres estudiantes consumía verduras (32,3%) y frutas (34,7%) a diario. Los datos mostraron que las niñas consumían verduras y frutas con más frecuencia que los niños. En este estudio, la edad también influyó en los hábitos de consumo de verduras y frutas: los alumnos de más edad consumían frutas con menos frecuencia que los más jóvenes.

En 2019 - 2020, los datos del estudio "Hábitos nutricionales, nutrición real y hábitos de actividad física de los niños en edad escolar" realizado por el Centro de Educación para la Salud y Prevención de Enfermedades muestran que, independientemente de la edad, uno de cada cinco niños consume alimentos poco saludables todos los días (una o varias veces al día) productos - patatas, maíz y otras patatas fritas, otros productos cocinados en grasa, asados o reventados.

Para mejorar la nutrición infantil en Lituania cooperan diversas instituciones, como la Comisión de Asuntos Sanitarios del Parlamento de Lituania, el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte, el Ministerio de Agricultura, el

Servicio Estatal de Alimentación y Veterinaria, el Instituto de Higiene, el Centro de Educación Sanitaria y Prevención de Enfermedades, la Asociación de Municipios Lituanos, las oficinas de salud pública de los municipios, las instituciones educativas, el Foro Lituano de Padres, la Sociedad Lituana de Dietistas, la Asociación de Dietistas, la Asociación de Jefes de Cocina y Pasteleros, etc.

3.3 Iniciativas del Ministerio de Sanidad para mejorar la alimentación sana y la actividad física de niños y adolescentes

Se llevó a cabo un estudio sobre nutrición y actividad física en niños en edad escolar. En este estudio, el consumo de verduras era similar al de frutas y bayas: sólo dos tercios de los niños las consumen a diario (una y varias veces al día) y casi un tercio sólo consumen verduras y frutas y bayas unas pocas veces a la semana. Aunque se observa un ligero descenso en el consumo de dulces, el 39,3% de los niños sigue consumiéndolos a diario (una y varias veces al día) y sólo uno de cada cinco los come muy raramente, varias veces al mes. Independientemente de la edad de los niños, uno de cada cuatro niños bebe diariamente (una y varias veces al día) bebidas carbonatadas y/o dulces de distinto tipo, y sólo el 41,9% las consume con poca frecuencia y muy poca frecuencia (varias veces al mes) o no las consume.

Para mejorar eficazmente la nutrición de los niños en grupos organizados, se ha preparado una descripción del procedimiento para organizar la nutrición infantil. Estipula que los niños deben recibir únicamente alimentos frescos (producidos el mismo día), de alta calidad y saludables mientras estén en centros educativos. Se prohíbe suministrar a los niños alimentos y bebidas grasos, dulces, con alto contenido en sal y otros alimentos y bebidas poco valorados y saludables, incluido el café y los productos que contengan determinados aditivos alimentarios y OMG. Se comprobó que los niños recibían abundantes verduras y frutas frescas, pan integral y otros alimentos saludables. A la hora de suministrar alimentos a los centros de educación infantil, se da prioridad a los productos procedentes de explotaciones ecológicas, a los productores de productos de calidad excepcional y a los productos que cumplen los criterios de la etiqueta "Keyhole". Se han designado observadores locales (especialistas en salud pública u otras personas autorizadas en el centro educativo) para supervisar la aplicación de este procedimiento, así como el control externo realizado por el Servicio Estatal de Alimentación y Veterinaria.

Para que los niños comprendan mejor el significado y los beneficios de una dieta y un estilo de vida sanos, el Ministerio de Sanidad ha ayudado al Ministerio de Educación y Ciencia a elaborar un "Currículo General de Educación para la Salud" en los centros que imparten programas de educación general. Su objetivo es garantizar el buen desarrollo de la salud de los niños en la escuela. Gran parte de este programa se dedica al desarrollo de la nutrición y un estilo de vida saludable.

En coordinación con el Ministerio de Agricultura, se está llevando a cabo un programa para promover el consumo de frutas y verduras y de leche y productos lácteos en los centros educativos infantiles, con el fin de formar hábitos alimentarios saludables y mejorar la nutrición de los niños. Durante la misma, se suministran gratuitamente frutas y verduras, sus zumos, leche y productos lácteos a los niños más pequeños de los centros educativos [11].

3.4 Recomendaciones del Consejo Nacional de Salud sobre un sistema de alimentación infantil más respetuoso con la salud en Lituania

Sugerencias y recomendaciones del Consejo Nacional de Salud para una nutrición eficaz y de calidad de niños y adolescentes:

- animar a los productores de alimentos a cambiar la composición de los productos alimenticios, para producir con menos sal, azúcar y grasas saturadas.

- Ampliar el número de niños que reciben comidas gratuitas en los centros de enseñanza general. Aumentar el volumen de programas aplicados por el Ministerio de Agricultura para proporcionar frutas y verduras a más niños y adolescentes.

- animar a los proveedores, fabricantes y entidades implicadas en la organización de comidas para niños y adolescentes a crear condiciones más favorables para la organización de comidas

para niños. Promover la implantación de cadenas cortas de suministro de alimentos. Fomentar el aumento del volumen de productos cultivados de conformidad con los sistemas nacionales de calidad agrícola y alimentaria. Promover el aumento de la producción y el suministro de productos ecológicos.

- revisar y completar el catálogo de productos alimentarios suministrados a los centros educativos, aumentando la posibilidad de adquirir productos ecológicos.

- Prestar atención a la calidad de los productos alimenticios ofrecidos a los centros educativos, al cumplimiento de las normas establecidas por la legislación y al control de los proveedores.

- una propuesta al Ministerio de Sanidad para que, junto con el Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte, ajuste las disposiciones de las normas lituanas de higiene "Programas escolares de educación general. Requisitos generales de salud y seguridad", que prevén el tiempo y la duración de las pausas, para garantizar el tiempo y la duración óptimos de las comidas.

- para regular quién puede preparar menús prospectivos, diarios y personalizados para niños y adolescentes. Se recomienda que lo hagan dietistas, especialistas con formación en el campo de los estudios de nutrición;

- adecuar la legislación que regula la habilitación de dietistas, ya que según la legislación actualmente vigente, los dietistas no pueden trabajar en instituciones educativas y/o oficinas de salud pública. Sin embargo, según las buenas prácticas de los municipios, los dietistas en instituciones educativas y oficinas de salud pública son necesarios cuando desempeñan las funciones de organización alimentaria o su supervisión.

- evaluar el impacto de los programas de promoción del consumo de frutas y verduras, leche y productos lácteos en las tasas diarias recomendadas de nutrientes y energía para los niños.

- Esforzarse por lograr una participación más eficaz de las comunidades de los centros educativos, resolver los problemas relacionados con la organización de las comidas y aumentar la disponibilidad y el suministro de una alimentación sana.

- permitir a las comunidades de los centros de enseñanza tomar decisiones sobre la organización de las comidas y la compra de productos alimenticios.

- capacitar y prestar asistencia metodológica a los responsables de los centros de enseñanza, organizando los procedimientos de selección y supervisión de los proveedores de productos y/o servicios alimentarios, garantizando los máximos niveles de calidad de las actividades de los productos y proveedores alimentarios.

- regular las responsabilidades entre sectores. Evaluar las peculiaridades de la alimentación infantil en los municipios, los retos de la organización de las comidas (infraestructuras, personal, actitud, etc.) y resolver de forma integral las cuestiones de la organización de las comidas, la mejora de los hábitos alimentarios de los niños, el desperdicio de alimentos, la aplicación del sistema de bufé en los centros educativos municipales, independientemente de sus subordinados. Implicar a los padres, las organizaciones no gubernamentales, la sanidad, la educación y otros sectores en los procesos de toma de decisiones.

- esforzarse por estrechar la cooperación entre los centros educativos, sus administraciones, las oficinas de atención sanitaria pública y los Servicios Alimentarios y

Veterinarios para resolver los problemas de incumplimiento.

- difundir ejemplos de buenas prácticas, llevar a cabo la educación y formación de padres, alumnos y entidades implicadas en la organización de comidas en materia de nutrición para niños y adolescentes.
- regular los requisitos de cualificación de las personas que preparan alimentos en los centros educativos, organizar la mejora de la cualificación.
- animar a los fabricantes a garantizar el máximo nivel de calidad de los productos alimenticios suministrados a niños y adolescentes.
- garantizar que los productos alimenticios suministrados a los centros de enseñanza cumplen los requisitos.
- animar a los agricultores y productores a suministrar productos ecológicos a instituciones educativas, de asistencia social y de otro tipo que ofrezcan comidas a niños y adolescentes.
- organizar la mejora de la competencia y cualificación de las entidades que participan en el proceso de alimentación de niños y adolescentes.

3.5 Recomendaciones de los especialistas lituanos en salud pública

Las investigaciones demuestran que los hábitos alimentarios de niños y adolescentes no son adecuados: consumen demasiados dulces, patatas y otras patatas fritas, y consumen muy pocas verduras y frutas.

Para que la alimentación de los niños y adolescentes sea sana y equilibrada, es necesario prestar atención a los principios fundamentales de una alimentación sana. Se distinguen los tres principios más importantes de una alimentación sana: moderación, variedad y equilibrio. Juntos forman un sistema completo y son muy importantes para una dieta sana.

Los especialistas en salud pública recomiendan que los niños y adolescentes

- Come verduras y frutas varias veces al día, sobre todo frescas. Se recomienda consumir al menos 400 g de frutas y verduras, excluidas las patatas.
- Come pan integral, cereales y pasta varias veces al día. Además de energía, estos productos aportan al organismo proteínas, fibra, minerales (por ejemplo, K, Ca, Mg) y vitaminas (C, B6, ácido fólico, carotenoides).
- Coma carne magra, legumbres, pescado y aves de corral. Las legumbres, los frutos secos, la carne, las aves y los huevos aportan proteínas y hierro al organismo de niños y adolescentes.

No sólo las proteínas animales, sino también las vegetales obtenidas de leguminosas y cereales son valiosas.

- Utiliza leche desnatada y productos lácteos desnatados. La leche y los productos lácteos son una fuente de proteínas y de algunas vitaminas y minerales. Estos productos contienen mucho calcio, que es especialmente útil para que los niños y adolescentes de todas las edades lo obtengan con la comida. El calcio es necesario para la formación y el crecimiento de los huesos y los dientes de los niños.

- Se recomiendan los productos alimenticios con bajo contenido en azúcar; las bebidas dulces, los caramelos y los dulces deben consumirse poco y en raras ocasiones. Los alimentos ricos en hidratos de carbono simples (azúcar, glucosa, fructosa, maltosa, jarabe de maíz, etc.) suelen tener muy pocos otros nutrientes valiosos, por lo que sólo pueden ser una fuente de energía. El consumo de azúcar se considera un factor de riesgo de caries si la higiene bucal es deficiente.

- Come alimentos sin sal. La cantidad total de sal en los alimentos, incluida la ingesta de comida, no debe superar los 4-5 gramos al día. Es aconsejable utilizar sólo sal yodada.

- Beba una cantidad suficiente de líquidos. Es muy importante que el cuerpo reciba una cantidad suficiente de líquidos durante el día. Obtenemos parte de los líquidos con la comida, pero para compensar el agua perdida, es necesario beber alrededor de 1,2-2 litros al día, dependiendo de la edad del niño/adolescente. Cuanto más pequeño es el niño, mayor es la necesidad fisiológica de agua por kilogramo de peso corporal y día. Se

recomienda a los niños y adolescentes que beban agua potable, agua mineral natural mineralizada o débilmente mineralizada [12].

3.6 Iniciativas no gubernamentales

También hay grandes iniciativas de organizaciones no gubernamentales. Representantes de organizaciones no gubernamentales organizan campamentos de nutrición sana y actividad física para adolescentes, explican los principios de la nutrición sana y crean recetas de nutrición sana para niños y adolescentes. Actualiza los consejos sobre el contenido de las fiambreras cuando empieza el curso escolar. Algunas de las recomendaciones se analizan con más detalle más adelante.

10 principios de nutrición saludable para niños y adolescentes

1. Las comidas de niños y adolescentes deben ser regulares

Según los requisitos establecidos, los niños y adolescentes deben comer regularmente al menos 3 veces al día (mejor aún, cinco). El desayuno y la cena deben constituir el 20-25% del valor

energético diario, el almuerzo el 30-40% y los tentempiés intermedios el 10-15% cada uno. Los niños y adolescentes deben ser

alimentado al menos cada 3,5 horas, ya que es necesario para mantener un nivel constante de azúcar en sangre y conservar la energía. Sólo manteniendo un nivel constante de azúcar en sangre no habrá picos de energía, el niño se sentirá con energía y no comerá en exceso durante la siguiente comida.

2. La dieta de los niños y adolescentes debe ser variada

Cada día, los padres deben servir distintos platos a sus hijos, pero no pueden ser, por ejemplo, patatas cocidas, patatas fritas, platos de patatas y puré de patatas. Deben ser alimentos diferentes. Sólo así se garantiza que el organismo en crecimiento necesite todos los nutrientes valiosos.

Si hablamos de una guarnición o de las gachas del desayuno, cada día puede haber cereales diferentes: sémola de cebada, trigo sarraceno, arroz sin pulir, sémola de mijo, gachas de maíz, etc. También diferentes guarniciones vegetales de zanahorias y remolachas, no sólo de patatas. Una comida caliente debe consistir en productos ricos en proteínas (carne, aves, pescado, huevos, legumbres, leche y productos lácteos) y productos ricos en hidratos de carbono. Con una comida caliente deben servirse verduras o frutas o su ensalada. Para el desayuno, la opción más adecuada son los cereales integrales, las frutas y las bayas. Para la cena, también hay que tener en cuenta las proporciones de los alimentos en el plato. Predominan las verduras, los hidratos de carbono completos y los alimentos ricos en proteínas, es decir, legumbres, verduras, cereales, huevos y productos lácteos. Los tentempiés intermedios completos son los frutos secos, las semillas, los productos de cereales, las verduras y las frutas.

3. La alimentación de niños y adolescentes debe ser equilibrada

De acuerdo con las normas nutricionales recomendadas para niños y adolescentes recopiladas por el Ministerio de Sanidad, los niños y adolescentes deben recibir suficientes hidratos de carbono, proteínas, grasas y vitaminas, y minerales.

¿Cuál es la diferencia entre alimentos sanos y no sanos? La cantidad de hidratos de carbono, proteínas y grasas puede ser la misma, pero las vitaminas, minerales y sustancias fibrosas, ácidos grasos son mucho más en un plato sano. Los hidratos de carbono en la dieta diaria deben contener 45-60% (de los cuales los azúcares no son más del 10%), proteínas - 10-20%, grasas - 25-40% (de los cuales los ácidos grasos saturados hasta el 10%, y los isómeros trans de ácidos grasos no deben estar presentes).

Por supuesto, una dieta equilibrada no debe contener productos alimenticios poco saludables, que están prohibidos según la descripción de nutrición infantil no sólo en los centros educativos, sino que también deben prohibirse en casa.

Sólo una dieta equilibrada garantiza una sensación de saciedad, satisface todas las necesidades del organismo en crecimiento y el niño/adolescente crece sano.

4. La dieta de los niños y adolescentes debe ser moderada

Los niños/adolescentes tienen un sentido innato del hambre y la moderación. Si los adultos no les obligan a comer todo lo que hay en el plato, los niños tienen un buen sentido de la cantidad de comida necesaria. Sin embargo, es mucho más difícil sentir la moderación cuando se come comida poco sana, rica en azúcar refinada, sal, grasas refinadas y poca fibra. Muchos padres se han dado cuenta de que sus hijos pueden comerse en un instante una bolsa de gominolas que contenga hasta 90 g de azúcar. Son trucos de la industria alimentaria. Para evitarlo, hay que dar a los niños y adolescentes la oportunidad de comer sólo alimentos sanos. Hay que concienciarlos. Por ejemplo, analizando con los adultos la composición de los productos alimentarios y explicándoles por qué hay que preferir productos más sanos.

Por supuesto, la moderación también es necesaria a la hora de comer alimentos sanos. Por ejemplo, si come un kilo de manzanas, puede sufrir indigestión, flatulencias, etc. La necesidad de nutrientes depende de la edad, el sexo y la actividad física del niño.

5. Los alimentos para niños y adolescentes deben contener menos sal

A la hora de elegir productos alimenticios, uno de los principales criterios es la cantidad de sal. No debe superar 1 g/100 g de producto. Se calcula que ingerimos entre 2 y 5 g de sal con los productos que consumimos a diario (verduras, frutas, pescado, cereales). No sólo eso, sino que también consumimos alimentos con sal añadida. Por ejemplo, comer 100 g de salchicha ahumada contiene unos 4-5 g de sal.

Los habitantes de Lituania consumen casi el doble de sal de la que necesitan. Es necesario acostumbrarse a consumir menos sal desde una edad temprana, porque el exceso de sal es también uno de los factores que no sólo es desfavorable para la salud, sino que también destruye la percepción innata del sabor natural. Se recomienda coger un salero de la mesa y sazonar los alimentos con hierbas y especias saludables.

6. Los alimentos para niños y adolescentes deben contener menos azúcar

Las comidas para niños/adolescentes no deben contener más de 5 g/100 g de azúcar añadido, preferiblemente hasta 3 g/100 g. Al comprar alimentos envasados, se aconseja evitar aquellos en cuyas etiquetas se indique que el primer ingrediente es azúcar y en cuya declaración nutricional se indique que el contenido de azúcar es superior a 10 g/100 g del producto.

¿Por qué es malo el exceso de azúcar añadido y por qué no debe representar más del 5% de las calorías totales? Comer demasiados dulces hace que el páncreas produzca más insulina, lo que favorece la entrada del aminoácido triptófano en el cerebro. En ellos, la sustancia mencionada se convierte en la llamada hormona de la felicidad, la serotonina. Eleva el estado de ánimo, pero demasiada serotonina puede dañar el sistema endocrino, aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, el sistema inmunitario se desequilibra y el organismo no recibe vitaminas y minerales con el azúcar, sino que sólo la toma del cuerpo.

Cuando hablamos de azúcar añadido, no nos referimos al dulzor natural (por ejemplo, manzana, uva), sino al azúcar refinado, moreno, blanco y sin refinar, así como a la miel, el arce, el jarabe de fructosa, etc. Sólo se diferencian en la intensidad de las tecnologías de transformación y el valor nutritivo.

Por ejemplo, el azúcar refinado no tiene más que calorías: 100 g de azúcar son 100 g de hidratos de carbono, de los cuales 100 g son azúcares. La miel contiene 80 g de azúcar, lo que significa que también puede contener otros nutrientes valiosos. El zumo recién exprimido no contiene azúcar. A diferencia de la fruta, provocan una subida

brusca de los niveles de azúcar en sangre y un descenso instantáneo, ya que la fibra del zumo no suele estar presente.

La calidad de vida depende en gran medida de la cantidad de energía: si es constante o cambia constantemente. Por lo tanto, no se recomienda beber zumo fresco en grandes cantidades, sino dar preferencia a los cócteles elaborados con frutas, verduras y hortalizas enteras. Esto proporciona un ramillete de todos los nutrientes valiosos.

7. Los alimentos para niños y adolescentes deben contener menos grasa

Según las recomendaciones de la OMS, la alimentación de niños y adolescentes debe contener menos grasas saturadas (sus fuentes son la carne grasa, los productos lácteos grasos). Estas sustancias deben sustituirse por productos que contengan grasas insaturadas (frutos secos, pescado, semillas, aceite de oliva sin refinar prensado en frío, aceite de colza). Deben evitarse los isómeros trans de los ácidos grasos.

Por lo tanto, los alimentos para niños/adolescentes no deben contener productos con grasas parcialmente hidrogenadas o totalmente hidrogenadas. Deben evitarse los alimentos asados, reventados, fritos y rebozados. Está demostrado que el consumo excesivo de grasas poco saludables se asocia a enfermedades cardiovasculares.

8. Los alimentos para niños y adolescentes deben contener más fibra

Los niños de apenas un año ya deberían recibir fibra: 8-12,5 g/ 1000 kcal. Con los años, esta cifra debe aumentar, y en la adolescencia alcanzar la tasa diaria recomendada para los adultos: 25-35 g o unos 12,5 g/1.000 kcal. Los niños deben consumir más verduras, frutas y cereales. Deben evitarse los productos de harina refinada con muy poca o ninguna fibra. Se recomienda sustituirlos por cultivos de cereales completos, ya que no sólo se obtienen materias fibrosas, que mejoran la digestión, sino también vitaminas y minerales.

9. Las comidas para niños y adolescentes deben ser frugales

Los alimentos preparados para niños y adolescentes deben ser de alta calidad. Hay que intentar preservar su valor nutritivo, no contaminar los alimentos con sustancias cancerígenas. Es importante dar preferencia a un método de producción sostenible: cocer los alimentos en agua, guisarlos al vapor, procesarlos por convección u otro método que permita preservar el valor nutritivo del producto. Se recomienda hacer guisos más a menudo, no quemar ni cocer demasiado los alimentos: sólo así se conservan las sustancias valiosas.

10. Los niños y adolescentes sólo deben beber agua

Se debe dar preferencia al agua potable (a temperatura ambiente). El agua mineral natural y de manantial, así como otras bebidas, debe ser sin gas. El agua puede aromatizarse con frutas, verduras, hierbas o sus productos, sin azúcar añadido ni aditivos alimentarios [13].

Productos recomendados para las fiambreras de niños y adolescentes: frutas, bayas, verduras, platos de harina (tortitas, magdalenas, pasteles), sándwiches y tortillas, frutos secos y productos lácteos.

- Frutas frescas y bayas: manzanas, nectarinas, melocotones, arándanos, plátanos, kiwis (cortados en rodajas y comidos con cuchara), mandarinas y otras frutas frescas o bayas favoritas.

- Frutas y bayas secas, liofilizadas: plátanos, frambuesas, mangos, uvas, dátiles, ciruelas, albaricoques, higos. Dé preferencia a las frutas y bayas deshidratadas ecológicas, sin el conservante dióxido de azufre ni otros aditivos alimentarios, así como sin azúcares añadidos.

- Verduras frescas: tomates, pepinos, zanahorias crujientes, pimientos, hojas de lechuga crujientes y otras verduras. También puede ser brócoli o coliflor al vapor con una pizca de sal y un chorrito de aceite.

- Productos en escabeche y en conserva: aceitunas, que pueden marinarse con sus

ingredientes favoritos, legumbres (alubias, garbanzos), que pueden hornearse y servirse como chips dulces o salados.

- Otros productos: favoritos diversos frutos secos o semillas - girasol, pipas de calabaza, anacardos, bertoletia, piñones, almendras, frutos secos tostados sin sal o sus mezclas o incluso mantequilla de frutos secos. También diversos productos lácteos: queso duro, queso en barra, requesón y yogur. Platos a base de productos lácteos: tarta de requesón, requesón, magdalenas de requesón, etc. [14].

3.7 Conclusiones

El sobrepeso y la obesidad han alcanzado proporciones epidémicas, y más de 4 millones de personas mueren cada año como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. El sobrepeso y la obesidad, antes considerados un problema exclusivo de los países de renta alta, están aumentando drásticamente en los países de renta baja y media, sobre todo en los entornos urbanos. En Lituania, el 35,7% de la población adulta (19-64 años) y el 40,7% de la población anciana (65-75 años) tenían sobrepeso, y casi uno de cada cinco adultos y uno de cada tres ancianos eran obesos.

Teniendo esto en cuenta, se han observado cambios positivos significativos en las organizaciones sanitarias de la nutrición infantil con el desarrollo de cuestiones legales para la aplicación de un comportamiento alimentario saludable en niños y adolescentes, tales como: la Ley Alimentaria de la República de Lituania, la Ley de Asistencia Sanitaria Pública, la Ley de Apoyo Social a los Alumnos - que regulan la nutrición infantil y la seguridad alimentaria.

Se han preparado iniciativas del Ministerio de Sanidad para mejorar la calidad de la ingesta dietética en niños y adolescentes (*basadas en la composición general de la dieta, la ingesta calórica adecuada a distintas edades, los macronutrientes, los micronutrientes, el tamaño de las raciones y la elección de alimentos*) y se ha presentado a escala nacional una descripción del procedimiento para organizar la nutrición infantil. Por ejemplo, los niños deben recibir únicamente alimentos frescos, de alta calidad y saludables mientras estén en centros educativos. Están prohibidos los alimentos poco valorados y saludables. Se comprobó que los niños recibían abundantes verduras y frutas frescas, pan integral y otros alimentos saludables, y se han designado observadores locales para supervisar/controlar la aplicación de este proceso. Además, se elaboró un "Currículo General de Educación para la Salud" en las instituciones que aplican programas de educación general, cuyo objetivo es garantizar el desarrollo satisfactorio de la salud de los niños en la escuela (desarrollo de la nutrición y de un estilo de vida saludable).

A pesar de todos estos esfuerzos realizados por las instituciones nacionales e internacionales, la carga que suponen la inactividad física y la mala alimentación sigue siendo un importante problema de salud pública. La prevalencia del sobrepeso en los niños y adolescentes lituanos no ha cambiado significativamente en los últimos 15 años, pero ha disminuido ligeramente en los chicos de más edad y de forma demostrable en las chicas adolescentes de más edad. En general, la prevalencia del sobrepeso entre los adolescentes lituanos es baja si se compara con la prevalencia del sobrepeso en niños de otros países. Sin embargo, los esfuerzos para Aumentar el acceso de la comunidad a alimentos saludables, promover esfuerzos para proporcionar frutas y verduras. En diversos entornos, fomentar el consumo de agua en lugar de bebidas azucaradas, así como garantizar que las entidades de gestión pública, como los programas extraescolares, las guarderías, los centros de ocio y los lugares de trabajo de las administraciones locales, apliquen políticas y prácticas que promuevan alimentos y bebidas saludables y reduzcan o eliminen la disponibilidad de alimentos hipercalóricos y pobres en nutrientes.

Así pues, aplicar políticas fiscales y ordenanzas locales para desincentivar el consumo de alimentos y bebidas hipercalóricos y pobres en nutrientes, además de promover campañas de marketing social y en los medios de comunicación sobre

alimentación sana y prevención de la obesidad infantil, debería ser una tarea diaria de responsabilidad de las instituciones asociadas a la salud pública nacional y municipal.

Referencias

- [1] Raskilienė A. Antsvoris Lietuvos gyventojų populiacijoje: paplitimo pokyčiai, susiję veiksniai ir lėtinių ligų rizika. Tesis doctoral, Kaunas: 2016.
- [2] Barzda A, Bartkevičiūtė R, Baltušytė I, Stukas R. *Salud pública* 2016; 72 (1): 85-94.
- [3] WijnhovenTM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health* 2014; 14: 806.
- [4] WijnhovenTM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health* 2014; 14: 806.
- [5] Robert 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): 2400-2409.
- [6] Elmadfa I, Meyer A, Nowak V, Hasenegger V, Putz P, Verstraeten R, et al. Informe europeo sobre nutrición y salud 2009. *Forum Nutr* 2009; 62: 1-405; Vandevijvere S, Chow CC, Hall KD, Umali E, Swinburn BA. El aumento del suministro de energía alimentaria como principal impulsor de la epidemia de obesidad: un análisis global. *Bull World Health Organ* 2015; 93 (7): 446-456.
- [7] Beenackers MA, Kamphuis CB, Giskes K, Brug J, Kunst AE, Burdorf A, et al. Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport-related physical activity among European adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9: 116.
- [8] Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Šakytė E, Kriaučionienė V, Veryga A. Lithuanian Adult Lifestyle Survey, 2014 Kaunas: Lithuanian Health University of Science, 2015.
- [9] Butkutė, U., Židonienė, I. "Vaikų sveikata". Vilnius: Higienos institutas, 2018+ pridėti pav. 2017 m. 7-17 m. amžiaus vaikų KMI įvertinimas.
- [10] Tutkuvienė J. (2007) Índice de masa corporal, prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes lituanos, 1985-2002. *Collegium antropologicum*, 31(1), 109-121.
- [11] LR Sveikatos apsaugos ministerija. Vaikų mityba. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/vaiku>.
- [12] <https://siauliurvsb.lt/2020/06/16/vaiku-sveikatai-palankios-mitybos-rekomendacijos-tevams/>.
- [13] <https://sveikataipalankus.lt/10-sveikatai-palankios-vaiku-mitybos-principu/>.
- [14] <https://sveikataipalankus.lt/ka-ideti-vaikams-i-mokykla-priespieciu-dezutes-planas-ir-receptai/>.

4. Reportaje local - Portugal

Anna Carolina Ribeiro¹, Manuela Meireles², Olívia Galvão³, Ana Machado¹, Diana Silva¹, Juliana Almeida-de-Souza², Vera Ferro-Lebres²

¹Instituto Politécnico de Braganza

²Centro de Investigación de la Montaña (CIMO), Instituto Politécnico de Braganza

³Escuela de Salud, Instituto Politécnico de Braganza (visitante)

Braganza, Portugal

annacortezribeiro@gmail.com; manuela.meireles@ipb.pt; oliviagalvao@terra.com.br;
ana.machado@ipb.pt; diana.silva@ipb.pt; julianaalmeida@ipb.pt; vferrolebres@ipb.pt

Resumen. *La obesidad representa uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. En Portugal, más de la mitad de la población adulta tiene sobrepeso y la obesidad alcanza a 1,5 millones de personas mayores de 18 años. En el centro de estas cifras se encuentra un estilo de vida desequilibrado: hábitos alimentarios inadecuados e inactividad física. Al analizar la obesidad infantil, todas las regiones portuguesas mostraron un descenso en la prevalencia del sobrepeso (incluida la obesidad), aunque sigue siendo una situación alarmante. Se cree que la base de esta tendencia positiva es el aumento de la política alimentaria y los programas nacionales destacados de los últimos años. Portugal presenta su propia guía alimentaria: la Rueda Alimentaria Portuguesa y directrices destinadas a mejorar el estado nutricional de la población. Además de las políticas públicas, como campañas, descodificador de etiquetas y reformulación de productos alimentarios, existen iniciativas regionales y locales, para promover hábitos alimentarios saludables y un estilo de vida activo.*

4.1 Introducción

Los niveles globales de obesidad han ido en aumento en las últimas 4 décadas, representando uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. La enfermedad está relacionada con un aumento de la morbilidad, la mortalidad y los costes asociados. En la región europea de la OMS, uno de cada tres niños en edad escolar, uno de cada cuatro adolescentes y casi el 60% de la población adulta se enfrentan al reto de la obesidad[1]. El estigma que sufren las personas con obesidad también aumenta el riesgo de padecer trastornos alimentarios cuya dimensión real no está tan bien caracterizada como la obesidad. Las realidades pueden ser diversas según los Estados miembros. En estos capítulos presentamos datos de prevalencia de la obesidad y los trastornos alimentarios en Portugal, junto con directrices nacionales para promover una alimentación sana, algunas iniciativas regionales y locales para facilitar e incentivar una alimentación sana, y también una iniciativa relacionada con la adopción de un estilo de vida activo para prevenir la obesidad.

4.2 Prevalencia de la obesidad y los trastornos alimentarios en Portugal

Prevalencia de la obesidad adulta en Portugal

La obesidad y el sobrepeso se evalúan mediante el índice de masa corporal (IMC), calculado a partir de la relación entre el peso y la talla (kg/m^2). Tener obesidad individual cuando el IMC es

superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$, y sobrepeso cuando el IMC es superior a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ según los puntos de corte definidos por la Organización Mundial de la Salud [2].

En Portugal, según la Encuesta Nacional de Salud, en 2019 más de la mitad de la población adulta (53,6%) tiene sobrepeso. [3] La obesidad, es decir, un IMC superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ alcanza a 1,5 millones de personas mayores de 18 años (16,9%), siendo las mujeres más afectadas que los hombres (17,4% frente a 16,4%). La población de 55 a 74 años es la más afectada, con valores superiores al 20%. Comparando los valores de la encuesta de 2019 con los de 2014, se observa un ligero aumento del sobrepeso (36,6% frente a 36,4%) y de la obesidad (16,9% frente a 16,4%). (Fig. 1)[3].

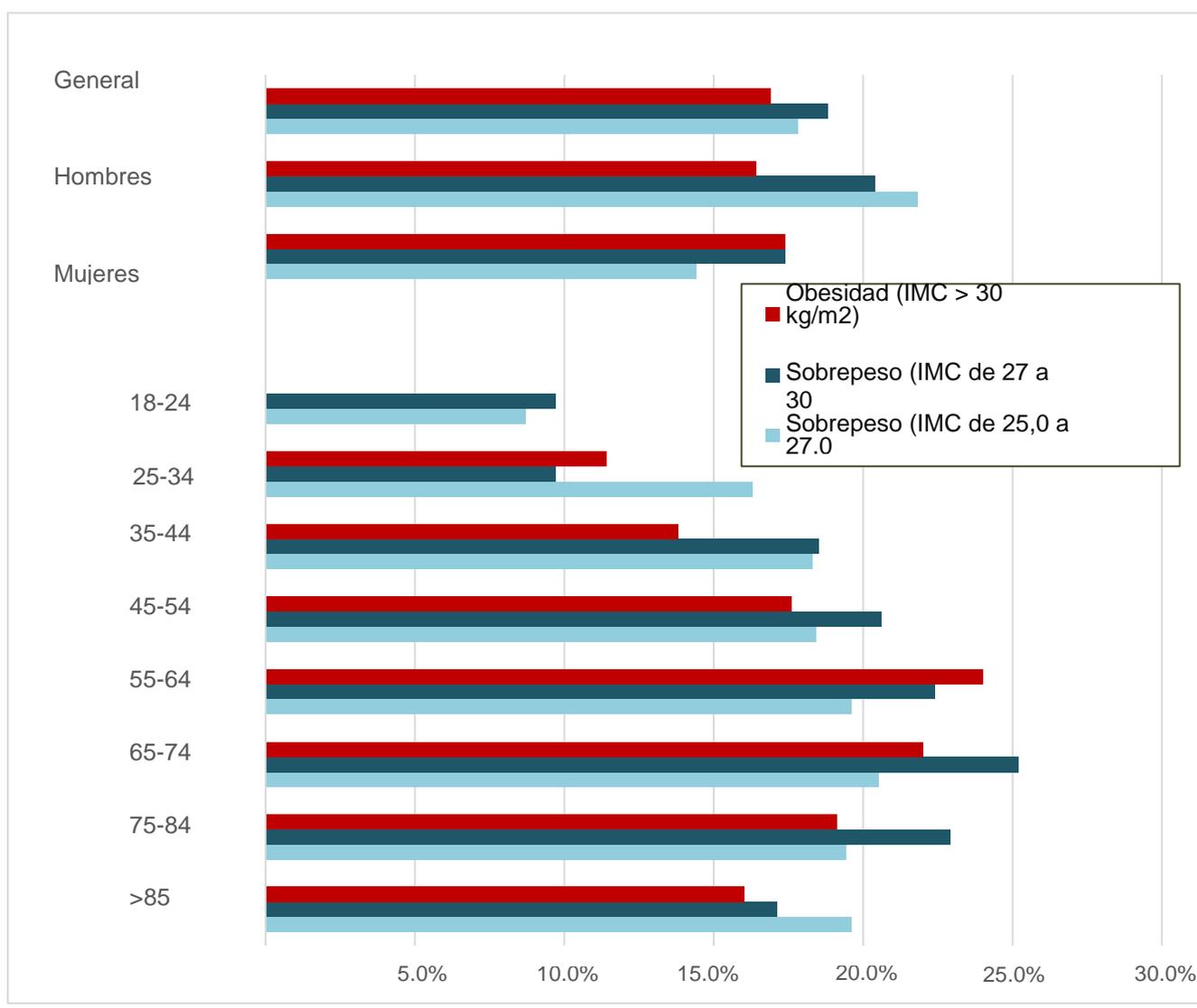


Fig. 1 Proporción de la población de 18 años o más con sobrepeso u obesidad por sexo y grupo de edad, Portugal. Adaptado de: <https://www.ine.pt/>

En otro estudio, la Encuesta Nacional Alimentaria y de Actividad Física ("Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física -IAN-AF") de 2015-2016, el 57,1% de la población tenía sobrepeso para su estatura: el 22,3% de la población era obesa y el 34,8% tenía sobrepeso (Fig. 2) [4].

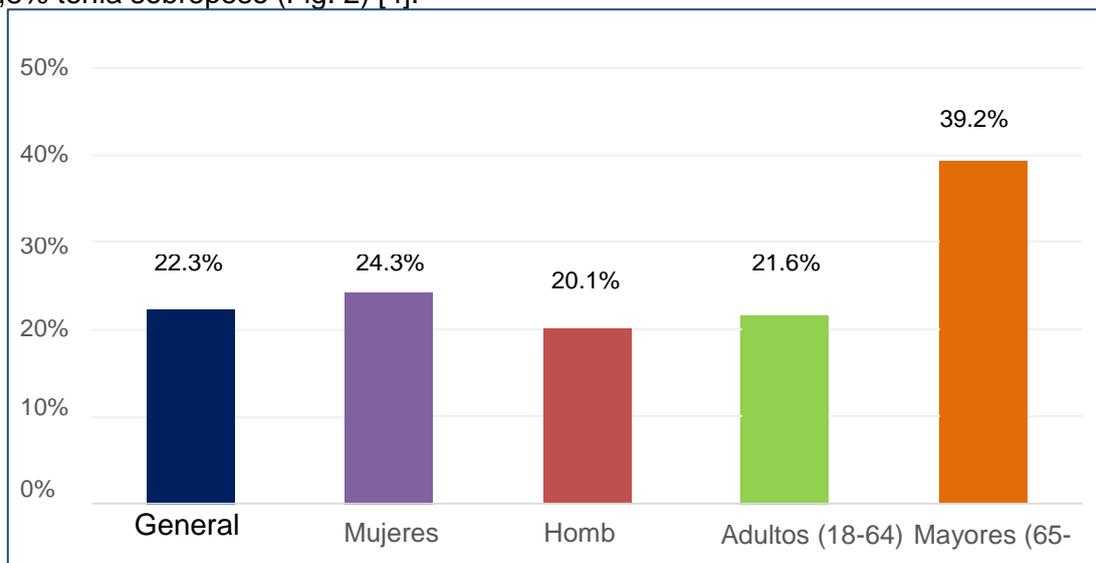


Fig. 2 Prevalencia de la obesidad, por sexo y grupo de edad, Portugal. Adaptado de: <https://ian-af.up.pt/>

Además de clasificarse según el sobrepeso, la obesidad también varía según la localización y distribución de la grasa por el cuerpo. La obesidad abdominal, es decir, el aumento del tejido adiposo en la región abdominal presenta un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes, dislipidemia y síndrome metabólico. [5] La obesidad abdominal puede clasificarse según el perímetro de cintura y cadera, de acuerdo con los puntos de corte recomendados por la Organización Mundial de la Salud (perímetro de cintura: ≥ 88 cm en mujeres y > 102 cm en hombres; perímetro cintura-cadera: $\geq 0,85$ en mujeres y $\geq 0,90$ en hombres).

En Portugal, la prevalencia de la obesidad abdominal es del 50,5% en la población adulta, siendo mayor en los hombres que en las mujeres (62,0% frente a 39,2%) y mucho mayor en las personas mayores (80,2%). (Fig. 3) La prevalencia estandarizada por sexo y edad es mayor en la Región Autónoma de Azores (61. La prevalencia de obesidad, pre-obesidad y obesidad abdominal es siempre mayor en los individuos con menor nivel de estudios, aunque en las personas mayores las disparidades por nivel de estudios son menores. [4]

En el centro de estas cifras se encuentra un estilo de vida desequilibrado. Según la IAN-AF 2015- 2016, solo el 18,0% de la población adulta portuguesa tiene una alta adherencia al patrón de dieta mediterránea. Más de la mitad de la población portuguesa (56%) no cumple la recomendación de la Organización Mundial de la Salud de consumir más de 400 g/día de fruta y verdura. Alrededor del 24% de la población ingiere grasas por encima de lo recomendado y el 53% tiene una ingesta de ácidos grasos saturados superior a la recomendada. En cuanto al consumo de azúcar, el 24,4% de los consumidores portugueses obtienen su ingesta de dulces, refrescos, zumos de fruta naturales o concentrados, pasteles, galletas, bizcochos y cereales de desayuno, lo que contribuye a más del 10% del valor energético total. La ingesta media de sodio es de 7,4 de sal, un valor que supera la recomendación de 5g/día. [4]

En cuanto a la actividad física, el 43% de los portugueses se consideraron "sedentarios", el 30% en el nivel "moderadamente activos" y el 27% en el nivel "activos", según el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), (7) que considera todos los dominios de la vida diaria y tres tipos de actividades: ligera, moderada y vigorosa (Fig. 4) [4].

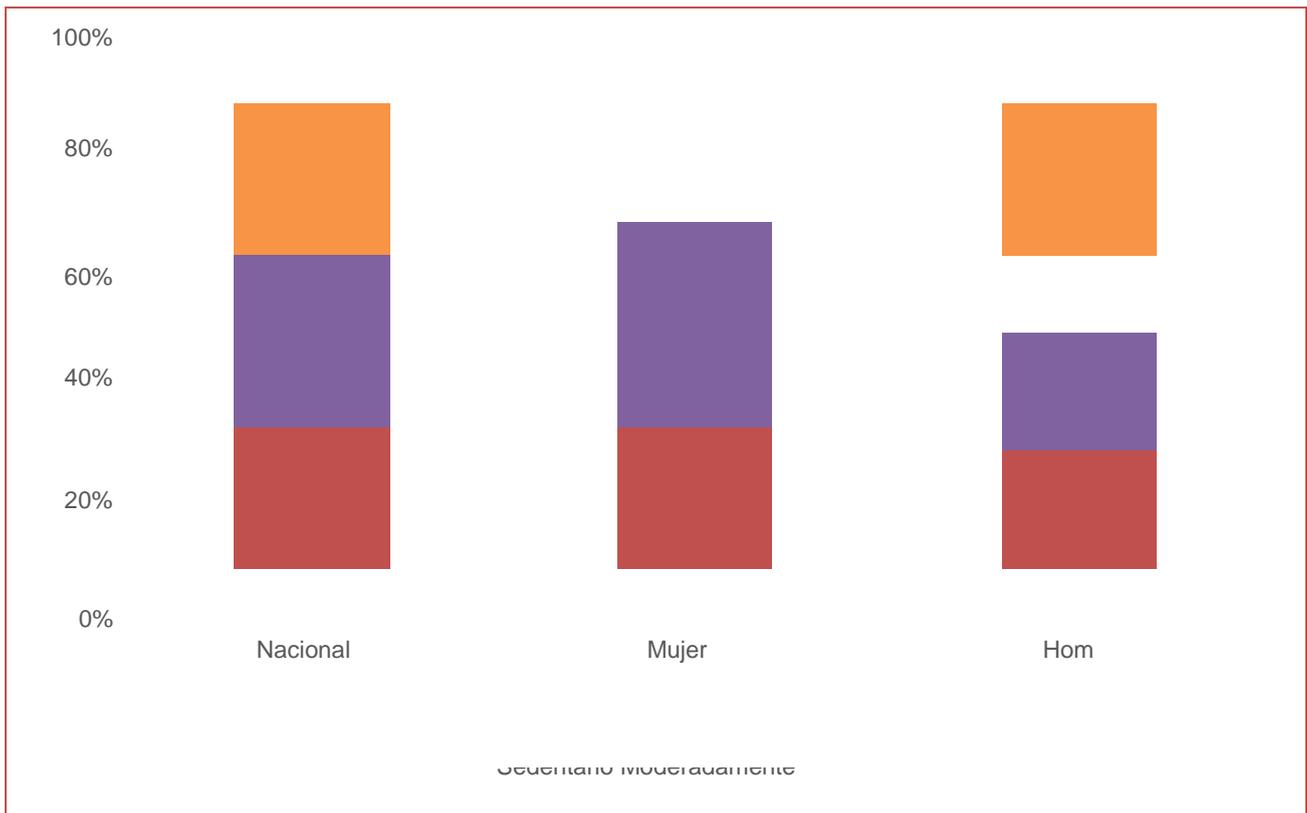
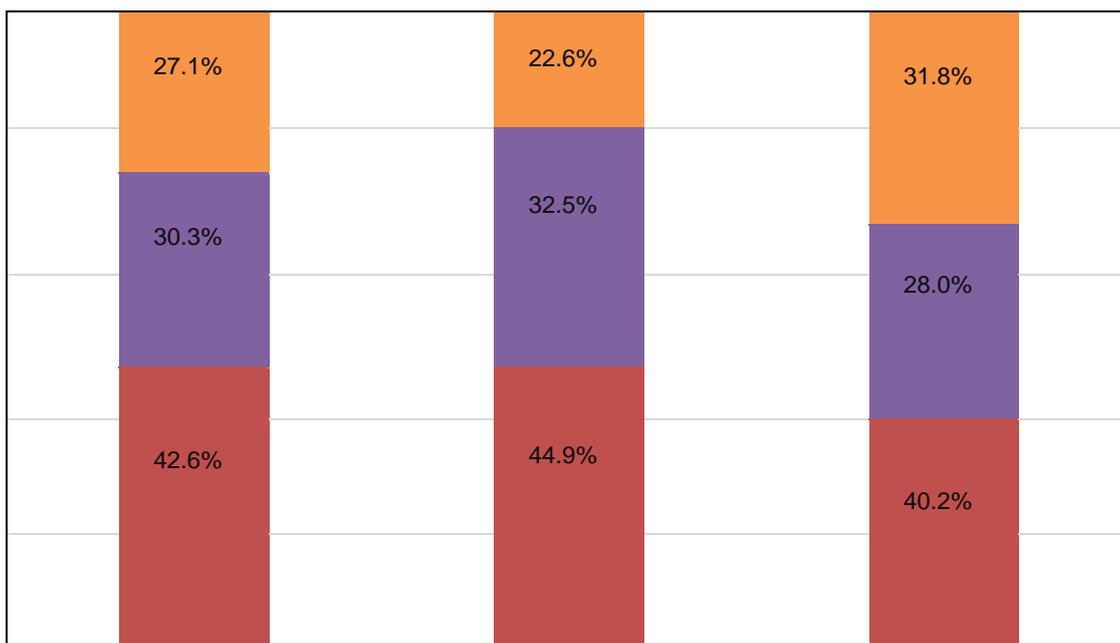


Fig. 3 Prevalencia de riesgo muy elevado de obesidad abdominal (ratio perímetro cintura-cadera), nacional y por grupos de edad, Portugal. Adaptado de: <https://ian-af.up.pt/>

La actividad física y la dieta en combinación con el apoyo conductual y el tratamiento de las comorbilidades se reconocen como parte integral del tratamiento de las personas con sobrepeso u obesidad. [8] Teniendo en cuenta la alarmante situación en adultos, es importante considerar y abordar la obesidad desde la infancia, algo que también ha ocurrido en Portugal en los últimos años.



S
 eden
 tario
 Mod
 erad
 ame
 nte
 activ
 o.
 Activ
 o

Fig. 4 Prevalencia de los niveles de actividad física por sexo, Portugal. Adaptado de: <https://ian-af.up.pt/>

Prevalencia de la
 obesidad infantil en Portugal

La Iniciativa Europea de Vigilancia de la Obesidad Infantil (o COSI) de la OMS lleva más de 10 años midiendo las tendencias del sobrepeso y la obesidad entre los niños en edad escolar primaria (6 a 8 años). Fue un esfuerzo de colaboración entre la OMS e instituciones de investigación de muchos países europeos para recopilar datos de alta calidad sobre la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantiles. [9]

En el último informe COSI Portugal (2019), el 11,9% de los niños de 6 a 8 años tiene obesidad y el 29,7% sobrepeso. (Fig. 5) Aunque sigue siendo una situación alarmante que 1 de cada 3 niños tenga sobrepeso u obesidad, los datos muestran una reducción de puntos porcentuales en la prevalencia de niños con sobrepeso desde 2008, donde Portugal era el segundo país europeo con mayor prevalencia de niños con obesidad o sobrepeso. [9]

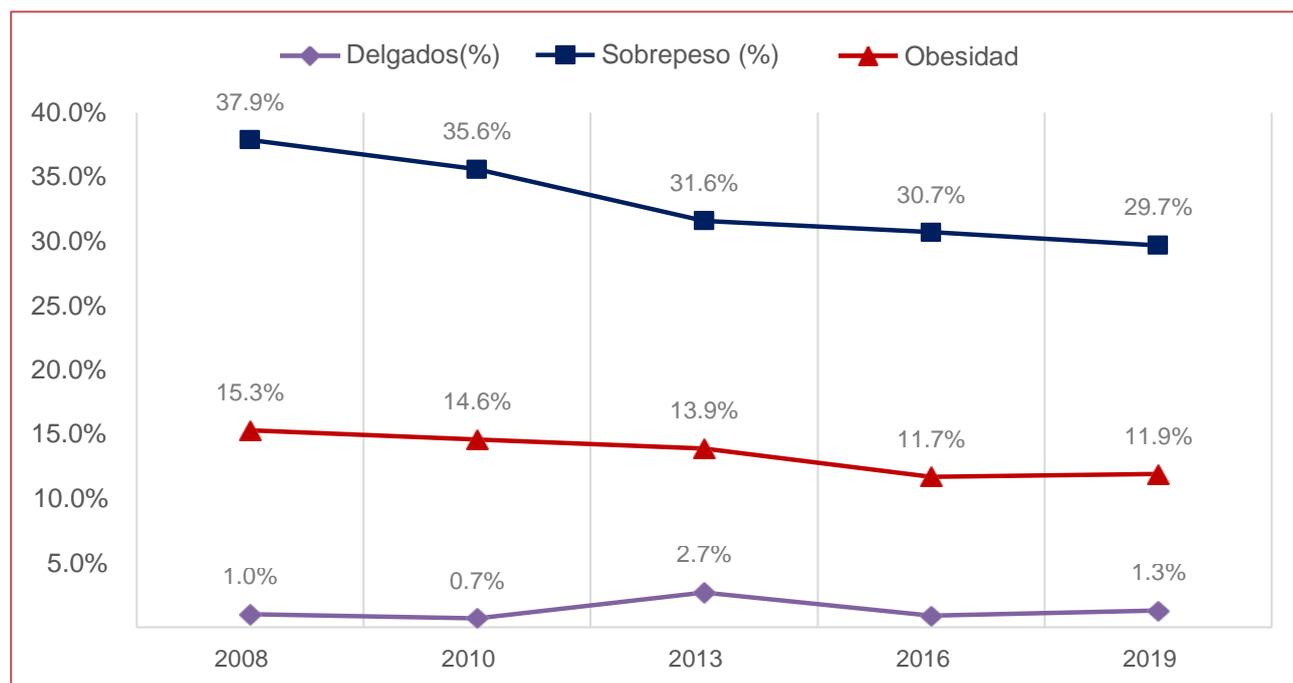


Fig. 5 Prevalencia de delgadez, sobrepeso (incluyendo obesidad) y obesidad infantil (6-8 años) en las diferentes fases del COSI Portugal (2008 a 2016). Adaptado de: <https://www.ceidss.com/wp-content/uploads/2020/03/COSI-2019-FactSheet.pdf>

Todas las regiones portuguesas mostraron un descenso en la prevalencia del sobrepeso (incluida la obesidad), y este descenso fue más pronunciado en las regiones de Azores y Centro

[9] Se cree que la base de esta tendencia positiva es el aumento de la política alimentaria y los programas nacionales destacados de los últimos años.

Los datos de una encuesta nacional de la población portuguesa muestran que el 17,3% de los niños (<10 años) y el 23,6% de los adolescentes (10-17 años) ya tienen sobrepeso (criterios de evaluación acordes con las curvas de crecimiento del IMC para la edad de WH) y el 7,7% de los niños y el 8,7% de los adolescentes tienen los criterios correspondientes de obesidad. La prevalencia del sobrepeso es mayor en las personas con menor nivel educativo. [4]

Costes asociados

En Portugal, la obesidad representa un curso directo anual de 1.200 millones de euros, cantidad equivalente al 0,6% de la riqueza producida en el país. [10] Según los datos más recientes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), los costes asociados al tratamiento del sobrepeso y las enfermedades asociadas representan el 10% del gasto sanitario total (equivalente a 207 euros per

cápita al año)[11].

Las enfermedades relacionadas con la obesidad que más contribuyen a elevar los costes sanitarios directos son las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, el ictus, la cardiopatía isquémica y la enfermedad renal crónica. Los investigadores también señalan que el coste del tratamiento de estas enfermedades es 88 veces superior al coste del tratamiento de la obesidad. Esta investigación también menciona que en 2018 se produjeron 46.269 muertes por enfermedades relacionadas con la obesidad, lo que representa el 43% del total de muertes ocurridas en Portugal continental ese año [10,11].

Es necesario reforzar la necesidad de una mayor atención a la prevención, potenciar la intervención de la atención primaria de salud sobre un enfoque multidisciplinar, sobre el acceso equitativo a un tratamiento quirúrgico y/o farmacológico adecuado, y tolerancia cero a la discriminación de la que siguen siendo víctimas las personas que viven con obesidad.

Trastornos alimentarios

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (BED), así como varias afecciones enumeradas bajo el epígrafe "Otros trastornos alimentarios y de la conducta alimentaria especificados (OSFED)" en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. [12]

La DE es frecuente en las mujeres, en las clases sociales más altas de los países industrializados. La edad máxima de aparición de los trastornos es de 19 a 20 años en la AN y de 16 a 20 en la BN. [En Portugal, los datos sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria son escasos o se realizan en comunidades pequeñas. En un estudio observacional retrospectivo [13] se evaluaron todos los episodios de hospitalización entre 2000 y 2014 con un diagnóstico primario o secundario de DE en Portugal. Hubo un total de 4485 hospitalizaciones, siendo la AN la más frecuente (n = 2806). Las hospitalizaciones por intento de suicidio fueron más frecuentes entre los pacientes con BN (10,1% de las hospitalizaciones por BN) o AN (5,2% de las hospitalizaciones por AN).

Otra encuesta [14] llevada a cabo con alumnas de entre 12 y 23 años mostró una prevalencia de trastornos alimentarios del 3,06%. La prevalencia de la anorexia nerviosa fue del 0,39%, la de la bulimia nerviosa del 0,30% y la de otros trastornos especificados de la alimentación y la conducta alimentaria del 2,37%. La OSFED representaba el 77,4% de todos los casos diagnosticados de trastornos alimentarios en la comunidad, frente a sólo el 13% de la AN y el 10% de la BN. Los resultados apoyan investigaciones previas en entornos clínicos que muestran que la mayoría de las personas que buscan ayuda no padecen AN o BN según los criterios diagnósticos actuales. En un estudio más reciente, [15] realizado con adolescentes entre 12 y 18 años, en el Municipio de Manteigas, encontró una prevalencia de 0,96% de NA y 3,85% de BN, en que la prevalencia fue auto-reportada, a través del Cuestionario de Alimentación del Examen de Trastornos - EDE-Q.

Los predictores de riesgo más eficaces fueron el sexo femenino, la interiorización de los ideales socioculturales de belleza y la relación de apego con la madre. De este modo, los programas de prevención centrados en la promoción de una relación saludable con la comida y una imagen corporal positiva, y en los principales contextos de socialización de los adolescentes (escuela y familia) deberían establecerse desde una edad temprana.

4.3 Directrices y normas

A finales de los años 70, se creó un grupo de trabajo institucional para identificar los principales problemas relacionados con la salud y la alimentación que afectaban a la población portuguesa. En este escenario, se puso en marcha la campaña "saber comer es saber vivir", que incluía la Guía de la Rueda de los Alimentos (Fig. 6).

[16] La rueda alimentaria portuguesa es una representación gráfica que le ayuda a elegir los alimentos que deben formar parte de su dieta diaria. [17]

La rueda de los alimentos es un símbolo en forma de círculo, que se divide en cinco segmentos de diferentes tamaños, sugiriendo una proporción recomendada entre los grupos, pero sin especificar una cantidad. El formato se asocia al plato de uso común y, a diferencia de la pirámide, no jerarquiza los alimentos, sino que les da la misma importancia. [17,18]

Los cambios sociodemográficos y económicos, con diferencias en la disponibilidad y distribución de alimentos, llevaron a la reestructuración de la guía, dando lugar a una Nueva Guía Alimentaria para los portugueses, que incluía raciones de alimentos recomendadas [18].

En la Nueva Guía de la Rueda de los Alimentos se incluyeron siete grupos de alimentos. Las verduras y las frutas se dividieron en distintos grupos, por sus diferencias en cuanto a contenido energético y de nutrientes y por su uso diversificado en las comidas. Se añadió un nuevo grupo sólo para las legumbres, dada la importancia de los hábitos alimentarios portugueses y de la reducción del consumo de proteínas animales. Se definieron la ración alimentaria estándar, las raciones equivalentes y el número de raciones diarias de cada grupo de alimentos. El objetivo de esta nueva rueda es conducir a una alimentación más sana: completa, equilibrada y variada. [18,19]



Fig. 6 A) Guía previa de la alimentación portuguesa. Fuente: [https://www.jnebo.org/article/S1499-4046\(06\)00030-3/fulltext](https://www.jnebo.org/article/S1499-4046(06)00030-3/fulltext) B) Nueva Guía Alimentaria Portuguesa. Fuente: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-food/>

En 2016, al ser Portugal un país de características mediterráneas, se desarrolló una adaptación de la Rueda de los Alimentos a los conceptos de la Dieta Mediterránea. [20] La guía se presenta en una versión interactiva, en la que es posible explorar los distintos grupos de alimentos, disponible en: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos-mediterranica/>.

La adaptación permite una aproximación de la guía alimentaria portuguesa al principio de la dieta mediterránea, lo que enriquece la guía y refuerza esta herramienta de educación alimentaria.

Directrices de nutrición

Además de las recomendaciones alimentarias expuestas en la Rueda de los Alimentos, existen directrices dirigidas a enfoques específicos, particularidades según las etapas de

la vida de cada individuo y enfermedades nutricionales.

El *Manual de Consejo Breve para una Alimentación Saludable en Atención Primaria* [21] y las respectivas herramientas de apoyo: *Guía con 10 pasos para una alimentación saludable* [22] ayudan a estandarizar el abordaje clínico y sistematizar las recomendaciones alimentarias, optimizando el tiempo de la consulta.

En el contexto de la aplicación de medidas que promuevan una alimentación sana, es decir, medidas relacionales para crear entornos alimentarios sanos, destaca la importancia de una nutrición adecuada en los primeros años de vida y en el entorno escolar: *Alimentación sana de 0 a 6 años* [23], *Alimentación y nutrición en el embarazo* [24], *Hidratación adecuada en el entorno escolar* [25], *Directrices para los bufés escolares* [26].

En cuanto al cambio de la conducta alimentaria, se trata de un proceso complejo que requiere el uso de una intervención que facilite el cambio de conducta.

Obesidad: optimización del enfoque terapéutico en el servicio nacional de salud viene a contextualizar las mejores estrategias de terapia nutricional para la obesidad, basadas en las evidencias científicas más recientes, y en las especificidades: densidad energética, patrones de comidas, velocidad de ingesta y actividad física, para el tratamiento de la obesidad. [27]

Sobre el trastorno alimentario, Portugal no presenta directrices específicas, siguiendo las recomendaciones internacionales. Las directrices de la American Dietetic Association para el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios postulan un programa de rehabilitación nutricional, así como un seguimiento médico y psiquiátrico. [28]

4.4 Iniciativas nacionales y locales de fomento de la salud

Iniciativas nacionales para una alimentación sana

Las políticas públicas tienen el potencial de mejorar la dieta de la población mediante la alteración del entorno alimentario y tienen más probabilidades de producir cambios, ya que interfieren en la disponibilidad física y económica [29] La importancia del desarrollo de políticas públicas en Portugal ganó relevancia en 2012, con la creación del Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable ("Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável" - PNPAS). Es uno de los programas prioritarios de salud del Plan Nacional de Salud de la Dirección General de Salud y tiene como objetivo promover el estado de salud de la población, actuando sobre uno de sus determinantes: la alimentación. [30]

La Dirección General de Salud también coordina la Estrategia Integrada de Promoción de la Alimentación Saludable ("Estratégias Integradas de Promoção da Alimentação Saudável" - EIPAS), que incluye un conjunto de medidas de intervención a través de políticas saludables [31] Según el Índice de Políticas para un Entorno Alimentario Saludable (FOOD-EPI), una herramienta desarrollada para evaluar el grado de implementación de las políticas públicas con impacto en el entorno alimentario, Portugal es uno de los países con mejores puntuaciones. Portugal obtuvo en el 77% de los indicadores incluidos en este análisis un grado de aplicación moderado o alto (56% grado de aplicación moderado y 21% alto). Las políticas de alimentación y nutrición son reconocidas internacionalmente por su enfoque integral, que incluye medidas que promueven la reformulación de los productos y el etiquetado de los alimentos, y medidas para regular la publicidad de alimentos dirigida a los niños y la oferta alimentaria en diferentes espacios públicos. [29]

Campañas

A través de campañas educativas, el Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable trabaja para cambiar las opciones alimentarias de los portugueses.

La última campaña *Comer melhor, uma receita para a vida* pretende dar valor a algunos alimentos que todavía son infravalorados, apreciados y consumidos en la dieta de los portugueses, como las frutas, las verduras, las legumbres y el agua. (Fig. 7)



Fig. 7 A) Cartel "Comer mejor, una receta para la vida". B) Cartel "Agua, la megabebida".
Fuente: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>

En años anteriores, surgieron otras campañas centradas en el consumo de agua: "Água, a mega bebida", y en la reducción del consumo de sal: Juntos contra o sal" y "Açúcar Escondido dos Alimentos". Las divulgaciones se realizan a través de medios digitales, en los que se publican mensajes y carteles incentivadores, y en anuncios de televisión, con la presencia de varios personajes públicos. En el sitio web se pueden encontrar las campañas, vídeos y carteles:

<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/pnpas/modificacao-da-procura-educacao/campanhas-sobre-alimentacao-saudavel/>

Etiquetas decodificadoras

El Reglamento (UE) nº1169/2011 relativo a la información sobre los productos alimenticios facilitada al consumidor establece los nuevos requisitos para el etiquetado de los alimentos, garantizando así que los ciudadanos reciban una información más clara, completa y precisa sobre el contenido de los alimentos. [32]

El etiquetado en la parte frontal del envase (FOP) tiene la función de orientar al consumidor sobre los componentes de los alimentos, promoviendo así elecciones alimentarias más saludables [33] Sin embargo, esto no significa que los consumidores lo utilicen como herramienta para elegir los artículos que deben componer su dieta. Las pruebas científicas demuestran que el 40% de los portugueses no entienden la información nutricional actual de las etiquetas de los productos alimentarios y la necesidad de simplificar esta información [34].

Para ayudar a los consumidores, han surgido modelos de etiquetado nutricional voluntario. La Federación de Industrias Agroalimentarias Portuguesas y algunas marcas de la distribución presentan un modelo de información nutricional en 2002, con implantación voluntaria adoptada por algunas marcas de la distribución, concretamente Pingo Doce. Otro modelo de etiquetado nutricional voluntario utilizado en Portugal es el semáforo nutricional, desarrollado inicialmente por la Agencia de Normas Alimentarias del Reino Unido. Se introdujo en Portugal en 2009 y fue adoptado por la marca Continente para sus productos [35].

Otro modelo de resumen interpretativo que ha cobrado importancia es el Nutri-Score. Consiste en una colorida representación gráfica, que también utiliza letras, y clasifica el perfil nutricional de un producto alimenticio en cinco categorías, entre verde

(letra A) y rojo (letra E)
[36] (Fig. 8).

<p>Modelo de la Federación Portuguesa de Industrias Agroalimentarias</p>	<p>*Doses de referência para um adulto médio (8400 kJ/2000 kcal)</p>															
<p>Semáforo</p>	<p>Each grilled burger (94g) contains</p> <table border="1"> <tr> <td>Energy</td> <td>Fat</td> <td>Saturated</td> <td>Sugars</td> <td>Salt</td> </tr> <tr> <td>924kJ 220 kcal</td> <td>13g</td> <td>5.9g</td> <td>0.8g</td> <td>0.7g</td> </tr> <tr> <td>11%</td> <td>19%</td> <td>30%</td> <td><1%</td> <td>12%</td> </tr> </table> <p>of an adult's reference intake Typical values (as sold) per 100g: Energy 966kJ / 230kcal</p>	Energy	Fat	Saturated	Sugars	Salt	924kJ 220 kcal	13g	5.9g	0.8g	0.7g	11%	19%	30%	<1%	12%
Energy	Fat	Saturated	Sugars	Salt												
924kJ 220 kcal	13g	5.9g	0.8g	0.7g												
11%	19%	30%	<1%	12%												
<p>Nutri-Score</p>																

Fig. 8 Diferentes sistemas de etiquetado de alimentos

Portugal fue uno de los seis países europeos con más sistemas de etiquetado de alimentos; sin embargo, la variedad del etiquetado nutricional puede causar dificultades a los consumidores, que preferirían un sistema único. [37] Para resolver este problema, uno de los ejes estratégicos del Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable en Portugal fue el Decodificador de Etiquetas. [38] (Fig. 9) ayuda a los consumidores a interpretar las etiquetas de los alimentos y a clasificar su contenido total de grasas ("gordura"), grasas saturadas ("gordura saturada"), azúcares ("açúcares") y sal ("sal") en alto, medio o bajo.



Fig. 9 Decodificador de etiquetas en inglés. Fuente: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/descodificador-de-rotulos/>

Sin embargo, existe una necesidad exhaustiva de promulgar legislación para la normalización de la información nutricional en las etiquetas de los FOP. El Gobierno debería crear criterios estándar, con un sistema nacional recomendado.

La Nutri-Score, desarrollada por el Ministerio de Sanidad francés y definida como referencia nacional, y adoptada en otros países como Bélgica y España, demuestra una mejora significativa de la capacidad del consumidor para comprender mejor la información nutricional y elegir alimentos, en comparación con otros modelos. Nutri-score también cuenta con el firme apoyo de la asociación europea de consumidores [39].

El uso de modelos simplificados de etiquetado nutricional aumenta la transparencia sobre los alimentos que consumimos y podría contribuir a que las dietas fueran más sanas, tanto ayudando a las personas a elegir con conocimiento de causa como incentivando a los productores a reformular los productos existentes y a desarrollar alternativas más sanas [33].

Reformulación de alimentos

La mejora de la composición nutricional de los alimentos disponibles forma parte de la estrategia nacional de alimentación y nutrición desarrollada por el Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable ("PNPAS") y la Estrategia Integrada de Promoción de la Alimentación Saludable ("EIPAS"). Para la reformulación de los niveles de sal, azúcar y ácidos grasos trans en diferentes categorías de productos alimenticios, se firmó en 2018 un protocolo de colaboración entre la Dirección General de Salud, el Instituto Nacional de Salud Doctor Ricardo Jorge, la Asociación Portuguesa de Empresas de Distribución, la Federación de Industrias Agroalimentarias Portuguesas y NielsenIQ. [40]

En 2016, se firmó un protocolo para limitar el peso neto de las dosis individuales de azúcar a un máximo de 5/6 g. Y en 2018, el gramaje de los envases se redujo a 4 g. Con este trabajo iniciado en 2016, se ha fomentado la reducción del peso neto de los

paquetes de azúcar en casi un 50%. En cuanto a la sal, en 2017 se estableció un protocolo para promover la reducción del contenido de sal en el pan. Se fijaron objetivos anuales para reducir el contenido de sal en el pan, con el objetivo final para 2021 de 1,0 g de sal por 100 g de pan. El protocolo de colaboración también definió límites para el contenido de ácidos grasos trans en productos de pastelería, ya que ésta es una de las categorías de alimentos con mayores niveles de ácidos grasos trans. Promover la reducción del contenido de ácidos grasos trans en los productos del sector de la panadería y la pastelería a valores inferiores a 2 g y 1 g de ácidos grasos trans por 100 g de grasa utilizada en la elaboración de estos productos [40].

La colaboración entre entidades permitió reducir más de 25 toneladas de sal y 6256 toneladas de azúcar, entre 2018 y 2020.

Iniciativas regionales para una alimentación sana

El sistema sanitario de Portugal está organizado en 5 regiones administrativas principales ("Administração regional de saúde" -ARS). Portugal tiene también dos Regiones Administrativas Autónomas: Madeira y Açores, con sus propias realidades de obesidad y programas para abordarlas.

Centrado en el sistema sanitario del continente, está organizado según las cinco principales regiones de Portugal: Norte, Centro, Lisboa y Valle del Tajo, Alentejo y Algarve. Desde la puesta en marcha del Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable, todas las regiones han ido adoptando algunas iniciativas nacionales -o incluso internacionales, como mencionamos en el ejemplo del COSI- y las entidades regionales han ido lanzando sus iniciativas a lo largo del tiempo.

En la Tabla 1 podemos ver algunas de las iniciativas adoptadas a nivel regional o local relacionadas con la alimentación sana y la lucha contra la obesidad.

Tabla 1. Administración Regional de Salud y sus programas regionales relacionados con la alimentación saludable o la lucha contra la obesidad

Regiones de la Administración Sanitaria	Programas de intervención
ARS Norte	"PASSE - Programa de Alimentación Escolar Saludable" (Programa de alimentación sana en Scholar Health)
Centro ARS	"Pan comer"; "Comida acuarela" (Food Acuarela)
ARS Lisboa y Valle del Tajo	Ningún programa específico
ARS Alentejo	"Mi fiambreira"; "Fiambreira sonriente en movimiento"; "Crece con un peso saludable"; "5 al día, lo hace crecer con energía"; "Del bolígrafo al plato"; "Sopas y Sopas y aromas"
ARS Algarve	MEDITA - Proyecto de lucha contra la obesidad infantil en el Algarve "Aplicación "Ludus Med game"

El programa PASSE es un buen ejemplo de programa de intervención que existe desde 2008. Al menos el 63% de las escuelas de la región Norte ha adoptado este programa. Más de 380.326 antiguos alumnos, agrupados en 18.787 clases, se beneficiaron de la intervención directa del programa. La adquisición de hábitos alimentarios saludables y los cambios en el comportamiento alimentario son objetivos centrales para las generaciones futuras. Con el fin de

implicar a todos los actores, este programa se dirige también a los padres y a los manipuladores de alimentos. Se puede encontrar más información en la página web, incluidos algunos recursos para quienes deseen utilizar algunas de las herramientas PASSE: (<https://passe.com.pt/destaques>)

ARS Centro desarrolló algunos proyectos y estrategias en alimentación, para intervenir en enfermedades crónicas y sus determinantes: alimentación saludable, promoción de la actividad física y diabetes. En

En este contexto, existen proyectos como: "Pão.come" [41], en el que se evaluaron 10.595 análisis de seguimiento analítico de la sal añadida al pan en 900 panaderías de la región, y el proyecto "Acuarela Alimentaria" [42], para mejorar los conocimientos de los profesionales de la salud en materia de nutrición.

El ARS Lisboa e Vale do Tejo tiene programas de salud, pero no hay información específica en su página web sobre intervenciones dietéticas o promoción de programas de alimentación saludable. Por el contrario, ARS Alentejo tiene varios ejemplos de programas regionales/locales que se han puesto en marcha en los últimos años, ya sea para abordar las meriendas que los niños y adolescentes traen de casa para comer en la escuela, con varios proyectos relacionados con sus fiambres, o para abordar lo que se les ofrece en sus comedores escolares. [43]

La Región del Algarve participó en la iniciativa COSI y recientemente, con el proyecto MEDITA, también ha lanzado una aplicación para promover la alfabetización nutricional sobre la Dieta Mediterránea. El proyecto MEDITA es un proyecto financiado por la Comisión Europea cuyo objetivo es fomentar hábitos alimentarios saludables en la región del Algarve (Portugal) y Andalucía (España). El proyecto incluye el diagnóstico de los hábitos alimentarios de los niños y adolescentes de la región e incluye intervenciones escolares para mejorarlos. El objetivo es mejorar los patrones alimentarios, mejorar el estado nutricional de los niños y prevenir la obesidad. [44] La aplicación es uno de los ejemplos de material creado por el proyecto que está a disposición de todo el mundo en Google Play, disponible en: https://play.google.com/store/apps/details?id=com.magiklabs.g_ludusmed&hl=en&gl=US

Utilizando la gamificación en la promoción del conocimiento sobre alimentación saludable es posible un espacio de libertad para fracasar y aprender en torno a la nutrición sin ningún tipo de juicio.



Fig. 10 App creada por ARS Algarve sobre el proyecto MEDITA - Dieta Mediterránea Promotora de Salud

Asociaciones

También hay buenos ejemplos de asociaciones creadas para promover una alimentación sana en Portugal. La asociación "Vitamins" se creó como un centro de alimentación saludable y fue reconocida a nivel nacional e internacional con varios premios, entre ellos el *Best Youth Nutrition Education Centre & Innovation Award for Obesity Prevention Initiatives 2019*, en la categoría de Fitness and Nutrition Awards y un reconocimiento de Global Health and Pharma. [45]



Fig. 10 A) Cartel de la actividad "eco-chef". B) Imagen representativa del centro educativo. Fuente: <https://www.vitamimos.pt/>

Otra asociación importante en Portugal es ADEXO - Asociación de pacientes o ex pacientes con obesidad de Portugal (<https://www.adexo.pt/>). Esta asociación desempeña un papel activo ayudando a sus miembros a tener acceso a tratamiento y seguro y a luchar contra la discriminación a la que se enfrentan. Además de apoyar a sus miembros a varios niveles, también trabaja en el ámbito de la prevención, concretamente con niños y jóvenes. La campaña de sensibilización más reciente de Adexo incluye una canción en colaboración con una famosa cantante portuguesa "Ana Bacalhau" que se llama "eu vou", que significa "me voy". Esta canción portuguesa pretende incentivar la acción, en este caso, la acción de buscar ayuda y consejo profesional, no escuchando presiones externas sino en una acción deliberada y activa de tener el control de sus vidas y buscar su propio bienestar: (<https://www.truthaboutweight.global/pt/pt/mude-o-ritmo-da-sua-vida.html>).

Iniciativas de estilo de vida activo

La actividad física mejora la función cognitiva, la autorregulación y el afecto positivo, así como la autoestima, la autopercepción y la calidad de vida en general. El efecto positivo de la actividad física muestra una mejora del comportamiento alimentario y de la autorregulación [8].

En combinación con la dieta, el apoyo conductual y el tratamiento de las comorbilidades, la actividad física se reconoce como parte integral del tratamiento de las personas con sobrepeso u obesidad. [4] Para combatir y superar este problema mundial: la obesidad, se adoptan iniciativas y proyectos que fomentan la práctica del deporte.

A nivel nacional, el Programa Nacional para la Promoción de la Actividad Física ("Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física" - PNPAF) fue creado en 2016 (Orden nº 6401/2016), constituyendo uno de los Programas Prioritarios de Salud. Trabaja en armonía con el Plan Nacional de Salud y con las principales directrices internacionales en la materia, a saber, la Organización Mundial de la Salud [46].

La mayor campaña pública de promoción de la actividad física llevada a cabo en Portugal fue Siga o assobio - a atividade física chama por si ("Siga el *silbato* - la actividad física llama por sí misma"), que tenía como objetivo mejorar las actividades y aumentar la disposición a practicar actividades físicas, teniendo como grupo objetivo la población portuguesa de 35 a 65 años. La información principal de la campaña puede consultarse en: <https://www.sigaoassobio.pt/pt>.

En los centros escolares, además de las clases regulares de Educación Física que suelen impartirse dos veces por semana, las escuelas también pueden ofrecer la oportunidad de integrar el Deporte Escolar. El Deporte Escolar es un programa que comprende 44 modalidades diferentes y fomenta la práctica deportiva de forma lúdica y recreativa, promoviendo así hábitos

saludables en los jóvenes y luchando contra la obesidad infantil y juvenil [47] Algunos municipios también ofrecen programas que llevan a cabo

tienen lugar durante las vacaciones escolares denominadas *Vacaciones deportivas*.

(48) Durante el verano, los jóvenes inscritos en el programa tienen acceso a diferentes vacaciones con actividades recreativas y deportivas.

Referencias

- [1] Informe Regional Europeo sobre la Obesidad 2022. 2022. 1-220 p.
- [2] Organización Mundial de la Salud, Índice de masa corporal (IMC) [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index?introPage=intro_3.html.
- [3] Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. Instituto Nacional de Estadísticas. 2019. p. 1-12. Disponible de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquos&DESTAQUE_Sdest_b_oui=414434213&DESTAQUESmode=2.
- [4] Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Encuesta Nacional de Dieta y Actividad Física, IAN-AF 2015-2016: informe de resultados. Universidad de Oporto, editorial. Universidad de Oporto. 2017.
- [5] Olinto MTA, Nácúl LC, Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes A, Macedo S. Niveles de intervención para la obesidad abdominal: prevalencia y factores asociados. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1207-15.
- [6] Organización Mundial de la Salud: Circunferencia de la cintura y relación cintura-cadera: Informe de una consulta de expertos de la OMS. 2011;(1):8-11.
- [7] Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. Cuestionario internacional de actividad física: fiabilidad y validez en 12 países. *Med Sci Sport Exerc*. 2003;35(8):1381-95.
- [8] Mathisen TF, Rosenvinge JH, Friberg O, Vrabel KA, Bratland-Sanda S, Pettersen G, et al. ¿Es el ejercicio físico y la terapia dietética una alternativa factible a la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos alimentarios? Un ensayo controlado aleatorizado de dos terapias de grupo. *Int J Eat Disord*. 2020;53(4):574-85.
- [9] Organización Mundial de la Salud. Hechos destacados de la Iniciativa de Vigilancia de la Obesidad Infantil (COSI) 2015-17. Órgano Mundial de Curación. 2018;1-8.
- [10] LUSA. Diário de Notícias [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.dn.pt/sociedade/excesso-de-peso-e-obesidade-custam-12-mil-milhoes-de-euros-por-año-en-portugal-14234164.html>
- [11] OCDE. La pesada carga de la obesidad: la economía de la prevención. Ediciones de la OCDE, editor. Estudios de política sanitaria de la OCDE. París; 2019.

- [12] Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2014. 948 p.
- [13] Cruz AM, Gonçalves-Pinho M, Santos JV, Coutinho F, Brandão I, Freitas A. Hospitalizaciones relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria en Portugal: un estudio nacional de 2000 a 2014 Int J Eat Disord. 2018;51(10):1201-6.
- [14] Machado P, Machado B, Gonçalves S, Hoek H. La prevalencia de los trastornos alimentarios no especificados. InterScience. 2007;27-30.
- [15] Sebastião J, Sampaio D, Barbosa MR. Prevalencia y Factores de Riesgo de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Adolescentes de 12 a 18 años del Municipio de Manteigas. Psi Logos. 2020;16.
- [16] Graça P, Gregório MJ. Estrategia para la promoción de una alimentación sana en Portugal. Heal by Numbers Port. 2015;4(5):36-40.
- [17] La Rueda ayuda a elegir y combinar los alimentos Rueda : ¿qué es? Las proporciones Grupo de alimentos Una dieta completa y equilibrada y La nueva rueda de los alimentos
Comida Mediterránea se presenta ahora en una versión. 2022;2022.
- [18] Rodrigues SSP, Franchini B, Graça P, de Almeida MDV. Una nueva guía alimentaria para la población portuguesa: desarrollo y consideraciones técnicas. J Nutr Educ Behav. 2006;38(3):189-95.
- [19] Franchini B, Rodrigues S, Graça P, de Almeida MDV. La nueva Rueda de los Alimentos. Nutricias. 2004;54-5.
- [20] Barbosa C, Pimenta P, Real H. Rueda de los Alimentos Mediterráneos y Pirámide de la Dieta Mediterránea: comparación entre las dos guías alimentarias. Acta Port Nutr. 2017;11:6- 14.
- [21] Gregório MJ, Teixeira D, Monteiro R, de Sousa SM, Irving S, Graça P. Brief Counselling for Healthy Eating in Primary Health Care: Intervention Model and Tools. Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable. Dirección General de Sanidad, editor. Lisboa: 2020; 2020.
- [22] Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable. 10 Pasos para una Alimentación Saludable - Usuarios. Salud D-G da, editor. 2021.
- [23] Rêgo C, Lopes C, Durão C, Pinto E, Mansilha H, Pereira-da-Silva L, et al. Alimentación saludable de 0 a 6 años - Guía para profesionales y educadores. 1ª - Octub. SD-G da Health M, editor. Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable. Lisboa; 2019. 137 p.
- [24] Teixeira D, Marinho R, Mota I, Castela I, Pestana D, Calhau C, et al. Alimentação E Nutrição Na Gravidez: Programa Nacional de Fomento de la Alimentación Saludable. Dirección-Ge. Lisboa; 2021.
- [25] Padrão P, Lopes A, Lima RM, Graça P. Hidratación adecuada en el medio escolar. Programa Nacional de Fomento de la Alimentación Saludable. Dirección General de Sanidad, editor. 2014. 1- 11 p.
- [26] Ladeiras L, Lima RM, Lopes A. Buffets Escolares - Directrices. Educación M de E y CD-G de, editor. Dirección General de Educación. 2012. 28 p.
- [27] Camolas J, Gregório MJ, Sousa SM, Graça P. Obesidad: optimización del abordaje terapéutico en el Servicio Nacional de Salud. Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable. Dirección General de Sanidad, editor. Lisboa; 2017.
- [28] Posición de la Asociación Dietética Americana: Intervención nutricional en el tratamiento de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y otros trastornos alimentarios. J Am Diet Assoc. 2006;106(12):2073–82.
- [29] Gregório MJ, Salvador C, Bica M, Graça P, Arriaga MT de. The Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI): Results report for Portugal. 2022. Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable. Dirección General de Sanidad, editor. Ciencia y tecnología en la política sobre obesidad infantil. 2022.

- [30]Dirección General de Sanidad. Programa Nacional para el Fomento de una Alimentación Saludable [Internet]. Disponible en: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt>
- [31]Dirección General de Sanidad. Estrategias integradas para promover una alimentación sana [Internet]. Disponible en: <https://eipas.pt>
- [32]Parlamento Europeo; Consejo de la Unión Europea. Reglamento (UE) n^o 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2011, sobre la información alimentaria facilitada al consumidor y por el que se modifican los Reglamentos (CE) n^o 1924/2006 y (CE) n^o 1925/2006 del Parlamento. Vol. L 304, Diario Oficial de la Unión Europea. 2011.
- [33]The Lancet Diabetes & Endocrinology. Información nutricional de los alimentos: transparencia y salud pública. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018 Jul;6(7):515.
- [34]Gomes S, Nogueira M, Ferreira M, Gregório MJ. Actitudes de los consumidores portugueses hacia el etiquetado de los alimentos. World Heal Organ Eur. 2017;(febrero 2019):58.
- [35]Cordeiro T, Silva C, Bento A. Etiquetado nutricional, su importancia. Cad Estud Media - N^o 07. 2010;109-21.
- [36]Hercberg S, Touvier M, Salas-salvadó J. La etiqueta nutricional Nutri-Score: Una herramienta de salud pública basada en pruebas científicas rigurosas para mejorar el estado nutricional de la población Int J Vitam Nutr Res. 2021;
- [37]London Economics EAHC. Mercado de consumo Estudio sobre el funcionamiento de los sistemas voluntarios de etiquetado de alimentos para los consumidores en la Unión Europea EAHC/FWC/2012 86 04. Ipsos - London Economics, editor. 2012; 2012.
- [38]Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable. Descodificador de etiquetas [Internet]. Disponible en: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/descodificador-de-labels/>
- [39]Goiana-Da-Silva F, Cruz-E-Silva D, Gregório MJ, Nunes AM, Calhau C, Hercberg S, et al. Nutri-Score: Una herramienta de salud pública para mejorar los hábitos alimentarios en Portugal. Acta Med Port. 2019;32(3):175-8.
- [40]Ministerio de Sanidad. Dirección General de Sanidad. Reducción del contenido de sal y azúcar en los alimentos - Informe de progreso sobre la reformulación de productos alimenticios en Portugal 2018-2021. Dirección General de Sanidad, editor. Lisboa: 2022; 2022.
- [41]Administración Sanitaria Regional Central. Proyecto de intervención comunitaria Pão.come [Internet]. 2008. p. 1-15. Disponible en: https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Pao.come_December2008_FINAL.pdf
- [42]Departamento de Salud Pública y Planificación de la ARSC. Proyecto de acuarela de alimentos. p. 1-17.
- [43]ARS Alentejo. Proyectos regionales - Alimentación sana [Internet]. Disponible en: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/sausedepublica/AreasSaude/Alimentacao/ProjetosRegionais/Paginas/Projetos-Regionais.aspx>
- [44]MEDITA. Proyecto MEDITA [Internet]. Disponible de: <https://www.projetoedita.eu/sobre-o-medita.html>.
- [45]Vitamimos. Vitamimos [Internet]. Disponible en: <https://www.vitamimos.pt>
- [46]Dirección General de Sanidad. Programa Nacional de Fomento de la Actividad Física [Internet]. Disponible en: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/apresentacao.aspx>.
- [47]Dirección General de Educación. Deporte Escuela de: <https://desportoescolar.dge.mec.pt>.

[48] Camara Municipal de Bragança. Fiestas Deportivas y Culturales [Internet]. Disponible en: <https://www.cm-braganca.pt/servicos-e-informacoes/desporto-e-juventude/ferias-sports-and-cultural-holidays>.

5. Informe local - Rumanía

Monica Tarcea, Roxana Maria Martin-

Hadmaş Universidad George Emil Palade de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología de Targu Mures, Rumanía.

Correo electrónico: monica.tarcea@umfst.ro, roxana.hadmas@umfst.ro

Resumen. *La obesidad es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Según EUROSTAT, en 2019, el 0,8% de la población de Rumanía tenía un peso inferior al normal, el 40,6% tenía un peso normal con relación a su altura y el 10,9% de la población estaba diagnosticada de obesidad. Los informes de la Federación Mundial de Obesidad para 2019 mostraron que el 47,7% de la población adulta (+18 años) tenía un ligero exceso de peso (sobrepeso). Rumanía ha desarrollado a lo largo del tiempo multitud de programas nacionales y locales para prevenir la obesidad y concienciar sobre el problema como: el Programa de Panecillos y Leche, el Plan de Fruta Escolar o el Programa de comidas calientes. Aunque Rumanía cuenta con un gran número de proyectos locales y nacionales centrados en la prevención de la obesidad, la educación sanitaria y el aumento de la calidad de vida, según las estadísticas, la incidencia de la obesidad sigue aumentando en todos los grupos de edad.*

La obesidad es uno de los principales problemas sanitarios a escala mundial. Por ello, un gran número de estrategias internacionales se centran en frenar la evolución de esta patología y aumentar la calidad de vida.

Los trastornos de la conducta alimentaria pueden afectar a individuos de diferentes grupos de edad, pero la edad media de aparición se sitúa en la adolescencia, mientras que la frecuencia, a la misma edad, también va en aumento. El estigma negativo de la obesidad hace que los adolescentes adopten actitudes de comportamiento erróneas, que pueden derivar en malnutrición o trastornos nutricionales para ser aceptados en los grupos de amigos. Esta es una de las principales razones por las que necesitan apoyo social, informativo y médico.

Con este fin, en Rumanía se han puesto en marcha en los últimos años programas nacionales y proyectos internacionales o locales a gran escala, en los que participan expertos y especialistas de diversos campos (médicos de distintas especialidades, enfermeros, dietistas, fisioterapeutas, profesores, entrenadores deportivos, psicólogos, farmacéuticos, expertos de la industria alimentaria, asociaciones profesionales o interdisciplinarias de nutrición, cocineros, medios de comunicación), con fines educativos, de intervención comunitaria y de terapia conductual, en el contexto de la medicina del estilo de vida.

5.1 Prevalencia

Según EUROSTAT, en 2019, el 0,8% de la población rumana tenía un peso inferior al normal, el 40,6% tenía un peso normal con relación a su altura y el 10,9% de la población estaba diagnosticada de obesidad. [1] Los informes de la Federación Mundial de Obesidad correspondientes a 2019 muestran que el 47,7% de la población adulta (+18 años) presenta un ligero exceso de peso (sobrepeso). En cuanto a la distribución por sexos, existe una mayor incidencia en varones para el sobrepeso: 55,9% y 11,1%

para la obesidad, respectivamente. Las mujeres están menos afectadas por el sobrepeso (40,1%) que los hombres, con casi el mismo porcentaje de obesidad (10,8%) [2,3].

La prevalencia de los trastornos alimentarios no está bien representada en las estadísticas, oscilando en torno al 0,8% (para la bulimia) y el 1,2% para la anorexia, con grandes

variaciones según los países. En Rumanía, las cifras indicativas son del 0,6-0,9%, con la mención de que, en realidad, la preponderancia puede ser mucho mayor. La obesidad, el estrés, la pubertad y los traumas psicoemocionales son los principales factores que influyen. [4.5]

En 2017, tras las evaluaciones antropométricas, el 52,5% de la población adulta fue diagnosticada de sobrepeso y el 10,4% de obesidad. Nada menos que el 59,2% de la población masculina tenía sobrepeso y el 10,4% era obesa. En el caso de las mujeres, el 46,3% estaban incluidas en el

Estas categorías se hicieron de acuerdo con las normas internacionales para todos los años de referencia, incluyendo así la categoría de adultos con sobrepeso con un IMC entre 25 y 29,9 kg / m², y la categoría de obesidad para aquellos con un IMC superior a 30 kg / m². [3]

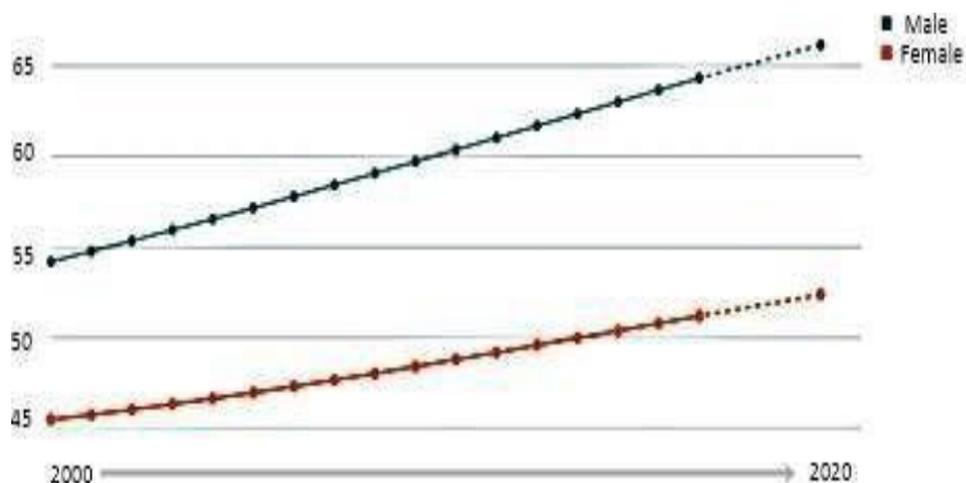


Fig.1 Prevalencia del sobrepeso en la población adulta [4]

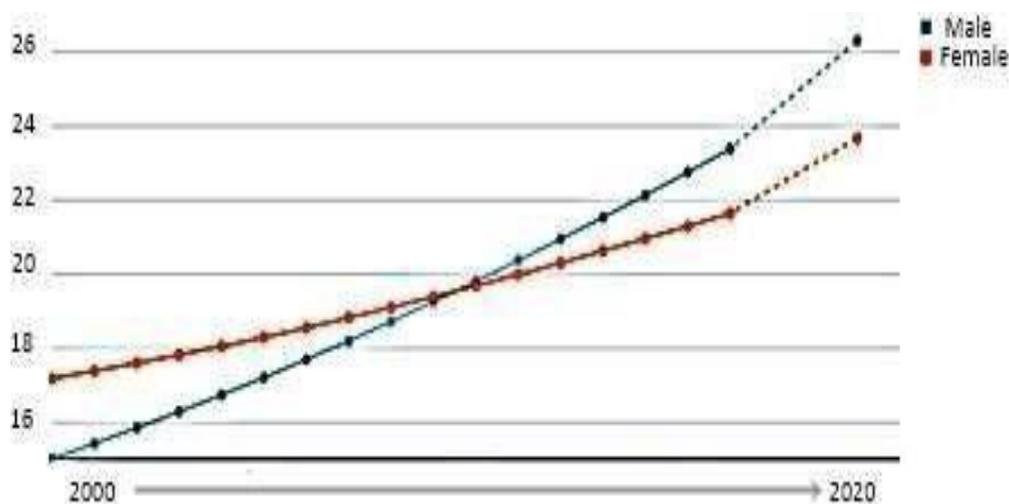


Fig.2 Prevalencia de la obesidad en la población adulta [4]

Según los datos actuales, se calcula que, sin intervenciones adecuadas, la incidencia de la obesidad en la población adulta alcanzará el 28,9%. [7]

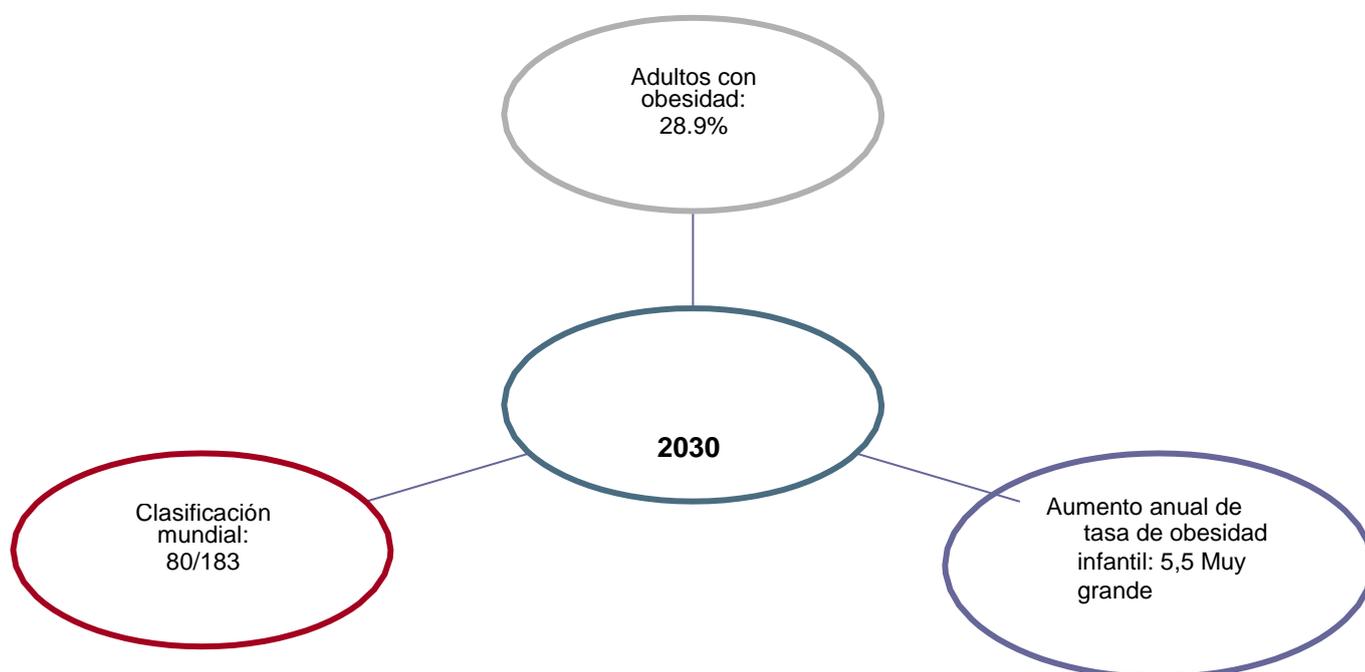


Fig.3 Estimaciones para 2030 [7]

Las estimaciones para los varones muestran un aumento significativo del número de pacientes (31,46%) diagnosticados de obesidad de grado I (IMC ≥ 30), lo que equivale a más de 2 millones de personas. El grado II (IMC ≥ 35) y la obesidad de grado III (IMC ≥ 40) alcanzan hasta el 10%. Las estimaciones para las mujeres muestran una menor incidencia de la obesidad de grado I, alcanzando un porcentaje del 26,46%, el equivalente a más de 2 millones de personas. En cuanto a la obesidad de grado II, hay un ligero aumento porcentual en comparación con los hombres, alcanzando un porcentaje del 9,45%. La obesidad mórbida / grado III conserva valores entre el 2 y el 3% para cada sexo. [7]

Cuadro 1. Estimaciones para 2030 de la evolución del género [5].

	Sexo femenino	Sexo masculino
IMC≥ 30	26.46%	31.46%
IMC≥ 35	9.45%	7.93%
IMC≥ 40	2.71%	2.04%

Las estimaciones para 2030 muestran que en los niños se producirá un aumento de la incidencia de la obesidad hasta el 20,06% (5-9 años) y el 14,3% (10-19 años), respectivamente. [7]

Tabla 2. Estimaciones para 2030 de la prevalencia de la obesidad [7].

País incluido en la categoría	Prevalencia
<i>Turquía</i>	19%
<i>Croacia</i>	
<i>Hungría</i>	
<i>Grecia</i>	18%
<i>Serbia</i>	
<i>Bulgaria</i>	
<i>Eslovenia</i>	17%
<i>Macedonia del Norte</i>	
Rumanía	16%

Así, en el periodo 2010-2030, el incremento anual para la obesidad adulta es del 1,7%, mientras que para los niños los cambios son importantes, con valores de hasta el 5,5%. Según estos datos comunicados,

El 31,1% de las muertes se deben a enfermedades no transmisibles y patologías que incluyen la obesidad para todos los grupos de edad [7].

El Instituto de Métricas y Evaluación Sanitarias, junto con la Federación Mundial de Obesidad, situó a Rumanía en 2020 a la cabeza de los 10 países europeos en los que el IMC influía significativamente en los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y en la tasa de mortalidad. Rumanía se sitúa en esta evaluación junto con Bulgaria, Ucrania, Serbia, Hungría, Bielorrusia, Letonia, Georgia y Macedonia del Norte. Asimismo, en las estimaciones sobre la evolución de la obesidad infantil, Rumanía se sitúa a la cabeza de los 10 países europeos con mayores problemas, junto con Eslovenia, Albania, Serbia, Bulgaria, Turquía, Hungría, Croacia y Grecia, entre otros. [7]

Tabla 3. Influencia significativa del IMC en los años de vida ajustados en función de la discapacidad [5].

País incluido en la categoría	Influencia
<i>Bulgaria</i>	7.97
<i>Ucrania</i>	6.58
<i>Macedonia del Norte</i>	5.91
<i>Georgia</i>	5.78
<i>Serbia</i>	5.58
<i>Montenegro</i>	5.4
<i>Hungría</i>	5.35
Rumanía	5.35
<i>Letonia</i>	5.26
<i>Bielorrusia</i>	5.07

En términos de enfoque e intervención en obesidad, Rumanía se encuentra entre los países menos preparados, con una clasificación general del 80%, junto con Azerbaiyán, Uzbekistán, Turkmenistán, Tayikistán, Ucrania, la República de Moldavia y Georgia. [7]

Tabla 4. Clasificación global del abordaje y la intervención en obesidad [7].

País incluido en la categoría	Clasificación mundial
<i>Turkmenistán</i>	126
<i>Tayikistán</i>	126
<i>Uzbekistán</i>	121

Azerbaiyán	101
Rumanía	80
Ucrania	79
República de Moldavia	77
Georgia	74
Serbia	60

Los trastornos alimentarios pueden ser de varios tipos, pero los más conocidos y diagnosticados son la anorexia y la bulimia. Afectan principalmente a adolescentes jóvenes, pero el 10% de los casos se dan en hombres jóvenes. Se trata de trastornos psicósomáticos- fisiológicos complejos, en los que intervienen componentes psicológicos, neurobiológicos y socioculturales, que necesitan un apoyo interdisciplinario a largo plazo. Un ejemplo para Rumanía es la Asociación para la Prevención y el Tratamiento de los Trastornos Alimentarios - APTTA, creada en 2012. Su misión es mejorar las acciones para prevenir, detectar y tratar los trastornos alimentarios en Rumanía, proporcionando información, ayuda especializada y atención a los pacientes y su entorno familiar: online, a través de grupos de apoyo, asesoramiento y psicoterapia (<http://www.anorexie-bulimie.ro/>).

5.2 Guías y normas

Guía para una dieta sana

Las recomendaciones nutricionales rumanas se basan en una guía dietética publicada en 2006, *Guía para una alimentación sana*, redactada por la Sociedad Rumana de Nutrición y respaldada por el Ministerio de Sanidad. Incluye información básica, como datos teóricos sobre el metabolismo energético, la necesidad y las fuentes de macronutrientes y/o micronutrientes, las necesidades de agua, las influencias y los cambios a lo largo de la vida, evaluaciones y recomendaciones nutricionales nacionales básicas [8].

Las recomendaciones nutricionales se basan en una pirámide alimentaria brevemente presentada, sin actualización periódica.

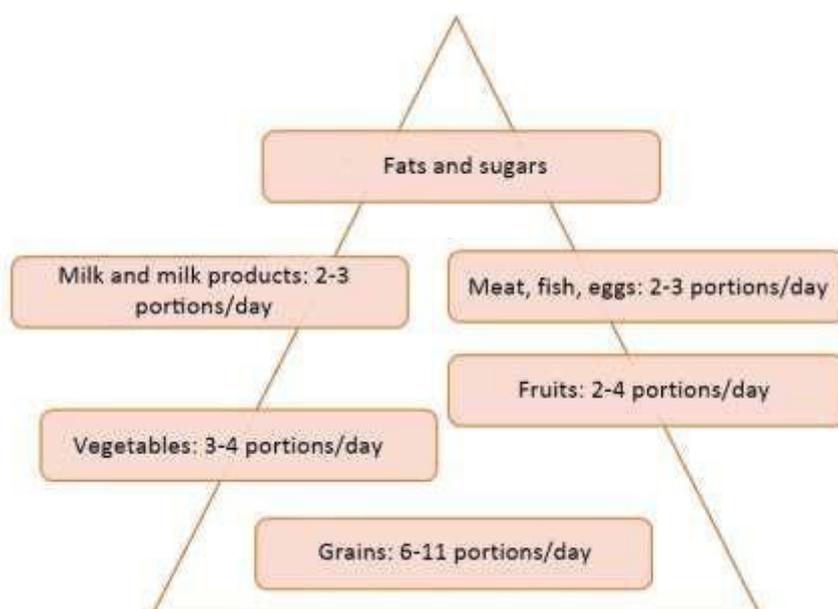


Fig.4 Pirámide alimentaria según la Guía de Alimentación Saludable, 2006 [8]

En la Tabla 5 se presentan recomendaciones dietéticas más detalladas que

incluyen las necesidades de macronutrientes y de energía.

Necesidades de macronutrientes según la Guía de Alimentación Saludable, 2006 [8].

Edad y sexo	La energía necesaria / día	Proteína requerido %.	Carbohidratos requerido%.	Lípidos requerido %.
1-3 años, ambos géneros	1300	15	55	30
4-6 años, ambos sexos	1830	14	54	31
7-9 años, ambos sexos	2190	13	55	32
10-12 años, hombre *	2600		58	
13-15 años, hombre *	2490			30
16-19 años, hombre *	2310			
Adultos, mujeres	2200			
Adultos, hombres	2900			

* En la guía faltan recomendaciones para las mujeres.

Guía de prevención - Estilo de vida saludable y otras intervenciones preventivas prioritarias para las enfermedades no transmisibles en atención primaria

En 2016, dentro del programa de Iniciativas de Salud Pública, se publicó la Guía de Prevención - Estilo de vida saludable y otras intervenciones preventivas prioritarias para las enfermedades no transmisibles en atención primaria. Dentro de ella, los principales enfoques se centran en la dieta y la actividad física [9].

La pirámide alimentaria presentada incluye los grupos de alimentos básicos, con algunos cambios significativos respecto a los mencionados en la guía anterior.

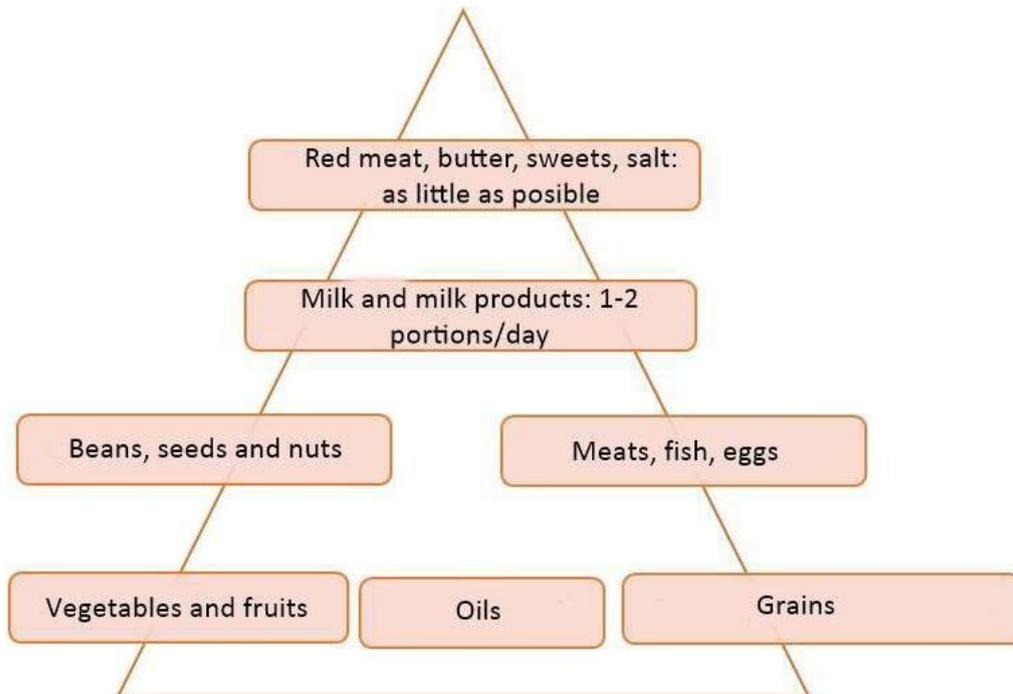


Fig.5 Pirámide alimentaria de la Guía de prevención, 2016[9]

A diferencia de la guía anterior, esta también presenta el plato de la alimentación sana, un esquema que se corresponde con las directrices internacionales y oficiales de la Escuela de Salud Pública de Harvard. [9,10]

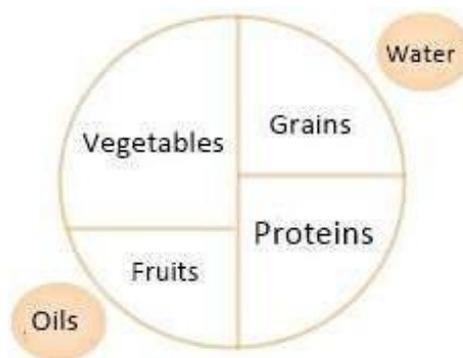


Fig.6 Guía de prevención Plato de comida sana, 2016 [9].

Aunque ambos enfoques incluyen principalmente indicaciones para una dieta omnívora, la guía actual también ofrece recomendaciones para personas con una dieta vegetariana o vegana. También incluye diversas recomendaciones para el cumplimiento de una dieta saludable, por recomendaciones internacionales y nacionales, como los principios de la dieta DASH, los principios de la dieta mediterránea, la lista de alimentos no recomendados en las escuelas, los principios de una dieta equilibrada para niños mayores de 2 años, etc. [9].

Un aspecto importante es el principio de normalización de las intervenciones contra la obesidad que se presenta en la sección de anexos, en la que se formulan recomendaciones específicas basadas en una evaluación antropométrica detallada: determinación del peso, la talla y el cociente (IMC), determinación y evaluación del

perímetro abdominal, pero también la posible conexión entre ambos. La guía también incluye recomendaciones para una evaluación alimentaria basada en un diario de alimentos y detalles sobre cómo puede diseñarse correctamente. [9]

En cuanto a la actividad física, la guía fomenta la evaluación de su nivel mediante diversos métodos como la anamnesis detallada, los cuestionarios de frecuencia y la caracterización de la actividad deportiva, pero también mediante otros métodos como el uso de podómetros y otros dispositivos de monitorización. Las recomendaciones básicas para la actividad física se presentan en la Tabla 6. [9].

Tabla 6. Recomendaciones para las actividades deportivas [9].

	<i>Recomendación</i>
<i>Niños menores de 5 años</i>	Al menos 3 horas diarias, mediante actividades adecuadas a la edad (principalmente en forma de juego y actividad recreativa), bajo supervisión.
<i>Niños de 5 a 17 años</i>	Actividades de intensidad moderada - intensa, al menos 3 veces/semana
<i>Adultos</i>	2,5 - 5 horas de actividad a la semana a intensidad moderada o 1 - 2,5 horas/semana a alta

Otras guías

También en 2016 se publicaron varias guías a nivel nacional para apoyar un estilo de vida saludable y reducir el riesgo de obesidad como:

- Prevention guide - Healthy lifestyle and other priority preventive interventions for non-communicable diseases in primary care; [11].
- Guía de prevención - Intervenciones preventivas sobre el estilo de vida Consumo de alcohol; [12].
- Guía de prevención - Intervenciones preventivas sobre el estilo de vida Fumar; [13].
- Guía de prevención - Problemas de nutrición, crecimiento y desarrollo en la infancia: alimentación 0-2 años, trastornos del crecimiento y del desarrollo; [14].
- Guía de prevención - Consulta preventiva integrada. Intervenciones recomendadas para el niño. Intervenciones recomendadas para adultos [15].

En 2021, la Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología "George Emil Palade" de Târgu Mureş, publicó la Guía de Nutrición Comunitaria, dedicada a las estrategias de intervención nutricional preventiva comunitaria en el ciclo vital, especialmente en la infancia. [16]

5.3 Iniciativas nacionales y locales

Rumanía ha desarrollado a lo largo del tiempo multitud de programas nacionales y locales para prevenir la obesidad y concienciar sobre el problema. Entre 2014 y 2020, el Ministerio de Sanidad contó con una estrategia sanitaria nacional para prevenir y combatir la obesidad en adultos y niños, financiando y organizando diversas campañas dirigidas a la población.

Campañas nacionales

- La campaña del mes nacional de información sobre los efectos de la nutrición/nutrición, un programa del Ministerio de Sanidad, se lleva a cabo a nivel local a través de las Direcciones de Salud Pública para aumentar el nivel de conocimientos de la población y mejorar el estilo de vida y el estado de salud [17].
- Cada año se organizan campañas con motivo del Día Europeo contra la

Obesidad (ZEIO), programas organizados por las Direcciones de Salud Pública. Se trata de un proyecto en el que se informa a los beneficiarios sobre el diagnóstico de esta patología, las implicaciones, las posibles complicaciones, etc. [18].

- El Programa Panecillo y Leche - es un programa nacional iniciado en 2002 mediante el cual los niños de primaria y secundaria reciben diariamente un producto lácteo y un producto de panadería [19,20].
- Plan de consumo de fruta en las escuelas: es un programa nacional iniciado en 2008 para impartir educación nutricional y entregar fruta fresca a los niños dos veces por semana. El programa está destinado a preescolares y escolares [19,20].
- El programa de comidas calientes - un programa llevado a cabo en las escuelas, en proceso de expansión, lanzado en 2016 [21].

Campañas locales

Otras organizaciones que han puesto en marcha y/o apoyado actividades nacionales para reducir esta patología son La Coalición Nacional de Lucha contra la Obesidad; el Foro Rumano para la Obesidad; la Sociedad Rumana de Nutrición; la Fundación para una Alimentación Saludable; la Asociación de Asesoramiento y Educación Sanitaria - Iasi; la Asociación Médica de Prevención del Estilo de Vida - Bucarest; ASCOTID Mureş; la Asociación Rumana de Dietistas; la Asociación Rumana de Nutrición y Dietética; la Asociación ProNutrición - Târgu Mureş; las universidades del país que tienen un programa de Nutrición y Dietética, etc.

Proyectos de renombre desarrollados para la prevención y el tratamiento de la obesidad a escala local son:

- Programa *Sănătos de mic (Programa Saludable desde una Edad Temprana)* - un programa de la Asociación de Salud para Madres y Lactantes de Cluj-Napoca, cuyo objetivo era la educación nutricional de los preescolares, sus familias y el personal de los centros educativos, que se llevaba a cabo en más de 200 guarderías. Actualmente ofrece una guía de nutrición para padres y juegos educativos para niños [22].
- Y el Programa *Vivo Sano (Yo también tengo una vida sana)* - desarrollado por la asociación PRAIS de Bucarest, tiene como objetivo combatir las enfermedades no transmisibles, basándose principalmente en diversas actividades extraescolares para promover un estilo de vida equilibrado en los niños de primaria y las familias [23].
- El programa educativo para la prevención de la obesidad entre los niños de Iași, titulado *Traista cu sănătate - Tradiciones sanas para niños sanos*, con guías y campañas educativas dedicadas a los estudiantes de enseñanza media, galardonado en 2021 por la Comisión Europea con el Premio de Salud de la UE, en la categoría de Ciudades con un Estilo de Vida Saludable. [24]

Aunque Rumanía cuenta con un gran número de proyectos locales y nacionales centrados en la prevención de la obesidad, la educación sanitaria y el aumento de la calidad de vida, según las estadísticas la incidencia de la obesidad sigue aumentando en todos los grupos de edad, por lo que consideramos necesaria la intervención nutricional en varios ámbitos por:

- Formar al personal médico en la evaluación y el tratamiento de la obesidad infantil para reducir tanto el número de niños con sobrepeso como el de adultos con sobrepeso.
- Formar al personal educativo en el ámbito de la nutrición para aumentar el nivel de información que reciben los niños en los centros educativos.
 - Educar a los niños de todas las edades mediante cursos obligatorios y/u optativos de educación nutricional y sanitaria.
 - Cambio de las normas legislativas sobre calidad alimentaria en los centros educativos

- Actualización de las directrices dietéticas existentes y elaboración de nuevas directrices acordes con las recomendaciones nutricionales actuales.
- Realización de campañas y programas de educación nutricional y sanitaria centrados en los problemas existentes a nivel local / nacional y adaptación de los existentes en función de la evolución y eficacia observadas.
- Redactar y difundir materiales nutricionales sencillos para la población, con el fin de aumentar el nivel de conocimientos.

Tanto la obesidad como los trastornos alimentarios son enfermedades complejas y multifactoriales, cuya frecuencia aumenta constantemente, y el enfoque para su prevención y tratamiento debe incluir redes de actividades multidisciplinares, dietas individualizadas, asesoramiento psicológico, seguimiento continuo, terapia conductual, comunicación eficaz y, sobre todo, compasión.

Referencias

- [1] Eurostat. "Índice de masa corporal (IMC) por sexo, edad y quintil de renta" 2019. en https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en
- [2] Mundo Obesidad Federación. "Rumanía", 2019, en https://data.worldobesity.org/country/romania-178/#data_prevalence
- [3] EUROSTAT. "Estadísticas sanitarias - Atlas sobre mortalidad en la Unión Europea", Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Bélgica, 2009, ISBN 978- 92-79-08763-9.
- [4] Kessler RC, Shahly V, Hudson JI, et al. "A comparative analysis of role attainment and impairment in binge-eating disorders and bulimia nervosa: results from the WHO World mental Health Surveys", Epidemiología y Ciencias Psiquiátricas, 2014, 23:27-41.
- [5] Iorga M, Manole I, Pop L, Muraru ID, Petrariu FD. "Trastornos alimentarios en relación con los hábitos dietéticos entre los estudiantes de farmacia en Rumanía", Farmacia, 2018, 6:97-109.
- [6] NCD Risk Factor Collaboration, "Values for 2000 to 2016", en <http://ncdrisc.org/data-downloads.html>
- [7] Federación Mundial de Obesidad, "Atlas Mundial de la Obesidad 2022", Londres, 2022
- [8] Sociedad Rumana de Nutrición. "Guía para una alimentación sana", Edit. Performantica, Iasi, 2006, ISBN 973-730-240-4
- [9] Centro Nacional de Estudios de Medicina Familiar. "Guía de prevención - Estilo de vida saludable y otras intervenciones preventivas prioritarias para las enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud", Bucarest, 2016, ISBN 978-973-0-22797- 0.
- [10] Harvard Health Publications, "Comparison of the Healthy Eating Plate and the USDA's MyPlate", Disponible en <http://www.health.harvard.edu/plate/comparison-of-healthy-eating-plate-and-usda-myplate>
- [11] Centro Nacional de Estudios de Medicina Familiar. "Guía de prevención - Estilo de vida saludable y otras intervenciones preventivas prioritarias para las enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud", Bucarest, 2016, ISBN 978-973-0-22796- 3.
- [12] Centro Nacional de Estudios de Medicina Familiar. "Guía de prevención - Intervenciones preventivas sobre el estilo de vida. Consumo de alcohol" , Bucarest, 2016, ISBN 978- 973- 0-22798-7.
- [13] Centro Nacional de Estudios de Medicina Familiar. "Guía de prevención - Intervenciones

- preventivas sobre el estilo de vida. Smoking", Bucarest, 2016, ISBN 978-973-0- 22799-4
- [14] Centro Nacional de Estudios de Medicina Familiar. "Guía de prevención - Problemas de nutrición, crecimiento y desarrollo en la infancia: nutrición 0-2 años, trastornos del crecimiento y del desarrollo", Bucarest, 2016, ISBN 978-973-0-22801-4.
- [15] Centro Nacional de Estudios de Medicina Familiar. "Guía de prevención - Consulta preventiva integrada. Intervenciones recomendadas en niños. Intervenciones recomendadas para adultos", Bucarest, 2016, ISBN 978-973-0-22802-1.
- [16] Martin ŞA, Hădmaş R, Tarcea M. "Guía de nutrición comunitaria", Edit. University Press Târgu Mureş, 2021, ISBN 978-973-169-737-6
- [17] Ministerio de Sanidad. "National Nutrition/Eating Effects Information Month Campaign", 2021, Disponible en <https://www.ms.ro/2021/10/27/campania-luna-national-nutrition/eating-effects-information-month/>
- [18] Instituto Nacional de Salud Pública, "Día Europeo contra la Obesidad", Rumanía, 2019 disponible en www.insp.gov.ro
- [19] Tribunal de Cuentas Europeo, "Informe Especial nº 10 - ¿Son eficaces los programas de distribución de leche y fruta en las escuelas?", 2011.
- [20] Diputación Provincial de Cluj. "Guía para la aplicación del programa escolar rumano (leche, maíz, frutas y verduras) en los centros escolares y de educación preescolar acreditados estatales y privados del condado de Cluj", Cluj Napoca, 2017.
- [21] Gobierno rumano. "Decisión del Gobierno nº 92/2017 sobre la aprobación del Programa Piloto para la prestación de apoyo alimentario a los niños en edad preescolar y a los alumnos de 50 centros estatales de educación preuniversitaria", Bucarest, 2017.
- [22] Asociación SAMAS. "Sano como un niño", en <https://sanatosdemic.ro/>
- [23] Fundación PRAIS. "Yo también vivo sano", en www.sets.ro
- [24] Fundación Tradiciones Saludables y Universidad de Medicina y Farmacia de Iasi. "Traista cu salute", disponible en <https://trazitii-sanatoase.ro/programul-traista-cu-sanatate/>.

6. Obesidad y trastornos alimentarios - Informe local en Serbia

Sanja Mazid

Universidad de Belgrado,
Facultad de Medicina Belgrado,
Serbia
sanja.mazic@med.bg.ac.rs

Danka Sinadinovid

Universidad de Belgrado,
Facultad de Medicina Belgrado,
Serbia
danka.sinadinovic@med.bg.ac.rs

Stevan Mijomanovid

Universidad de Belgrado,
Facultad de Medicina Belgrado,
Serbia
stevan.mijomanovic@med.bg.ac.rs

Resumen. *Este capítulo ofrece un esbozo de la situación nacional y local en relación con la obesidad y los SUH en Serbia. Se centra especialmente en los datos estadísticos, directrices, normativas y recomendaciones, y en la promoción del bienestar en relación con una alimentación sana, una nutrición adecuada y la actividad física. La información de este capítulo abarca a la población general de Serbia, pero se centra específicamente en los niños y los adolescentes. Una de las principales conclusiones es que, aunque existen datos suficientes, varias iniciativas y recomendaciones en relación con la obesidad y la alimentación sana, hay una laguna cuando se trata de los SUH.*

Palabras clave: obesidad, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, atracones, Serbia

6.1 Introducción

El acelerado ritmo de vida ha impuesto numerosos retos al hombre/mujer y al niño modernos. Una de las principales consecuencias de este estilo de vida es el deterioro del bienestar y la salud en general. La salud se ha convertido en una mercancía para la mayoría de la gente y la mayoría o no tiene los medios, el tiempo o la información necesaria para llevar un estilo de vida saludable. Una de las repercusiones es un cambio drástico en las dietas y los hábitos alimentarios. En concreto, hoy en día la gente tiende a saltarse el desayuno, a abusar de los tentempiés, a evitar la fruta y la verdura, a consumir pocas fibras y carbohidratos complejos, y a menudo opta por la comida precocinada o la llamada comida basura/rápida, que es extremadamente alta en calorías. Además, debido a la industrialización y la globalización, es decir, al dominio de Internet y al hecho de que un gran número de empleos incluyen el trabajo en un ordenador o desde casa, se ha producido un aumento significativo del sedentarismo seguido de una falta de actividad física, otra consecuencia del rápido ritmo de vida y la disminución del tiempo libre. Esto no solo ha afectado a los adultos, sino también a los niños y adolescentes, que dependen cada vez más de la tecnología (por ejemplo, videojuegos, aplicaciones, redes sociales, etc.); el tiempo frente a la pantalla puede

provocar aburrimiento e incluso ansiedad, con el resultado de un picoteo constante o episodios de sobrealimentación [1]. Específicamente en adultos jóvenes y adolescentes, los acontecimientos traumáticos o

importantes de la vida pueden exacerbar y causar trastornos como ansiedad, depresión, fobias, etc., que también pueden ser una puerta de entrada a la sobrealimentación y la obesidad, u otros problemas y trastornos mentales como los trastornos de la conducta alimentaria (por ejemplo, anorexia y bulimia nerviosa) [1][2]. Aparte de estos factores externos, los genéticos y biológicos

también pueden contribuir en gran medida a la obesidad y a la disfunción eréctil. Tanto la obesidad como los SUH se están convirtiendo en temas de importancia para la salud pública en Serbia, especialmente si se consideran los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes [3][4].

El objetivo de este capítulo es ofrecer una visión general de los datos relativos a la obesidad y las disfunciones eréctiles en Serbia, con especial atención a los niños y adolescentes. Además, el capítulo analizará la situación actual y las tendencias, presentará las directrices y normas existentes relativas al tratamiento de la obesidad y las disfunciones eréctiles, y explorará las iniciativas nacionales y locales para la promoción de una alimentación sana y el bienestar.

6.2 Alimentación sana para jóvenes con obesidad y DE - Perspectiva serbia

La investigación realizada en 2019 [5] midió el IMC en la población mayor de 15 años en Serbia, y los resultados mostraron que más de la mitad de los participantes tenían sobrepeso o eran obesos (Gráfico 1). La misma investigación también exploró el estado de nutrición de los niños de 5 a 14 años. Los resultados relativos a este grupo muestran que el 12,9% de los niños son obesos, mientras que el 16,6% tienen sobrepeso [5]. El grupo más afectado es el de los niños de 5 a 6 años (gráfico 2).

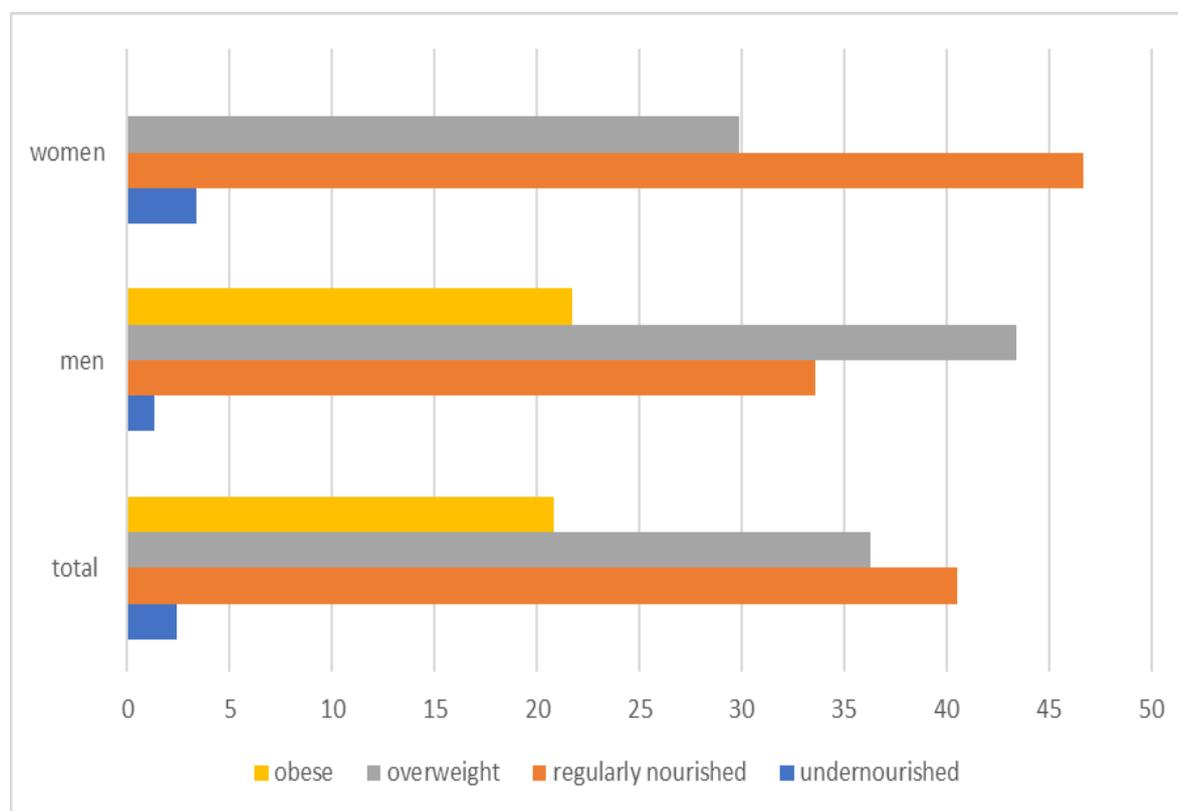


Gráfico 1. El estado de nutrición de la población mayor de 15 años en Serbia (2019)¹⁸

¹⁸ Adaptado de la *Encuesta de Salud de la Población de Serbia 2019 (Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije, 2019)*, Oficina de Estadística de la República de Serbia, Instituto de Salud Pública de Serbia y Ministerio de Sanidad de la República de Serbia [5].

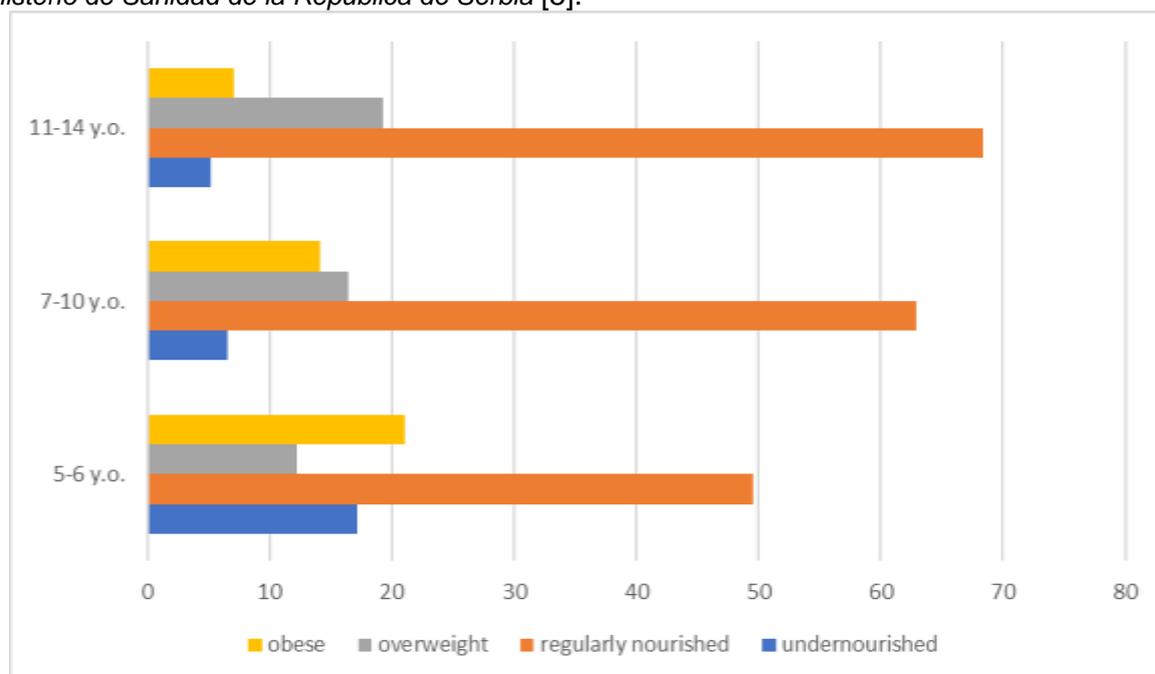


Gráfico 2. El estado de la nutrición infantil en Serbia (2019)¹⁹

Esta investigación también demostró que aproximadamente la mitad de los niños de 5 a 14 años de Serbia comen fruta y verdura a diario, mientras que la otra mitad consume estos grupos de alimentos rara vez o nunca. Se observan diferencias significativas en los niños en función de la posición social y geográfica. En concreto, los niños que viven en la capital o proceden de familias acomodadas comen fruta y verdura con bastante más frecuencia. Casi la mitad toma bebidas no alcohólicas azucaradas al menos 4 veces por semana, mientras que casi una quinta parte las toma a diario. [5]

Según la misma investigación, más de dos tercios de los niños de Serbia participan en algún tipo de actividad física al menos una vez a la semana/aproximadamente 4,8 horas a la semana (los niños con más regularidad que las niñas).

Obesidad en Serbia

La reincidencia en el sobrepeso, es decir, la obesidad, parece haberse convertido en una epidemia y en una de las amenazas para la salud pública menos reconocidas tanto a nivel mundial como en Serbia [4][6].

Según los datos oficiales, en el año 2000, el 8,2% de los niños y adolescentes (de 7 a 17 años) de Serbia tenían sobrepeso, mientras que el 4,4% eran obesos. En 2006, la prevalencia aumentó, de modo que había un 11,6 % de niños y adolescentes con sobrepeso y un 6,4 % de obesos. Por último, en 2013 el porcentaje de individuos con sobrepeso alcanzó el 13,7 % en la población de niños de 7 a 14 años [3]. Sin embargo, según el Ministerio de Sanidad de la República de Serbia los resultados son aún más preocupantes, ya que informó de que había un 20,2 % de adolescentes con

sobrepeso y un 8,9 % de obesos en 2013 [7]. A raíz de estos informes, en 2018 el Gobierno de la República de Serbia adoptó el Programa nacional para la prevención de la obesidad en niños y adultos.

Según el informe nacional Health Behaviour in School-aged Children in Serbia 2017 (HBSC), un estudio colaborativo de la OMS, realizado y publicado para Serbia por el Instituto de Salud Pública de Serbia, casi una quinta parte de los estudiantes tiene sobrepeso (18,2%), mientras que uno de cada seis estudiantes es obeso (5,7%). El mayor porcentaje de estudiantes con bajo peso (4,4%) y obesos (7,8%) se da entre las niñas de 11 años, mientras que el mayor porcentaje de estudiantes con sobrepeso se da entre los estudiantes de 13 años.

¹⁹ Adaptado de la *Encuesta de Salud de la Población de Serbia 2019 (Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije, 2019)*, la *Oficina de Estadística de la República de Serbia*, el *Instituto de Salud Pública de Serbia* y el *Ministerio de Sanidad de la República de Serbia* (Milic et al. 2021).

En cuanto a la imagen corporal, el 13,7% de los estudiantes cree que su peso es inferior al deseable, mientras que el 26,1% se considera obeso. Además, el 17,2% de los estudiantes estaba a dieta o emprendía alguna otra acción para reducir peso. Durante la semana laboral, el 58,8% de los estudiantes desayuna todos los días, mientras que el 7,5% no desayuna nunca. Una de cada diez chicas de 15 años no desayuna nunca durante la semana laboral. El 42,2% de los alumnos consume fruta a diario (45,3% chicas, 39,1% chicos), mientras que el 2,6% no consume fruta nunca (2% chicas, 3,2% chicos). El 42% de los alumnos consume verdura a diario (46,7% chicas, 37,3% chicos), mientras que el 4,3% no consume verdura nunca (3,5% chicas, 5% chicos). Alrededor de una quinta parte de los estudiantes toman bebidas no alcohólicas azucaradas a diario (22,4%), los chicos con más frecuencia que las chicas. El consumo de bebidas dulces no alcohólicas aumenta con la edad. Más de un tercio de los alumnos come dulces a diario (35,8%), los chicos con más frecuencia que las chicas. El consumo de bebidas no alcohólicas azucaradas y dulces aumenta con la edad, tanto en las niñas como en los niños. Un tercio de los alumnos realizaba actividad física todos los días durante una hora (33,6%), mientras que fuera de las clases la mitad de los alumnos realizaba actividad física cuatro veces por semana o más (51,1%), en línea con las recomendaciones. En todos los grupos de edad, los niños eran más activos físicamente que las niñas y con la edad se observa una disminución evidente de los niveles de actividad física, especialmente en las niñas. Cuatro quintas partes de los niños (82,5%) consumen productos lácteos/beben al menos un vaso de leche al día. Se ha producido un aumento del consumo de leche y productos lácteos desde 2013 y 2006 (74,2% y 60,4%, respectivamente). Uno de cada dos niños come fruta (52,3%) y verdura (53,9%) a diario. Dos tercios de los niños (68,5%) realizan actividades físicas en su tiempo libre. En comparación con la encuesta anterior (2013), se ha producido un descenso de la actividad física en la población de niños en edad escolar. [8]

Según la Encuesta de Salud de la Población de Serbia 2019, realizada por la Oficina de Estadística de la República de Serbia, en cooperación con el Instituto de Salud Pública de Serbia y el Ministerio de Sanidad de la República de Serbia, con el apoyo financiero de la UE, entre los niños de 5 a 14 años el 12,9% son obesos, mientras que el 16,6% son moderadamente obesos. Se ha registrado un número considerablemente mayor de niños obesos en la población de niños en edad preescolar. Desde la anterior encuesta realizada en 2013, se ha producido un aumento del número de niños obesos en la población de niños en edad escolar. En 2013 en la población de niños de 10 a 19 años había un 20,2% de adolescentes con sobrepeso y un 8,9% de adolescentes obesos. En comparación con la encuesta realizada en el año 2000 hubo un aumento de adolescentes con sobrepeso (5,9%) y de niños obesos (4,5%) [5].

La información más reciente sobre la obesidad en Serbia puede encontrarse en la Guía nacional de buenas prácticas clínicas - tratamiento de la obesidad (2022), donde se presentan las predicciones de la Federación Mundial de Obesidad para Serbia. En concreto, se espera que para el año 2030 el 27,8% de los adultos sean obesos, con un

aumento anual del peso del 1,7% para los adultos y del 4,5% para los niños entre los años 2010 y 2030 [4].

En el marco del proyecto Apoyo a la salud mental de los jóvenes en Serbia [9], el Centro de Educación, Investigación y Desarrollo, con el apoyo del Ministerio de Juventud y Deporte, llevó a cabo una investigación en 2013 en la que participaron 40 centros de enseñanza secundaria de Serbia. Participaron 1000 personas (46% de chicos y 54% de chicas). Los resultados mostraron que: El 22% de los participantes se preocupaban con relativa frecuencia por engordar o pensaban que ya estaban demasiado gordos, mientras que una de cada tres chicas estaba preocupada por su peso; el 22% de los participantes tenían con relativa frecuencia episodios de comer en exceso; el 14% de los participantes tenían la impresión de que su confianza en sí mismos dependía de su capacidad para mantenerse delgados, lo que indica la presencia de una mayor preocupación por el aspecto físico y está en consonancia con la presión social de estar "en forma" y la importancia de la imagen corporal en este periodo de desarrollo; El 18% de los participantes se saltaban comidas con relativa frecuencia durante todo el día porque no tenían apetito; el 6% de los participantes estaban preocupados por estar demasiado

delgados; el 7% de los participantes declararon comer demasiado rápido durante los "ataques de hambre", seguir comiendo incluso cuando ya se sentían mal, sentirse preocupados por no poder controlarse al comer; el cuidado del aspecto físico era más prominente en los participantes con una autoevaluación más negativa.

Además, según la *Estrategia para el Desarrollo de la Salud de la Juventud en la República de Serbia*, alrededor del 25% de los jóvenes de la población general y alrededor del 50% de los jóvenes de grupos marginados y socialmente vulnerables carecen de los conocimientos y habilidades necesarios para llevar un estilo de vida saludable, incluidos los trastornos alimentarios. [10]

Urgencias en Serbia

Los trastornos de la conducta alimentaria son una fuente importante de morbilidad (psiquiátrica) y constituyen un problema sociomédico y económico relevante, así como una cuestión alarmante de salud pública en todo el mundo [11]. Los trastornos alimentarios más frecuentes son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (BED).

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal adecuado para la edad, es decir, no se trata de una pérdida de apetito, sino de una lucha constante contra el impulso de comer [12][13]. Además, se presenta miedo irracional a engordar, imagen corporal distorsionada y amenorrea, en las mujeres. La anorexia es uno de los trastornos mentales con mayor incidencia de mortalidad, y suele afectar a mujeres jóvenes de 13 a 20 años [13] o de 15 a 24 años [14]. En Serbia, este trastorno parece ser prevalente, especialmente en la población de chicas adolescentes [15][16].

La bulimia nerviosa es un trastorno psiquiátrico frecuente caracterizado por episodios repetidos de sobrealimentación con el objetivo de evitar ganar peso [12], purgas autoinfligidas, uso de productos para perder peso, laxantes y diuréticos, y exceso de ejercicio [13]. Los signos externos de la bulimia nerviosa incluyen pérdida del esmalte dental, labios agrietados, problemas tiroideos, ciclo menstrual irregular, etc. [13] La BN parece ser más prevalente que la AN, aunque es más leve y menos frecuente que provoque mortalidad [17]. Al igual que la AN, la BN es más frecuente en mujeres jóvenes y en el 20% de los casos coexiste con la AN. [13]

El trastorno por atracón suele afectar a personas que ya tienen una percepción frágil de su propio cuerpo, es decir, de su imagen corporal, y está especialmente presente en personas que han pasado por algún tipo de programa de adelgazamiento o que son obesas [14]. Las personas de mediana edad (40-50 años), con mayor frecuencia mujeres, son las más afectadas por este trastorno [14][18]. Se caracteriza por comer compulsivamente. En la población estudiantil, comer en exceso y las dietas

restrictivas son mecanismos muy comunes utilizados para superar el estrés inducido por nuevas tareas y obligaciones [19].

En Kragujevac (una ciudad del centro de Serbia) se llevó a cabo un estudio transversal con 220 participantes (de 16 a 25 años) relativo a los comportamientos y actitudes sobre la imagen corporal y las DE y se utilizó el EAT-26 (Test de Actitudes Alimentarias). Los resultados mostraron que el 17,6% de los participantes estaban malnutridos. De todos los participantes, el 4,4% se clasificó como bulímico subclínico, el 13,7% tenía una DE no especificada y el 8,8% padecía anorexia subclínica. El estudio concluyó que los hijos de padres divorciados y los niños insatisfechos con su estatus socioeconómico desarrollaban una DE con mayor frecuencia. Además, las niñas de zonas urbanas, en comparación con las de zonas rurales, suelen tener un peso inferior (con tendencia a la delgadez extrema), y son más propensas a sufrir una DE. Un hallazgo curioso fue un número muy bajo de niñas con sobrepeso en comparación con estudios anteriores. Más de la mitad de los participantes expresaron su deseo de adelgazar, aunque su peso estaba dentro de los límites normales. Un hallazgo especialmente alarmante fue el hecho de que el 30,4% de las chicas que participaron en el estudio tenían una puntuación superior a 20 en el EAT-26, lo que es un indicador de que Serbia es uno de los países con mayor prevalencia de DE. [15]

Otro estudio relativo al nivel de prevalencia de los TCA en la población de estudiantes universitarios (1059) con una edad media de 22,14±2,29 años examinó los TCA más comunes: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. Los resultados relativos a la AN mostraron que el 1,9% de los alumnos pueden ser diagnosticados de padecer AN. En lo que respecta a las alumnas, esta prevalencia fue del 3,2%. La mayor prevalencia de AN se observó en individuos que sufrían depresión. El 13,5% de los estudiantes cumplían todos los criterios diagnósticos de la BN. La prevalencia fue ligeramente superior en los alumnos varones (14%) que en las alumnas.

(De forma similar a la AN, los estudiantes que manifestaron más síntomas de depresión también podrían ser diagnosticados de BN. La prevalencia de BED en la población estudiantil fue del 14,4%, siendo los estudiantes varones más propensos (15,2%) en comparación con las estudiantes mujeres (13,8%) [20] Otro estudio que examinó la población de estudiantes universitarios encontró que el tercer grupo más alto de síntomas basado en la intensidad es la preocupación con respecto a sus hábitos alimenticios y destacan la insatisfacción con su peso corporal y el apetito incontrolado como los problemas más comunes [21].

Por último, un estudio sobre la estigmatización de las personas que padecen disfunción eréctil, en el que participaron 575 personas (mayores de 16 años), concluyó que el 12,9% de los participantes tenía una actitud negativa hacia las personas que padecían disfunción eréctil, el 58,9% tenía una actitud neutra y el 28,1% una actitud positiva. Curiosamente, los encuestados mayores de 45 años son los que tienen una actitud más negativa hacia estas personas, mientras que los más jóvenes son los que tienen una actitud menos negativa. La conclusión especialmente relevante se refiere a la percepción del peligro que estas personas suponen para sí mismas o para los demás. La mayoría de los participantes (76,1%) no considera a estas personas peligrosas para los demás, el 53,3% cree que estas personas son las únicas culpables de su estado, el 70,9% piensa que el tratamiento puede ayudarles y el 60,2% cree que estas personas podrían mejorar su estado si quisieran ("si se recompusieran"). *22+

6.3 Directrices y normas

Alimentación sana

Según el Manual para la educación entre iguales "Nutrición adecuada y trastornos alimentarios" *13+ el objetivo de una dieta sana es el mantenimiento y/o la consecución del peso deseable en combinación con actividad física (mínimo 60 minutos al día). El objetivo final de este tipo de comportamiento debe ser el bienestar continuo y la prevención de la

mala salud. Los principios generales a los que hay que atenerse para conseguir lo anteriormente mencionado son los siguientes: consumo diario de frutas y verduras frescas, comer carnes y pescados magros, evitar las carnes grasas, dar prioridad a los cereales integrales, evitar los productos de pastelería y los aperitivos fritos y grasos, optar por macedonias/compotas, frutos secos, fruta desecada de postre. Además, deben ingerirse diariamente entre 1,5 y 2,5 litros de líquido (agua, té, etc.).

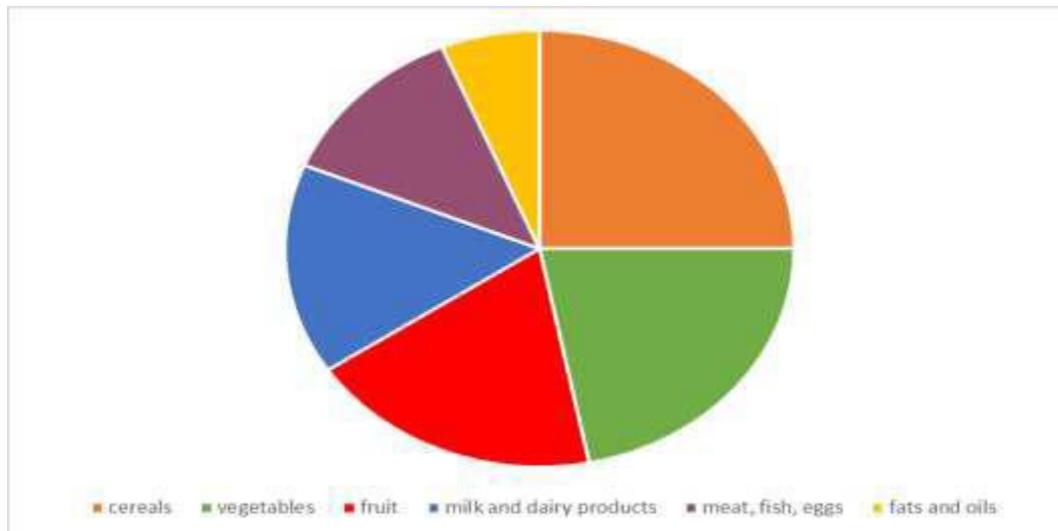


Gráfico 3. Grupos de alimentos - proporción recomendada

El Manual para la educación entre iguales "Nutrición adecuada y trastornos alimentarios" ofrece directrices para una alimentación sana para dos grupos diferentes de niños

- 2000 Kcal/día para los que

no son físicamente activos y 2300 Kcal/día para los niños que sí lo son. Estas dos recomendaciones de dieta saludable contienen cinco grupos de alimentos (Gráfico 3) y sólo difieren en el número de raciones: por ejemplo, cuatro raciones de cereales para los niños que no son físicamente activos y cinco raciones para los que sí lo son. [13]

Tratamiento de la obesidad

La guía nacional de buenas prácticas clínicas - tratamiento de la obesidad (2022) destaca la comunicación como uno de los factores clave para el éxito del tratamiento de los pacientes obesos, y la adhesión a un enfoque en el que no haya discriminación/estigmatización del paciente obeso. Además, la guía subraya la importancia de un enfoque multidisciplinar que incluya a personal sanitario de distintas especialidades y orientaciones (por ejemplo, enfermeros, médicos de cabecera, psicólogos y psiquiatras, etc.).

En cuanto a la comunicación, la guía diferencia entre dos grupos de pacientes: aquellos cuya queja principal es la obesidad, y aquellos cuya queja principal es otra cosa. Cuando se trata de este último grupo, se recomienda pedir primero permiso al paciente para hablar de su IMC. En ambos grupos, es importante evitar juzgar y humillar al paciente, así como crear un ambiente agradable y adoptar un enfoque motivacional, a la vez que se muestra empatía durante todo el encuentro. Además, hay que determinar si el paciente está dispuesto a cambiar su estilo de vida. El médico puede orientar al paciente preguntándole primero por los aspectos negativos de los cambios, seguido de preguntas sobre los aspectos positivos de los cambios; debe haber una tendencia a enumerar más aspectos positivos.

La estigmatización es un problema grave cuyas consecuencias potenciales incluyen: un mayor riesgo de depresión, baja autoestima, imagen corporal negativa, riesgo de desarrollar DE, evitación de la actividad física, aumento del IMC, evitación de

pedir ayuda médica y suicidio. Aparte del enfoque empático y sin prejuicios mencionado anteriormente, se aconseja a los profesionales médicos que eviten utilizar un vocabulario hiriente y abusivo, y que pasen de decir *un paciente obeso* a *un paciente con/sufriendo obesidad*. Algunos médicos de cabecera y especialistas creen que los pacientes obesos son vagos, poco cooperativos, poco inteligentes, etc. Por ello, la guía insta a los profesionales médicos a tener en cuenta que la obesidad puede tener una etiología compleja, que el paciente no siempre tiene un control consciente sobre ella y que lo más frecuente es que tenga experiencias negativas con los profesionales médicos.

La evaluación clínica de los pacientes obesos debe incluir una anamnesis en doce pasos:

1. expectativas del paciente y voluntad de cambio;
2. evaluación cronológica del IMC;
3. identificación de las razones que conducen a la obesidad (por ejemplo, embarazo, abuso y abandono en la infancia, etc.);
3. la evaluación de los tratamientos anteriores y su tasa de éxito;
5. el grado de motivación del paciente para perder peso;
6. el nivel de expectativas con respecto a la reducción del IMC y del perímetro de la cintura;
7. la identificación del estilo de vida con respecto a la actividad física, los hitos importantes de la vida, etc.;
8. los antecedentes familiares;
9. la evaluación psicológica del impacto de la imagen corporal negativa;
10. la evaluación de los resultados de los tratamientos anteriores y su tasa de éxito.
11. perfil de ingesta de alimentos (comportamiento alimentario);
12. nivel de atención y conciencia de cuánto y de qué manera come el paciente (por ejemplo, nivel de hambre frente a saciedad), y posibles episodios de bulimia, síndrome de alimentación nocturna, hiperfagia, etc.

Los profesionales médicos y el paciente deben esforzarse por alcanzar los siguientes objetivos en lo que respecta al tratamiento de la obesidad: prevención/tratamiento de comorbilidades, mantener al paciente metabólicamente sano, recuperar una imagen corporal positiva, la autoestima y la satisfacción. Perder peso no debe ser el objetivo principal, sino que cualquier cambio en la salud del paciente debe tener efectos duraderos. Además, dado que la terminología médica puede resultar confusa para los pacientes e impedirles comprender plenamente su enfermedad, la educación del paciente desempeña un papel importante en el tratamiento de la obesidad. La educación de los pacientes les proporciona más información

sobre su estado/condición y les capacita para tomar decisiones que pueden tener un efecto positivo sobre

su motivación y, a largo plazo, la sostenibilidad del tratamiento. El tratamiento de la obesidad tiene tres vertientes: nutrición y hábitos alimentarios, actividad física y aspectos psicológicos.

En cuanto a la nutrición y los hábitos alimentarios, el primer paso y el más importante es recuperar la sensación fisiológica de hambre y saciedad, que están alteradas y distorsionadas en las personas obesas. Un aspecto importante para recuperar esta sensación es seguir un horario de comidas que ayude a evitar la sensación de pozo en el estómago, ya que esperar demasiado entre comidas puede ser contraproducente. Algunas recomendaciones son comer/masticar despacio, sin distracciones (por ejemplo, televisión, teléfonos inteligentes, etc.), comer en la mesa, reducir el aporte energético, llevar un diario para tomar conciencia de nuestro hábito alimentario, etc.

En cuanto a la actividad física, es decir, la inactividad, el aspecto importante del ejercicio es la reducción de la grasa visceral para disminuir el riesgo de aparición de diversas comorbilidades. La guía prescribe al menos 150 minutos semanales de actividad anaeróbica moderada (por ejemplo, caminar a una velocidad de 5-6 km/h). El paciente tiene independencia para decidir la intensidad del ejercicio; sin embargo, el tiempo total de ejercicio debe aumentarse gradualmente, ya que los pacientes tienden a relajarse y a flojear a medida que se prolonga el tratamiento con ejercicios. También deben incluirse ejercicios de resistencia para implicar a los grandes grupos musculares (2-3 sesiones al menos dos veces por semana con 8-10 ejercicios por sesión). No es

necesario hacer deporte, aunque algunos deportes son más apropiados para los pacientes obesos (por ejemplo, natación, ciclismo, marcha nórdica, etc.). Los ejercicios extenuantes deben prescribirse a los pacientes sólo tras la evaluación de un cardiólogo, y la prueba de esfuerzo debe utilizarse en pacientes con comorbilidades (por ejemplo, diabetes tipo 2).

La guía destaca los trastornos alimentarios que acompañan a la obesidad, como comer en exceso, las NES y el picoteo constante, y hace hincapié en que deben ser tratados por especialistas (psiquiatras, psicólogos, especialistas en obesidad) y con ayuda de la terapia cognitivo-conductual. La terapia cognitivo-conductual da buenos resultados y algunos de sus pasos son: aumento de la motivación, reestructuración de la ingesta diaria de alimentos (por ejemplo, tres comidas al día), reconocimiento de los factores desencadenantes y estimulantes, desarrollo de estrategias para evitar el picoteo y la sobreingesta compulsiva, examen e identificación de los pensamientos negativos automáticos, evaluación del nivel de ansiedad, etc. También se recomienda la psicoterapia, así como la terapia artística, la hipnosis, la terapia gestalt, la dramaterapia, etc. El objetivo general es mejorar la propia imagen corporal, ya sea mediante terapia individual o de grupo.

Por último, si es necesario, puede incluirse la farmacoterapia en el tratamiento de la obesidad y la comorbilidad. Si existen comorbilidades, deben tratarse en primer lugar sin centrarse en la reducción del IMC. En cuanto a los medicamentos utilizados para el tratamiento de la obesidad, el mercado sólo reconoce tres: el orlistat, la combinación de bupropión y naltrexona, y la liraglutida. La farmacoterapia y la cirugía bariátrica deben considerarse si no hay cambios en el estilo de vida o si fracasa el tratamiento conductual. [4]

Tratamiento de urgencias

A diferencia de la obesidad, en Serbia no existen hasta la fecha guías o recomendaciones nacionales que consideren el tratamiento de los TCA, en concreto la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el TDC. Sin embargo, *Handbook for Peer Education "Proper Nutrition and Eating Disorders"* (2019) es una guía útil para reconocer los problemas, concienciar y educar a los escolares. Se basa en la educación entre iguales y consta de cinco talleres. Los talleres se centran en los siguientes temas: nutrición adecuada - aspectos calóricos y nutritivos de la dieta; ingesta de agua, azúcares y sales; anorexia nerviosa y bulimia nerviosa; alfabetización mediática y nutrición; e introducción de una nutrición adecuada en las escuelas. En concreto, el taller centrado en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa tiene como objetivo informar a los alumnos sobre las DE más comunes en su grupo de edad, la adopción de hábitos alimentarios

saludables y evitar las dietas sin recomendación médica. Además, este taller se centra en el desarrollo emocional y en el reconocimiento y la verbalización de las propias emociones, así como en la movilización del apoyo de los compañeros. El grupo destinatario son los estudiantes de secundaria (14-19 años) y el personal del centro. El método desplegado incluye

interactivo, trabajo en grupo y estudio de un caso. El moderador del taller puede encontrar toda la información necesaria y pertinente en el manual, que le capacita y empodera en el proceso educativo [13].

En la práctica clínica, el diagnóstico diferencial de la AN es especialmente difícil debido a que los pacientes ocultan sus síntomas y no desean ser tratados, ya que su entorno estigmatiza su enfermedad y la rechaza por considerarla un comportamiento extraño. Suele diagnosticarse en pacientes que han perdido peso mediante dietas estrictas y/o ejercicio excesivo, y cuya pérdida de peso no es indicio de otras afecciones (por ejemplo, diabetes, hipertiroidismo, tumores, etc.). El pronóstico de estos pacientes puede variar drásticamente. Entre una cuarta parte y la mitad de los pacientes se recuperan completamente, mientras que alrededor del 5% mueren debido a las consecuencias crónicas de la inanición o se suicidan. Cierta número de pacientes

también presentan episodios alternos de mejoría y empeoramiento de su estado. Casi todas las irregularidades fisiológicas causadas por la AN pueden mejorarse, excepto la reducción de la masa ósea. El objetivo de la terapia AN es recuperar al menos el 90% del IMC esperado. Los pacientes que estén por debajo del 75% del IMC esperado deben ser hospitalizados. En pacientes extremadamente desnutridos, deben administrarse 1200-1800 kcal al día, ya sea en forma de comida o en forma líquida varias veces al día, y pueden aumentarse gradualmente hasta 3000-4000 kcal al día. El objetivo es que el paciente aumente de 1 a 2 kg por semana. Los pacientes que padecen AN deben ser tratados por un equipo de especialistas: endocrinólogo, nutricionista y neuropsiquiatra. Debe incluirse tratamiento psiquiátrico adicional para aquellos pacientes que también desarrollen signos y síntomas de depresión, autolesiones, TOC y tendencias suicidas [23].

6.4 Fomento del bienestar: iniciativas nacionales y locales

El Reglamento del Programa Nacional para la prevención de la obesidad en niños y adultos destaca dos objetivos: la promoción de estilos de vida saludables y la mejora de la salud de toda la población y la reducción de la incidencia de la obesidad en niños, jóvenes, adultos y ancianos. Las prioridades políticas nacionales se centran en varios campos: dieta sana, actividades físicas y preventivas, salud pública, educación, cooperación y normativa legislativa.

En cuanto a la dieta sana, las prioridades políticas nacionales incluyen: la promoción de una dieta sana de acuerdo con las directrices dietéticas, el aumento de la ingesta de fibra y la reducción de la ingesta de alimentos ricos en grasas y azúcar; la mejora de los hábitos alimentarios de bebés, niños, jóvenes y adultos; la mejora de la nutrición infantil en instituciones preescolares y escuelas; la prescripción de recomendaciones nacionales para la nutrición de niños, jóvenes y adultos; el seguimiento de los hábitos alimentarios de niños, jóvenes y adultos; y el establecimiento de un esquema de alimentación sana mediante el uso de varios colores para que los alimentos sanos sean fácilmente reconocibles.

Las prioridades políticas nacionales en el ámbito de las actividades preventivas y físicas incluyen: la promoción de estilos de vida saludables y el fomento de la actividad física regular; la prevención del aumento de peso en individuos con un peso corporal normal; la reducción de la incidencia de la obesidad, otras enfermedades y complicaciones de la obesidad; el fomento de la pérdida de peso en individuos con sobrepeso y obesidad, el mantenimiento del peso alcanzado y la prevención del aumento de peso en individuos con un IMC elevado; el aumento de la actividad física con el apoyo de un entorno saludable; la recomendación del nivel deseado de actividad física para niños y jóvenes; y el apoyo a los gobiernos locales para aumentar las actividades físicas poniendo a su disposición espacios abiertos y cerrados.

En relación con la salud pública, las prioridades políticas nacionales son las siguientes: fomentar el desarrollo de una cultura sanitaria sobre la importancia de una nutrición adecuada para el mantenimiento de la salud y la capacidad física; frenar la tendencia al aumento del número de niños, jóvenes y adultos con sobrepeso; intensificar las actividades preventivas y la promoción de dietas sanas en la protección primaria de la salud; y reforzar la promoción de la salud en diversos sectores.

Por lo que respecta a la educación, educar a los consumidores en una dieta sana y una alimentación moderada es la principal prioridad política nacional.

En el ámbito de la cooperación, las prioridades políticas nacionales incluyen: la mejora de la cooperación con los productores de alimentos para obtener de ellos productos más sanos (con menor cantidad de sal y azúcar, nivel limitado de grasas saturadas y sin grasas trans) y la mejora de la cooperación internacional y la aplicación de una metodología armonizada en la investigación de los hábitos alimentarios y el

seguimiento del estado nutricional.

Por último, en el ámbito de la normativa legislativa, las prioridades políticas nacionales incluyen: la mejora de la legislación relativa a las declaraciones alimentarias y la elaboración de un proyecto legislativo sobre la restricción de la publicidad de alimentos con alto contenido en azúcar, sal, grasas saturadas y grasas trans destinados principalmente a niños y jóvenes y de acuerdo con las recomendaciones de la red de acción europea para reducir la presión del marketing sobre los niños. [24]

El Centro de Excelencia en Nutrición y Metabolismo (CENM) de la Universidad de Belgrado se dedica a la investigación en tres direcciones: 1. investigación bioquímica; 2. investigación en el campo de la salud pública y la nutrición; 3. investigación en el campo de los efectos de los componentes bioactivos nutritivos y no nutritivos de los alimentos. En el ámbito de la salud pública, el CENM trabaja intensamente en la capacitación, el desarrollo y la gestión de una base de datos de composición de alimentos para Serbia y la región de los Balcanes, la armonización de las recomendaciones nutricionales sobre ingesta de micronutrientes y la creación de aplicaciones informáticas con el objetivo de validar los métodos científicos destinados a su aplicación en la evaluación dietética. Gracias a su participación en varios proyectos del 6PM y el 7PM, el Centro ha creado la primera base de datos electrónica serbia sobre composición de alimentos, que está armonizada con las bases de datos de otros países europeos. Un logro de especial importancia es la creación de una plataforma electrónica con varios programas para la recogida de datos sobre el consumo de alimentos, la evaluación dietética exhaustiva y la planificación nutricional. Los investigadores del CENM han contribuido a la armonización paneuropea de las recomendaciones de micronutrientes destinadas a diversos grupos de población en el marco del proyecto EURECA del 7PM. A través de las actividades del proyecto CHANCE del 7PM y de numerosas formaciones avanzadas en el país y en el extranjero, los investigadores del CENM han desarrollado métodos de modelización y simulación del efecto del enriquecimiento de los alimentos en la calidad de la dieta. A partir de 2013, los investigadores del CENM han establecido un módulo de estudios de doctorado en la Facultad de Biología de la Universidad de Belgrado, denominado Ciencias de la Nutrición Integrada, como el primer programa de posgrado en el campo de la nutrición en Serbia, pero también en la región de los Balcanes.

Otro centro importante en Serbia es el Centro para la prevención y el tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes en Serbia (fundado por el Hospital especial para enfermedades de la glándula tiroides y el metabolismo Čigota, Zlatibor). El programa de este centro se centra en la reducción de la obesidad, las enfermedades relacionadas con la obesidad y la reducción de la tasa de mortalidad de las personas obesas. El programa se inició en 1989 y desde entonces se ha convertido en una de las instituciones líderes en este campo. El equipo multidisciplinar que trabaja en Čigota cuenta con la ayuda de cada miembro para la prevención de la obesidad, la detección precoz y el tratamiento intensivo de los pacientes obesos [25].

Los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Belgrado (UB) son miembros de numerosos equipos de expertos que adoptan estrategias, normativas y programas nacionales que regulan este campo concreto. También cooperan con el sector industrial en el tema de la composición de los alimentos. El Festival de la Salud se organiza periódicamente en Belgrado (Serbia) y, entre otras actividades, ofrece la evaluación del estado nutricional y consejos de nutrición a cargo de expertos médicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Belgrado, así como mesas redondas y conferencias dirigidas tanto a profesionales de la medicina como a la población en general. Los profesores de la Facultad de Medicina participan regularmente en estas actividades. Además, hay varios proyectos e iniciativas diseñados y ejecutados por los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Belgrado. Uno de los proyectos es "Comer o no comer, esa es la cuestión" (desde 2010) organizado por el Sindicato de Estudiantes de Medicina, Facultad de Medicina, UB. En este proyecto los estudiantes de secundaria son

informados a través de talleres interactivos sobre alimentación sana y nutrición adecuada, la necesidad de la actividad física, los conceptos erróneos sobre las dietas reduccionistas, los suplementos dietéticos y los productos para adelgazar, las consecuencias de una ingesta inadecuada de alimentos que puede conducir al desarrollo de diversas enfermedades (por ejemplo, obesidad, aterosclerosis, diabetes de tipo 2, etc.), y sobre las disfunciones eréctiles. Además, los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UB también participaron en la educación de la población que visita los grandes centros comerciales sobre la necesidad de leer las declaraciones nutricionales. Los expertos médicos de la UB y los estudiantes de medicina también participan en la educación de los niños de primaria sobre una dieta sana y la importancia de la actividad física regular. La Facultad de Medicina coopera con los hospitales pediátricos organizando talleres sobre alimentación sana en los que los niños aprenden sobre comida sana y se les enseña a fabricar juguetes con comestibles. Hay una cooperación en curso con el *Hospital Especial de Enfermedades de la Glándula Tiroides y el Metabolismo Čigota, Zlatibor*. Además, los expertos médicos y los estudiantes de la Facultad de Medicina participan en la formación de los profesores de educación física de las escuelas sobre la importancia de una dieta sana y la práctica regular de actividad física.

Por último, el proyecto "*Factores de riesgo y consecuencias de la obesidad en pacientes adultos de la República de Serbia (prevención de la pandemia de Covid-19 y mejora del tratamiento)*", llevado a cabo por el Instituto de investigación y desarrollo de buenas prácticas *Well-Being International* en colaboración con el Ministerio de Sanidad de la República de Serbia, ha concluido recientemente. El objetivo del proyecto era apoyar al Estado en el desarrollo y establecimiento de un sistema nacional eficaz para la prevención de la obesidad en la población adulta, evaluar los factores de riesgo para el aumento de la obesidad en la población adulta en Serbia con el fin de crear una campaña eficaz que sirviera para concienciar sobre la nocividad de la obesidad y la reducción de daños de las consecuencias de la obesidad. Los resultados de este proyecto anticipan medidas que entran en el ámbito de la medicina, la economía y la sociedad. Las medidas médicas incluyen la difusión de *la Guía nacional de buenas prácticas clínicas - tratamiento de la obesidad (2022)* y el DPC de los profesionales médicos basado en esta guía, el pesaje y registro obligatorio del IMC de todos los pacientes que debe figurar en sus historiales médicos, el mantenimiento de un registro de personas obesas, la inclusión de analizadores de grasa corporal (básculas) en la atención ambulatoria, y la creación de centros multidisciplinarios de obesidad en los centros clínicos de las principales regiones de Serbia. Las medidas económicas presuponen la estimación de los gastos de la obesidad, el desarrollo del programa de alimentos saludables y el programa de alimentos que contribuyen al desarrollo de la obesidad, la promoción y el etiquetado especial de alimentos saludables, la imposición de impuestos especiales sobre los alimentos que causan y ayudan a la obesidad y declaraciones claras de alimentos, la prohibición de la distribución de productos que contribuyen al desarrollo de la obesidad en instituciones públicas y escuelas, subvenciones a las personas que sufren de obesidad durante su tratamiento, y la ampliación de la lista de medicamentos para el tratamiento de la obesidad especialmente para los ciudadanos más vulnerables económicamente. Por último, el objetivo de las medidas sociales es concienciar sobre la obesidad y su nocividad, reconocer la obesidad como una enfermedad crónica, desestigmatizar a los obesos, establecer un programa educativo para los escolares y desarrollar y promover programas de actividad física [6].

6.5 Conclusión

En este capítulo se ha intentado ofrecer un informe sobre la situación local y nacional en relación con la obesidad y los SUH en Serbia. Hemos visto que la obesidad en Serbia va en aumento, especialmente en los niños, y que las predicciones para el año 2030

prevén un incremento del 1,7% para los adultos y del 4,5% para los niños. Por otra parte, un estudio [15] afirma que Serbia es uno de los países con mayor prevalencia de DE, y otro [22] muestra que las personas que padecen DE siguen sufriendo estigmatización en Serbia.

La alimentación y la nutrición saludables, especialmente para niños y adolescentes, parecen seguir la pirámide alimentaria general y las normas mundiales relativas a las raciones recomendadas de los cinco grupos de alimentos y la ingesta de líquidos. En lo que respecta a la obesidad, las directrices giran en torno al establecimiento de una relación de colaboración entre el profesional médico y el paciente, la comunicación empática, la motivación para introducir cambios duraderos en el estilo de vida, la desestigmatización de los pacientes obesos, la evaluación clínica basada en una anamnesis orientada al paciente, la prevención de las comorbilidades y la posible inclusión de la farmacoterapia y la cirugía bariátrica si se han agotado todas las demás opciones. Por otro lado, no existen guías, recomendaciones ni normativas nacionales sobre los SUH. No obstante, se ha elaborado el *Manual para la educación entre iguales "Nutrición adecuada y trastornos de la conducta alimentaria"* (2019), y desde la perspectiva de la práctica clínica hay ciertos pasos implícitos en el diagnóstico, pronóstico y el tratamiento de la AN. Por lo tanto, podemos concluir que Serbia carece de datos y recomendaciones oficiales cuando se trata de AN, BN, BED o TCA en general.

La promoción del bienestar en relación con la obesidad, la alimentación sana y la nutrición adecuada en Serbia se ha llevado a cabo a través de numerosos proyectos, centros e iniciativas locales y nacionales, mientras que los SUH no se han reconocido como un problema candente.

Por lo tanto, podemos concluir que aunque se ha avanzado mucho en la investigación y la normalización del enfoque médico hacia la obesidad y la promoción de una alimentación saludable, todavía queda mucho por hacer a nivel nacional y local, especialmente en el campo de los SUH.

Referencias

- [1] Durčid, V. „Psihološki odnos prema telu i gojaznost adolescenata“, Medicinski glasnik. 16, 39, 2011, 94-100.
- [2] Butor, P. M. "Algunos puntos de vista psicológicos sobre la obesidad" en: Kiess W., Marcus C., Wabitsch M. (eds.) Obesity in childhood and adolescence, Karger, 9, 2004, 124-136.
- [3] Lešovid, S., Smiljanid, J., Ševkušid, J. „Deset godina uspešnog rada multidisciplinarnog centra za prevenciju i lečenje gojaznosti kod dece i adolescenata“, Medicinski glasnik Specijalne bolnice za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma, Zlatibor, vol. 23, nº 69, 2018, 7-29.
- [4] Šumarac-Dumanovid, M., Polovina, S. (Ur.), „Nacionalni vodič dobre kliničke prakse - Lečenje gojaznosti“, Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2022.
- [5] Milid, N., Stanisavljevid, D., Krstid, M. (Ur.), „Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije 2019. godine“, Beograd, 2021.
- [6] Institut za istraživanje i razvoj dobrih praksi Well-being International, „Projekat: Faktori rizika i posledice gojaznosti medju odraslim pacijentima u Republici Srbiji (Prevencija usled pandemije COVID-19 I unapredjenje tretmana)“, Beograd, 2022.
- [7] Savid, N. et al. "Eating habits and antifat attitudes among adolescents: West Serbian experience", UUMSZTRS, br. 8, 2021, 26-33.
- [8] Gudelj Rakid, S., Kilibarda, B., "Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC" („Osnovni rezultati istraživanja ponašanja u vezi sa zdravljem kod dece školskog uzrasta u Republici Srbiji 2017.godine“), Beograd: Institut za javno zdravlje „Dr

Milan Jovanovid Batut", 2018.

- [9] Popid, M., Savid, S., Brankovid, I., „Mentalno zdravlje mladih u Srbiji", Centar za edukaciju, istraživanje i razvoj, Beograd, 2014.
- [10] The Strategy of the development of health of the youth of Serbia: 104/2006-51 (Strategija razvoja zdravlja mladih u Republici Srbiji: 104/2006-51), Boletín Oficial de la República de Serbia, 104/2006.
- [11] American Psychiatric Association, "Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV TR", Washington D.C., American Psychiatric Association, 2000.
- [12] Ambrosi-Randid, N. et al. „Poremedaj hranjenja i internet: analize sadržaja hrvatskih web stranica", Psiholojske teme, 17, 1, 2008, 37-55.
- [13] Kosid Bibid, N., Berenji, K, Macura, N., „Priručnik za vršnjačke edukatore: Pravilna ishrana i poremedaji ishrane", Zavod za javno zdravlje Subotica, 2019.
- [14] Djurovid, D. et al. „Evaluacija programa za prevenciju poremedaja ishrane kod adolescenata", Primenjena psihologija, Vol. 9 (3), 2016, 243-260.
- [15] Jovanovid, M. "Behaviours and attitudes about body image and eating disorders among adolescent females in Kragujevac", Ser J Exp Clin Res, 16 (3), 2015, 235-239.
- [16] Kontid, O. y otros, "Poremedaji ishrane", Srpski arhiv za celokupno lekarstvo, 140, 2012, 673-678.
- [17] Turnbull, S. et al, "The demand for eating disorder care: epidemiological study using the General Practice Research Database", British Journal of Psychiatry, 169, 1996, 705-712.
- [18] De Zwaan, M., "Binge eating disorder and obesity", Int J Obes Relat Metab Disord, 25 (Suppl 1), 2001, 51-55.
- [19] Goldschen et. al, "Navigating the university transition among women who self-report an eating disorder: A qualitative study", International Journal of Eating Disorders, 52(7), 2019, 795-800.
- [20] Mladenovid, O., , Analiza učestalosti poremedaja u ishrani u studentskoj populaciji", Tesis doctoral inédita, Univerzitet u Beogradu: Medicinski fakultet, 2018.
- [21] Cvjetkovid, S. , "Istraživanje prediktora psihološkog distresa i spremnosti na traženje profesionalne psihološke pomoći kod studenata Beogradskog univerziteta", Tesis doctoral inédita, Univerzitet u Beogradu: Medicinski fakultet, 2020.
- [22] Milačid Vidojevid, I., Čolid, M. Dragojevid, N. „Stigmatizacija osoba sa poremedajima ishrane", Beogradska defektološka škola, Vol. 19 (2), br. 56, 2013, 299-312.
- [23] Nikolid-Djurovid, M. „Zašto gojaznost postaje anoreksija?", Medicinski glasnik Specijalne bolnice za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma „Zlatibor", 22(67), 2017, 48-53.
- [24] El Reglamento del programa nacional para la prevención de la obesidad en niños y adultos: 9/2018-3 (Uredba o nacionalnom programu za prevenciju gojaznosti kod dece i odraslih: 9/2018-3), Boletín Oficial de la República de Serbia, 09/2018.
- [25] Zdravkovid, D. et al., "Project of 'Prevention and treatment of obesity in children and adolescents in Serbia", Institute for Thyroid gland and metabolism Zlatibor, Belgrado, 2007.

7. Datos epidemiológicos y programas nutricionales para jóvenes europeos con obesidad y trastornos alimentarios - Informe transnacional

Monica Tarcea

Universidad *George Emil Palade* de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología de Targu Mures, Rumanía

Resumen. *La obesidad es un importante problema de salud mundial, junto con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. En la UE y en todo el mundo la frecuencia de esta enfermedad va en aumento, a pesar del gran número de estrategias internacionales e intervenciones comunitarias centradas en mitigar la evolución de esta patología y aumentar la calidad de vida. Tanto la obesidad como los Trastornos de la Conducta Alimentaria son enfermedades complejas, multifactoriales, cuya frecuencia aumenta constantemente, y el abordaje para su prevención y tratamiento debe incluir redes de actividades multidisciplinares, dietas individualizadas, asesoramiento psicológico, seguimiento continuo, terapia conductual y habilidades de comunicación.*

7.1 Introducción

La obesidad es un importante problema sanitario mundial, junto con los trastornos alimentarios, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.

En el caso de la obesidad, un gran número de estrategias internacionales e intervenciones comunitarias se centran en mitigar la evolución de esta patología y aumentar la calidad de vida. Pero aún no ha surgido un protocolo mundial eficaz, porque la geografía, la cultura, la etnia, las preferencias y los disruptores epigenéticos son muy diferentes de un país a otro.

Los trastornos alimentarios pueden afectar a individuos de diferentes grupos de edad, pero la edad media de aparición es la adolescencia, y su frecuencia va en aumento. Es necesario que más programas e intervenciones tengan una imagen clara de la situación mundial y de los perfiles de riesgo.

El estigma de la obesidad hace que los adolescentes adopten actitudes de comportamiento erróneas, que pueden derivar en malnutrición o trastornos nutricionales para ser aceptados en los grupos de amigos. Esta es una de las principales razones por las que necesitan apoyo social, informativo y médico.

Este es el Informe relativo a la gestión de los perfiles de riesgo de estas dos afecciones y a los programas nacionales desarrollados en los 6 países participantes en este proyecto.

7.2 Prevalencia de datos

En **Rumanía**, según EUROSTAT, en 2019, el 0,8% de la población rumana tenía un peso inferior al normal, el 40,6% tenía un peso normal en relación a su altura y el 10,9% de la población estaba diagnosticada de obesidad. [1] Las estimaciones para 2030 muestran que en los niños se producirá un aumento de la incidencia de la obesidad hasta el 20,06% (5-9 años) y el 14,3% (10- 19 años), respectivamente.

Asimismo, en las estimaciones sobre la evolución de la obesidad infantil, Rumanía se sitúa a la cabeza de los 10 países europeos con mayores problemas, junto con Eslovenia, Albania,

Serbia, Bulgaria, Turquía, Hungría, Croacia, Grecia, etc.[2] En cuanto a la distribución por sexos, se observa una mayor incidencia del sobrepeso en los varones: 55,9% y 11,1% para la obesidad, respectivamente. El sobrepeso afecta menos a las mujeres (40,1%) que a los hombres, con casi el mismo porcentaje de obesidad (10,8%) [3,4].

La prevalencia de la DE no está bien representada en las estadísticas, oscilando en torno al 0,6% (para la Bulimia) y al 0,9% para la Anorexia, con la mención de que, en realidad, la preponderancia puede ser mucho mayor. La obesidad, el estrés, la pubertad y los traumas psicoemocionales son los principales factores que influyen. [5,6]

La investigación realizada en 2019 midió el IMC en la población mayor de 15 años en **Serbia**, y los resultados mostraron que más de la mitad de los participantes tenían sobrepeso u obesidad, el 12,9% de los niños eran obesos y el 16,6% tenían sobrepeso. El grupo más afectado es el de los niños de 5 a 6 años. La información más reciente sobre la obesidad en Serbia puede encontrarse en la Guía nacional de buenas prácticas clínicas - tratamiento de la obesidad (2022), donde se presentan las predicciones de la Federación Mundial de Obesidad para Serbia. En concreto, se espera que para el año 2030 el 27,8% de los adultos sean obesos, con un aumento anual del peso del 1,7% para los adultos y del 4,5% para los niños entre los años 2010 y 2030 [7]. Además, según la *Estrategia para el Desarrollo de la Salud de los Jóvenes en la República de Serbia*, alrededor del 25% de los jóvenes de la población general y alrededor del 50% de los jóvenes de grupos marginados y socialmente vulnerables carecen de los conocimientos y habilidades necesarios para llevar un estilo de vida saludable, incluida la disfunción eréctil. [8]

Según los últimos datos de 2018, el 15 % tiene sobrepeso y el 6 % de los adolescentes de **la República Checa** son obesos. Los problemas de sobrepeso son más frecuentes en los varones, tanto en el caso del sobrepeso como de la obesidad. El número de niños obesos está aumentando. Un aumento significativo en el número en comparación con los datos de 2014 se refiere a la categoría de edad de 15 años. También estamos registrando un aumento significativo del número de niñas de 13 y 15 años con sobrepeso. También aquí se confirma la importancia del estatus socioeconómico. La prevalencia de la obesidad es hasta 3 veces mayor en los niños de familias con menores ingresos y niveles educativos más bajos.

Los datos sobre trastornos alimentarios son más difíciles de encontrar. A diferencia de los registros antropométricos o los datos autoinformados en las encuestas, los trastornos de la conducta alimentaria se registran bajo códigos de diagnóstico (F50.0- F50.9) y forman parte de una categoría de enfermedades de la salud. En 2020, un total de 5.167 personas fueron tratadas por trastornos de la conducta alimentaria en consultas externas y hubo 606 hospitalizaciones [9]. El número de pacientes aumentó especialmente entre los adolescentes de 15 a 17 años.

En 2020 se trataron 1.093, lo que supone un asombroso 89% más que en 2010. La mayoría de los pacientes, el 87%, eran mujeres y niñas. La alta mortalidad supera el 10%. La mortalidad duplica la de otros diagnósticos psiquiátricos y es diez veces superior a la de la población general. El riesgo de suicidio aumenta hasta 200 veces.

Según un estudio realizado por el Centro de Educación Sanitaria y Prevención de Enfermedades de **Lituania**, el 35,7% de la población adulta (19-64 años) y el 40,7% de la población anciana (65-75 años) tenían sobrepeso, y casi uno de cada cinco adultos y uno de cada tres ancianos eran obesos. [10]. Según un estudio coordinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Iniciativa de Vigilancia de la Obesidad Infantil (COSI), el 11% de los niños lituanos de siete años tenían sobrepeso y el 5% eran obesos [11]. Según los pronósticos sobre la prevalencia de la obesidad en Europa en 2025, los hombres lituanos estarán entre los más obesos (en tercer lugar, tras Irlanda y el Reino Unido). La prevalencia del sobrepeso entre los adolescentes lituanos más jóvenes no cambió significativamente en los últimos 15 años, pero disminuyó

ligeramente en los chicos de más edad y de forma demostrable en las adolescentes de más edad. En general, la prevalencia del sobrepeso entre los adolescentes lituanos es baja en comparación con la de otros países [12].

Según EUROSTAT, en 2019, el 2,0% de la población de **España tenía** un peso inferior al normal, mientras que el 16% estaba diagnosticada como Obesa. [13] La Federación Mundial de Obesidad [14] informó de que en ese mismo año, 2019, el 37,8% de la población española adulta (mayor de 18 años) tenía sobrepeso y, en cuanto a la distribución por sexos, existe una incidencia muy superior en los varones para el sobrepeso: 44,9% frente al 30,6% de las mujeres, mientras que en la obesidad la diferencia es muy inferior: 16,5% en varones y 15,5% en mujeres.

Los investigadores utilizaron las predicciones de la Federación Mundial de Obesidad sobre las tasas de obesidad en 2030 para comparar los países participantes en Connected4Health en 3 áreas [15]: 1)

Adultos con Obesidad para 2030, 2) Aumento anual de la Obesidad Infantil 2010-2030, y 3) Ranking de Preparación Global.

Cabe destacar que España tiene la 3ª estimación más alta de Obesidad Adulta para 2030, con un porcentaje cercano al 30%, y está catalogada como Alta por la Federación Mundial de Obesidad; los dos únicos países con una estimación de prevalencia más alta son la República Checa y Lituania. Sin embargo, cuando se habla del aumento anual de la Obesidad Infantil, España sale mucho mejor parada que la mayoría de los países del C4H y recibe una calificación media, mientras que la mayoría reciben la calificación de Muy Alta. En términos de Preparación, España está muy por debajo de la media de los países del C4H, más de 8 veces peor que el país más preparado, que es Portugal, y ocupa el octavo lugar de los 183 países estudiados.

En España, registramos un dramático aumento de los casos registrados de Anorexia y Bulimia, con un incremento de 14.659 casos en 2011 a 79.202 casos en 2020; un aumento de casi 5 veces. [16,17]

En **Portugal**, según la Encuesta Nacional de Salud, en 2019 más de la mitad de la población adulta (53,6%) tenía sobrepeso. La obesidad alcanza a 1,5 millones de personas mayores de 18 años (16,9%), siendo las mujeres más afectadas que los hombres (17,4% frente a 16,4%). Comparando los valores de la encuesta de 2019 con los de 2014, se observa un ligero aumento del sobrepeso (36,6% frente a 36,4%) y de la tendencia a la obesidad (16,9% frente a 16,4%). Más de la mitad de la población portuguesa (56%) no cumple con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud de consumir más de 400 g/día de frutas y verduras. [18]

En el informe COSI Portugal más reciente (2019), el 11,9% de los niños de 6 a 8 años eran obesos y el 29,7% tenían sobrepeso. Aunque sigue siendo una situación alarmante que 1 de cada 3 niños tenga sobrepeso o sea obeso, los datos muestran una reducción de puntos porcentuales en la prevalencia de niños con sobrepeso desde 2008, cuando Portugal era el segundo país europeo con mayor prevalencia de niños con obesidad o sobrepeso. [19]

En Portugal, los datos sobre la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria son escasos o sólo están disponibles para pequeñas comunidades. En un estudio observacional retrospectivo [20] que evaluó todos los episodios de hospitalización desde 2000 hasta 2014 con diagnóstico de TCA en Portugal, hubo un total de 4485 casos, donde la Anorexia fue la más frecuente (62,5%). Las hospitalizaciones por intento de suicidio fueron más comunes entre los pacientes con Bulimia (10,1% de las hospitalizaciones) o Anorexia (5,2%).

7.3 Guías y normas

Las recomendaciones nutricionales **rumanas se** basan en una guía dietética publicada en 2006, *Guía para una alimentación sana*, redactada por la Sociedad Rumana de Nutrición y respaldada por el Ministerio de Sanidad. [8] En 2016, dentro del programa

Iniciativas de Salud Pública, se publicó la Guía de Prevención - Estilo de vida saludable y otras intervenciones preventivas prioritarias para las enfermedades no transmisibles en atención primaria. Dentro de ella, los principales enfoques se centran en la dieta y la actividad física [9] En 2021, la Universidad de Medicina, Farmacia, Ciencia y Tecnología "George Emil Palade" de Targu Mures, publicó la Guía de Nutrición Comunitaria, dedicada a las estrategias de intervención nutricional preventiva comunitaria en el ciclo vital, especialmente en la infancia. [21]

Rumanía ha desarrollado con el tiempo multitud de programas nacionales y locales para prevenir la obesidad y concienciar sobre el problema. Entre 2014 y 2020, el Ministerio de Sanidad contaba con una estrategia sanitaria nacional para prevenir y combatir la obesidad en adultos y niños, financiando y organizando diversas campañas para la población, como *la campaña del mes nacional de información sobre los efectos de la nutrición/nutrición*, un programa del Ministerio de Sanidad, llevado a cabo a nivel local a través de las Direcciones de Salud Pública para aumentar el nivel de conocimiento de la población y mejorar el estilo de vida y el estado de salud, o *El Programa de Panecillos y Leche* - es un programa nacional iniciado en

2002 a través del cual los niños de las escuelas primarias y secundarias reciben un producto lácteo diario y un producto de panadería [21,22], *El Plan de Fruta Escolar* - es un programa de

programa nacional iniciado en 2008 para proporcionar educación nutricional y entregar fruta fresca a los niños dos veces por semana [22,23], y *El programa de comidas calientes* - un programa llevado a cabo en las escuelas, en proceso de expansión, lanzado en 2016 [24].

Otras organizaciones que han puesto en marcha y/o apoyado actividades nacionales para reducir esta patología son La Coalición Nacional de Lucha contra la Obesidad; el Foro Rumano de la Obesidad; la Sociedad Rumana de Nutrición; la Fundación para una Alimentación Saludable; la Asociación de Asesoramiento y Educación Sanitaria - Iasi; la Asociación Médica de Prevención del Estilo de Vida - Bucarest; ASCOTID Mures; la Asociación Rumana de Dietistas; la Asociación Rumana de Nutrición y Dietética; la Asociación ProNutrición - Targu Mures; las universidades del país que tienen un programa de Nutrición y Dietética, etc.

El manual **serbio** para la educación entre iguales "Nutrición adecuada y trastornos alimentarios" ofrece directrices para una alimentación sana para dos grupos diferentes de niños: 2000 Kcal/día para los que no son físicamente activos y 2300 Kcal/día para los que sí lo son. [25]

La guía nacional serbia de buenas prácticas clínicas - tratamiento de la obesidad (2022) destaca la comunicación como uno de los factores clave para el éxito del tratamiento de los pacientes obesos, y la adhesión a un enfoque en el que no haya discriminación/estigmatización del paciente obeso.

A diferencia de la obesidad, en Serbia no existen hasta la fecha guías o recomendaciones nacionales que consideren el tratamiento de los TCA, en concreto la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el TDC. Sin embargo, *Handbook for Peer Education "Proper Nutrition and Eating Disorders"* (2019) es una guía útil para reconocer los problemas, concienciar y educar a los escolares. Se basa en la educación entre iguales y consta de cinco talleres.

En 2021, la Sociedad Checa de Obesitología - Sección de Obesitología Pediátrica actualizó las recomendaciones para la terapia de la obesidad infantil válidas hasta entonces en la página web del IPVZ. En colaboración con la Society of Paediatric Practitioners y la Society for Nutrition, se publicó material educativo que está a disposición de los padres en hospitales y consultas.

De forma similar a la obesidad, en el caso de las DE existen directrices recomendadas para el tratamiento psiquiátrico publicadas por la Sociedad Psiquiátrica de la Asociación Médica Checa de J. E. Purkyně.

[26] La terapia requiere una atención profesional diferenciada disponible y una cooperación interdisciplinaria según el grado de motivación para el tratamiento, el apoyo

del entorno y la gravedad de las secuelas psicosociales y somáticas. PPP Info (PPP = ED) es un sitio web bien diseñado que ofrece un directorio de centros de asesoramiento, fuentes de información para las personas que buscan ayuda con las disfunciones eréctiles. [27] Los clientes también pueden recurrir a la ONG E-clinic - proyecto de ayuda anónima [28].

Otras partes interesadas importantes son las sociedades profesionales Czech Obesitological Society, Society for Nutrition, National Health Institute, Healthy Nutrition Forum, Association of Nutritional Therapists, Section of Nutritional Therapists at the Association of Nurses, Section of Nutrition and Nutritional Care, Section for Eating Disorders at the Psychiatric Society y otras. Además, entra en juego la Cámara de la Alimentación de la República Checa, porque ha participado en la (in)necesaria aceptación de la NutriScore. Actualmente se está creando una nueva red de centros de asesoramiento nutricional llamada *Nutriadapt*. También existe un portal totalmente independiente con un catálogo de terapeutas nutricionales llamado *vyzivovi-poradci.cz*.

En 2019-2020, los datos del estudio "Hábitos nutricionales, nutrición real y hábitos de actividad física de los niños en edad escolar" realizado por el Centro **Lituano** de Educación Sanitaria y Prevención de Enfermedades muestran que, uno de cada cinco niños consume alimentos poco saludables todos los días (una o varias veces al día) productos - patatas, maíz y otras patatas fritas, otros productos cocinados en grasa, asados o reventados.

Para mejorar la nutrición infantil en Lituania cooperan diversas instituciones, como la Comisión de Asuntos Sanitarios del Parlamento de Lituania, el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte, el Ministerio de Agricultura, el Servicio Estatal de Alimentación y Veterinaria, el Instituto de Higiene, el Centro de Educación Sanitaria y Prevención de Enfermedades, la Asociación de Municipios Lituanos, las oficinas de salud pública de los municipios, las instituciones educativas, el Foro Lituano de Padres, la Sociedad Lituana de Dietistas, la Asociación de Dietistas, la Asociación de Jefes de Cocina y Pasteleros, etc.

Para que los niños comprendan mejor el significado y los beneficios de una dieta y un estilo de vida sanos, el Ministerio de Sanidad ha ayudado al Ministerio de Educación y Ciencia a elaborar un "Currículo General de Educación para la Salud" en los centros que imparten programas de educación general. Su objetivo es garantizar el buen desarrollo de la salud de los niños en la escuela. Asimismo, en coordinación con el Ministerio de Agricultura, se está implementando un programa para promover el consumo de frutas y verduras y de leche y productos lácteos en las instituciones educativas infantiles, con el fin de formar hábitos alimenticios saludables y mejorar la nutrición de los niños. Durante la misma, se suministran gratuitamente frutas y verduras, sus zumos, leche y productos lácteos a los niños más pequeños de los centros educativos [29].

El estilo de vida mediterráneo es crucial para las directrices dietéticas españolas. En 2005 el Gobierno de España, AESNA (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) puso en marcha la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), y en 2011 la Estrategia NAOS fue consolidada e impulsada por la Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición. El lema de la campaña estratégica es "¡Come sano y muévete!" cuyo objetivo principal era prevenir el sobrepeso y la obesidad y contribuir a cambios en el estilo de vida. Las principales líneas estratégicas de actuación de la Estrategia NAOS abarcan todo el ciclo vital, priorizando las medidas dirigidas a la infancia, y adolescencia y con especial atención a las necesidades de los grupos socioeconómicos más vulnerables. La Estrategia NAOS cuenta con el Observatorio del Estudio de la Nutrición y la Obesidad, como sistema de monitorización y seguimiento para controlar la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en la población española y sus factores determinantes y evaluar si las actuaciones llevadas a cabo en este ámbito de actuación están siendo eficaces.

El Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria (PNCOCA) es el

documento que describe los sistemas de control oficial a lo largo de toda la cadena alimentaria en España, desde la producción primaria hasta los puntos de venta al consumidor final. El Día Nacional de la Nutrición (DNN) se celebra el 28 de mayo y es una iniciativa organizada anualmente por la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD), en colaboración con la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN), en la que se recuerda la importancia de mantener unos hábitos para toda la vida.

Dado que **Portugal** es un país de características mediterráneas, en 2016 se desarrolló una adaptación de la Rueda de los Alimentos a los conceptos de la Dieta Mediterránea. [30] La adaptación permite una aproximación de la guía alimentaria portuguesa al principio de la dieta mediterránea, lo que enriquece la guía y refuerza esta herramienta de educación alimentaria. El *Manual de Orientación Breve para una Alimentación Saludable en Atención Primaria* *31+ y las respectivas herramientas de apoyo: Guía con 10 pasos para una alimentación saludable.

[32] ayudan a estandarizar el abordaje clínico y sistematizar las recomendaciones alimentarias, optimizando el tiempo de consulta.

Obesidad: optimización del enfoque terapéutico en el servicio nacional de salud viene a contextualizar las mejores estrategias de terapia nutricional para la obesidad, basadas en las evidencias científicas más recientes, y en las especificidades: densidad energética, patrones de comidas, velocidad de ingesta y actividad física, para el tratamiento de la obesidad. *33+ Sobre los Trastornos de la Alimentación, Portugal no presenta directrices específicas, siguiendo las recomendaciones internacionales.

7.4 Conclusión

Hemos visto que la obesidad en **Serbia** está aumentando, especialmente entre los niños, y que las predicciones para 2030 son de un aumento del 1,7% para los adultos y del 4,5% para los niños. Podemos concluir que, aunque se ha avanzado mucho en la investigación y la normalización del enfoque médico de la obesidad y la promoción de una alimentación sana, aún queda mucho por hacer a nivel nacional y local, especialmente en el ámbito de los SUH.

Como ya se ha indicado, el número de jóvenes que padecen obesidad o DE en la **República Checa** va en aumento. Las cifras referidas a los problemas de peso varían ligeramente según la metodología utilizada, pero las estadísticas en general indican una tendencia al alza en los últimos años. Si están motivadas, las personas con problemas de peso pueden recibir un buen apoyo de un gran número de recursos financiados por el gobierno y que operan a nivel nacional.

En los últimos años se han observado importantes cambios positivos en la organización de la nutrición infantil. En **Lituania** se ha creado un marco legal para mejorar la nutrición en pro de la salud infantil. Los principales actos jurídicos nacionales -la Ley Alimentaria de la República de Lituania, la Ley de Asistencia Sanitaria Pública y la Ley de Apoyo Social a los Alumnos- regulan la nutrición y la seguridad alimentaria de los niños. También hay importantes iniciativas de organizaciones no gubernamentales.

A pesar de que **en España**, como en muchos otros países del mundo, se han puesto en marcha multitud de programas nacionales y locales para tratar de combatir la obesidad, como la estrategia NAOS creada por el Gobierno de España y otras iniciativas locales y privadas, la incidencia de la obesidad sigue aumentando en todos los grupos de edad, lo que resulta más paradójico si se tiene en cuenta que en España tradicionalmente se ha seguido una Dieta Mediterránea que ha demostrado su eficacia para prevenir las enfermedades relacionadas con la obesidad.

En **Portugal**, más de la mitad de la población adulta tiene sobrepeso y es obesa. Un estilo de vida desequilibrado está en la base de estas cifras: hábitos alimentarios inadecuados, inactividad física, gestión inadecuada del estrés, el sueño y la adaptación social. Al analizar la obesidad infantil, todas las regiones portuguesas mostraron un descenso en la prevalencia del sobrepeso (incluida la obesidad) desde 2008, aunque sigue siendo una situación alarmante. Se cree que esta tendencia positiva se debe al

aumento de una política alimentaria adecuada y a los destacados programas nacionales implementados en los últimos años.

Aunque **Rumanía** cuenta con un gran número de proyectos locales y nacionales centrados en la prevención de la obesidad, la educación sanitaria y el aumento de la calidad de vida, según las estadísticas la incidencia de la obesidad sigue aumentando en todos los grupos de edad.

Con respecto a todos los datos e intervenciones nutricionales comunitarias mencionadas anteriormente, tanto la obesidad como los trastornos alimentarios son enfermedades complejas, con condiciones multifactoriales, que aumentan constantemente en frecuencia, y el enfoque para su prevención y tratamiento debe incluir redes de actividades multidisciplinarias, dietas individualizadas, asesoramiento psicológico, seguimiento continuo, terapia conductual, comunicación eficaz y, especialmente, compasión.

Referencias

- [1] Eurostat. "Índice de masa corporal (IMC) por sexo, edad y quintil de renta" 2019. en https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en
- [2] Federación Mundial de Obesidad, "Atlas Mundial de la Obesidad 2022", Londres, 2022
- [3] Mundo Obesidad Federación. "Rumanía", 2019, disponible en https://data.worldobesity.org/country/romania-178/#data_prevalence
- [4] EUROSTAT. "Estadísticas sanitarias - Atlas sobre mortalidad en la Unión Europea", Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Bélgica, 2009, ISBN 978- 92-79-08763-9.
- [5] Kessler, RC, Shahly, V, Hudson, JI, et al. "A comparative analysis of role attainment and impairment in binge-eating disorders and bulimia nervosa: results from the WHO World mental Health Surveys", *Epidemiología y Ciencias Psiquiátricas*, 2014, 23:27-41.
- [6] Iorga, M, Manole, I, Pop, L, Muraru, ID, Petrariu, FD. "Trastornos alimentarios en relación con los hábitos dietéticos entre los estudiantes de farmacia en Rumanía", *Farmacia*, 2018, 6:97-109.
- [7] Šumarac-Dumanovid, M., Polovina, S. (Ur.) „Nacionalni vodič dobre kliničke prakse - Lečenje gojaznosti", Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2022.
- [8] The Strategy of the development of health of the youth of Serbia: 104/2006-51 (Strategija razvoja zdravlja mladih u Republici Srbiji: 104/2006-51), Boletín Oficial de la República de Serbia, 104/2006.
- [9] Ústav zdravotnických informací a statistiky. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf
- [10] Papežová H. et al. Poruchy příjmu potravy. Doporučené postupy. Česká psychiatrická společnost, z.s. Disponible en: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni- psychiatrie/f5-poruchy-prijmu-potravy>.
- [11] Barzda A, Bartkevičiūtė R, Baltušytė I, Stukas R. *Salud pública* 2016; 72 (1): 85-94. [12]WijnhovenTM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health* 2014; 14: 806.
- [13] Tutkuviene, J. (2007) Índice de masa corporal, prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes lituanos, 1985-2002. *Collegium antropologicum*, 31(1), 109-.

- [14] Eurostat 2019. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/overview>
- [15] Global Obesidad Observatorio "Obesidad Prevalencia". 2022 en https://data.worldobesity.org/country/spain-199/#data_prevalence
- [16] Tedros, M. "Día Mundial de la Obesidad 2022", en <https://www.worldobesityday.org/> [17] Benítez, AM, Sánchez, S, Bermejo, ML. Franco, L, et al. "Análisis del Riesgo de Padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria en jóvenes estudiantes universitarios de Extremadura (España)" Badajoz, España, 2019 en https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n54/en_1695-6141-eg-18-54-124.pdf
- [18] Número de casos de anorexia nerviosa o bulimia registrados en España de 2011 a 2020, en <https://www.statista.com/statistics/1192863/number-of-cases-of-anorexia-nervosa-or-bulimia-spain/>
- [19] Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. Instituto Nacional de Estadísticas. 2019. p. 1-12. Disponible de: https://www.inec.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_b_oui=414434213&DESTAQUESmode=2
- [20] Organización Mundial de la Salud. Hechos destacados de la Iniciativa de Vigilancia de la Obesidad Infantil (COSI) 2015-17. Órgano Mundial de Curación. 2018; 1-8.
- [21] Cruz, AM, Gonçalves-Pinho, M, Santos, JV, Coutinho, F, Brandão, I, Freitas, A. Hospitalizaciones relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria en Portugal: un estudio nacional de 2000 a 2014 Int J Eat Disord. 2018; 51(10):1201-6.
- [22] Martin, ŞA, Hădmaş, R, Tarcea, M. "Guía de nutrición comunitaria"/"Community Nutrition Guide", Edit. University Press Târgu Mureş, 2021, ISBN 978-973-169-737-6
- [23] Tribunal de Cuentas Europeo "Informe especial nº 10 - Los programas de leche y fruta en las escuelas entran en vigor en 2011
- [24] Consejo del Condado de Cluj (Consejo del Distrito de Cluj). "Guía para la aplicación del programa escolar de Rumanía (leche, maíz, frutas y verduras) en las escuelas y centros preescolares estatales y privados acreditados del condado de Cluj", Cluj Napoca, 2017.
- [25] Decisión del Gobierno rumano nº 92/2017 sobre la aprobación del Programa Piloto para la prestación de apoyo alimentario a los niños en edad preescolar y a los alumnos de 50 centros estatales de educación preuniversitaria, Bucarest, 2017.
- [26] Kosid Bibid, N., Berenji, K, Macura, N. „Priručnik za vršnjačke edukatore: Pravilna ishrana i poremedaji ishrane", Zavod za javno zdravlje Subotica, 2019.
- [27] Kulhánek, J. Véase www.pppinfo.cz
- [28] E-clinic - Institut pro studium, prevenci a léčbu poruch příjmu potravy a komorbidních onemocnění, NGO. Véase <http://www.ecinstitut.cz>
- [29] LR Sveikatos apsaugos ministerija. Vaikų mityba. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/visuomenes-sveikatos-prieziura/mityba-ir-fizinis-aktyvumas-2/vaikui>
- [30] Barbosa C, Pimenta P, Real H. Rueda de los Alimentos Mediterráneos y Pirámide de la Dieta Mediterránea: comparación entre las dos guías alimentarias. Acta Port Nutr. 2017; 11:6- 14.
- [31] Gregório MJ, Teixeira D, Monteiro R, de Sousa SM, Irving S, Graça P. Brief Counselling for Healthy Eating in Primary Health Care: Intervention Model and Tools. Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable. Dirección General de Sanidad, editor. Lisboa: 2020; 2020.
- [32] Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable. 10 Pasos para

- una Alimentación Saludable - Usuarios. Salud D-G Edit, 2021.
- [33] Camolas J, Gregório MJ, Sousa SM, Graça P. Obesidad: optimización del abordaje terapéutico en el Servicio Nacional de Salud. Programa Nacional de Promoción de la Alimentación Saludable. Dirección General de Salud, Editorial, Lisboa. 2017.