



Revista Digital de Educación Física

ISSN: 1989-8304 D.L.: J 864-2009

NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA, ESTADO PONDERAL Y SATISFACCION CORPORAL EN LA POBLACION LATINOAMERICANA Y ESPAÑOLA CON ESTUDIOS UNIVERSITARIOS.

Silvia Alicia Morales Nestares

Doctoranda de la Universidad de Jaén, España
Email: snestares2012@gmail.com

Pedro Ángel Latorre Román

Profesor de la Universidad de Jaén, España
Email: platorre@ujaen.es

RESUMEN

En el estudio se analizó el nivel de actividad física (AF) el estado ponderal y la satisfacción con la imagen corporal (IC) en adultos latinoamericanos y españoles con estudios universitarios. Participaron 276 residentes en países de Latinoamérica y del sur de España, 125 hombres, 151 mujeres; 142 latinoamericanos (edad= 30.26 ± 7.97 años) y 134 españoles (edad= 28.54 ± 8.92 años). Se emplearon datos sociodemográficos a fin de obtener criterios de identificación de la muestra. Para analizar la AF se utilizó la versión corta del *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ). Para analizar la IC se empleó el *Body Shape Questionnaire* (BSQ). Los resultados muestran que los españoles presentaron mayor nivel de AF intensa, con diferencias significativas respecto a los latinoamericanos en ambos sexos. En la percepción subjetiva con respecto al estado de salud, no se encontraron diferencias significativas, aunque el análisis de correlación Pearson mostró una asociación positiva entre la percepción del estado de salud y el número de sesiones de entrenamiento físico y su duración. Con respecto a la satisfacción corporal existen diferencias significativas ($p < 0.01$) en BSQ4 y BSQ5, los españoles presentan mayor puntuación en insatisfacción corporal (ISC) respecto a la parte inferior del cuerpo y empleo de vómitos o laxantes para reducir la ISC. Los hombres españoles muestran menor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los latinoamericanos. En conclusión, los niveles de AF, prevalencia de sobrepeso y obesidad y satisfacción con IC difieren en adultos con estudios universitarios españoles y latinoamericanos.

PALABRAS CLAVE: Actividad física; imagen corporal; sobrepeso; obesidad

1. INTRODUCCIÓN

El siglo XXI ha incorporado varios cambios favorables en áreas como la ciencia, la tecnología, la educación y los derechos humanos pero también ha resaltado una progresiva preocupación por la poca actividad física (AF) de la población. La falta de AF se considera hoy un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a sus severas implicaciones para la salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que en el 2005 se registraron aproximadamente 170,000 muertes en América Latina y el Caribe ocasionadas por la falta de AF. Los beneficios de la AF sobre la salud y los perjuicios que conlleva el sedentarismo, están ampliamente demostrados en la literatura científica, considerándose el ejercicio físico como una terapia antienviejamiento (Blain, Vuillemin, Blain, & Jeandel, 2000; Castillo, Ortega, & Ruiz, 2005; Varo, Martínez, & Martínez-González, 2003). La AF es útil para prevenir varias enfermedades entre ellas la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la hipertensión arterial, el cáncer de colon y mama, la diabetes tipo 2, la obesidad, la osteoporosis, la ansiedad y la depresión; estos beneficios se producen en ambos sexos y son mayores cuanto mayor es el volumen o la intensidad del ejercicio físico (Subirats, Subirats-Vila & Soteras-Martínez, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS-WHO) en 2003, la prevalencia de sedentarismo a nivel global en los adultos era del 17%, mientras que la de AF moderada era del 31% al 51%. Varela, Duarte, Salazar, Lema, & Tamayo (2011) en su estudio hace referencia al sedentarismo o la falta de AF cuando la persona no realiza una cantidad mínima de movimiento diario (por lo menos entre 25 y 30 minutos), que produzca un gasto energético mayor o igual a un 10% del que ocurre habitualmente al llevar a cabo las actividades cotidianas. Un nivel de AF moderada (es decir, con una frecuencia de dos a tres veces por semana durante un mínimo de 20 a 30 minutos), podría prevenir las consecuencias del sedentarismo (Gámez, 2005). Según las cifras de la OMS (2016), al menos un 60% de la población mundial no realiza la AF necesaria para obtener beneficios para la salud.

Los estudios obtenidos relacionados a la AF de la población son preocupantes. Un estudio realizado en Argentina (Argentina en Movimiento, 2000) encontró que aproximadamente el 60% de los hombres y el 75% de las mujeres entre las edades de 25 a 70 años no realizan AF regularmente. En Chile, un estudio realizado por la Clínica Alemana en Santiago, Chile (2002), demostró que el 88.8% de hombres y el 93.3% de mujeres pueden ser clasificados como sedentarios. Gómez, Mateus, & Cabrer (2004) en su estudio con 1045 mujeres bogotanas, entre 18 y 69 años, encontraron que el 79.1% no realizaba AF moderada como mínimo durante 10 minutos en el día. En el estudio de Lema, Salazar, Varela, Diaz, Rubio, & Botero (2009) con 598 universitarios caleños, el 77% realizaba poco o ningún tipo de ejercicio o práctica corporal durante al menos 30 minutos, con una frecuencia de tres veces a la semana. Estudios en España muestran cifras similares. Un estudio realizado con 1,512 alumnos universitarios de Murcia reveló que un 52.7% declararon estar participando en actividades físico deportivas, la mayor proporción es de hombres (Pavón y Moreno, 2008). En otro estudio en donde participaron 1,693 jóvenes entre 18 y 29 años viviendo en áreas urbanas como también áreas rurales de España, autores como Hernán, Ramos y Fernández (2002) encontraron que el porcentaje de práctica deportiva estaba entre 42% y 66% en hombres y mujeres respectivamente. Finalmente, Ramón y Serra (2004) en un estudio con 1,130 mujeres

catalanas, encontraron que sólo 21.4% realizaba AF moderada y el 66% de las mujeres se consideraba sedentaria.

Con la expansión de los procesos de globalización, urbanización y desarrollo económico y tecnológico, se observa una tendencia a la menor AF y al incremento del sedentarismo en la población. La inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial). Solo la superan la hipertensión (13%), el consumo de tabaco (9%), y el exceso de glucosa en la sangre (6%). El sobrepeso y la obesidad representan un 5% de la mortalidad mundial (OMS, 2009). La inactividad física ha sido definida como el octavo factor contribuidor de las enfermedades crónicas (Lim et al., 2012). Investigaciones fisiológicas y epidemiológicas recientes han permitido establecer las consecuencias negativas del sedentarismo para la salud (Owen, Sugiyama, Eakin, Gardiner, Tremblay, & Sallis, 2011). En particular, el patrón de sedentarismo está vinculado con la obesidad y varias condiciones crónicas de salud.

En 2014, las estadísticas mundiales mostraron que el 39% de los adultos padecen de sobrepeso. Entre los años 1980 y 2014, la prevalencia de obesidad mundial se duplicó, más de 1900 millones de adultos eran obesos (OMS, 2016). Asociado al sedentarismo nos encontramos con la prevalencia de sobrepeso y obesidad. La población española también se encuentra en una situación alarmante con respecto al padecimiento de sobrepeso y obesidad, presentando más de la mitad de la población riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Así la prevalencia de sobrepeso en la población española es del 34.2%, siendo mayor en los varones, de un 43.9% que en las mujeres que es de un 25.7% y la de obesidad es del 13.6%, sin existir diferencias entre sexos, además, el incremento del % de grasa corporal en la población está asociado al incremento del sedentarismo (Rodríguez-Rodríguez, López-Plaza, López-Sobaler & Ortega, 2011). Según la Encuesta Nacional de Salud de España (2011-2012), de cada 100 adultos de 18 y más años, 17 padecen obesidad y 37 presentan sobrepeso. La obesidad ha aumentado del 7.4% al 17.0% en los últimos 25 años. El 41.3% de la población se declara sedentaria, algo menos de la mitad de las mujeres 46.6% y más de un tercio de los hombres 35.9%. Considerando tanto la AF principal como el tiempo libre, el 40.9% de los adultos (15 a 69 años) realiza AF intensa o moderada, el 49.4% de los hombres y el 32.4% de las mujeres. La prevalencia del sobrepeso de personas de 20 años en adelante es más elevada en Nicaragua y El Salvador presentando un 65% a 70%, mientras que en Chile, Costa Rica y Guatemala está entre el 60% al 65%. La prevalencia en Honduras fue del 57.6% (OPS, 2007). Dos de cada tres personas que se encuentran entre los 19 a 59 años de edad en Ecuador, tienen prevalencia de sobrepeso (OPS/OMS 2015). En el 2014, la prevalencia de sobrepeso en México era del 64.4%, en Chile del 63.1%, en Venezuela del 62.3%, en Uruguay del 61.7%, en Costa Rica del 60.4%, en República Dominicana del 58.4%, en Colombia del 56.5%, en Bolivia del 52.1%, en Guatemala del 52%, en Honduras del 51.5%, en Nicaragua del 49.4%, y en Paraguay del 48.5% (OMS, 2014).

Por otro lado, la Fundación Imagen y Autoestima (2013) define a la IC como la representación mental que cada persona tiene de su aspecto físico. La manera cómo las personas perciben su IC afecta decisivamente a su calidad de vida, a su autocuidado y a su salud a lo largo del ciclo vital. Una IC positiva promueve la salud física y emocional, refuerza la autoestima y disminuye la vulnerabilidad al daño (Montaño, 2008). Los mensajes de los medios de comunicación sobre el aspecto físico no son realistas para la mayoría de las personas y pueden conducir a

la ISC (Benowitz, García, Massey, Vasagar y Borzekowski, 2012). No es sencillo explicar la cultura de la delgadez ya que los factores culturales y sociales ejercen un rol importante (Vaz, Salcedo, González & Alcaiana, 1992). La influencia que está ejerciendo la cultura de la delgadez sobre la mujer es superior que la que ejerce sobre el hombre (Maganto y Cruz, 2000). Las mujeres mayores son vulnerables a estos mensajes de la sociedad y pueden experimentar fuertes presiones para mantener su juventud y la delgadez, desarrollando más síntomas de trastornos alimentarios como son la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa (Dominé, Dadoumont y Bourguignon, 2012). Con el envejecimiento y el deterioro corporal se hace cada vez más difícil mantener ese ideal social de belleza, lo que podría tener un impacto negativo en la calidad de vida y el estado nutricional (Marshall, Lengyel, Utioh, 2012).

La IC puede llevar al uso excesivo e incluso adictivo del ejercicio físico y deportivo, no para mejorar la salud, sino más bien la estética (Bonilha, Antunes, Gimenez de Borba, De Mello Santiago, Tufik, & De Mello, 2011). La frecuencia elevada de ejercitación física se asocia con un aumento del nivel de conductas de tipo anoréxico y de preocupación por la apariencia entre las mujeres. En los hombres el aumento de la frecuencia de ejercitación se vincula con un nivel más elevado de autoestima y con una percepción más favorable de la apariencia física. También se verifica una asociación entre el ejercicio físico excesivo y las conductas de tipo bulímico (Varnado, Horton, & Savoy, 2006).

Teniendo en cuenta la anterior información, el objetivo de este estudio es analizar el nivel de AF y satisfacción corporal en relación con el sexo y estado ponderal de residentes de diferentes países latinoamericanos y residentes españoles con estudio universitarios.

2. METODO

2.1. PARTICIPANTES

Se tuvo acceso a un número de 276 participantes con estudios universitarios y residentes en diferentes países centro y sudamericanos de habla hispana (Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Uruguay) y residentes del sur de España, 125 hombres y 151 mujeres, 142 latinoamericanos (edad= 30.26±7.97 años) y 134 españoles (edad= 28.54±8.92 años). La muestra tuvo un carácter de conveniencia. En la tabla 1 se exponen las variables sociodemográficas de los participantes. Después de recibir información detallada sobre los objetivos y procedimientos del estudio, cada participante firmó un consentimiento informado para realizar el estudio. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los sujetos tuvieran estudios universitarios y no padecer limitaciones mentales o cognitivas. El estudio se realizó en cumplimiento de las normas de la Declaración de Helsinki (versión 2013) y siguiendo las directrices de la Comunidad Europea para la Buena Práctica Clínica (111/3976/88 de julio de 1990), así como el marco legal español para la investigación clínica en los seres humanos (Real Decreto 561/1993 sobre ensayos clínicos). Se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Jaén.

2.2. INSTRUMENTOS

Se desarrolló un cuestionario sociodemográfico diseñado ad hoc para la presente investigación a fin de obtener datos de identificación de la muestra. Las variables incluidas en este cuestionario son: edad, peso, talla, AF, nivel de estudios, práctica deportiva, consumo de tabaco y alcohol. El IMC se calculó dividiendo el peso (en kilogramos) entre el cuadrado de la altura (en metros) (kg/m^2). Para la estimación del IMC se utilizaron el peso y la estatura auto informados dadas las altas correlaciones que presentan con sus medidas antropométricas objetivas (Galán, Gandarillas, Febrel y Meseguer, 2001) así según estos autores el análisis del IMC como variable continua, a partir de los datos de las medidas del peso y la talla auto declarados, tiene poco margen de error. Las recomendaciones de la OMS (2003) han sido empleadas para establecer los criterios de clasificación del grado de obesidad: bajo peso si $\text{IMC} < 18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$; normopeso si el rango de $\text{IMC} = 18.50-24.99 \text{ kg}/\text{m}^2$; sobrepeso si $\text{IMC} = 25.00-29.99 \text{ kg}/\text{m}^2$ y obesidad si $\text{IMC} > 30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Para la evaluación de la ISC se utilizó el Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper, y Fairburn, 1987) en su versión española (Raich, et al., 1996). Se trata de un cuestionario auto-administrado formado por 34 ítems que se evalúan mediante la siguiente escala (1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = A veces, 4 = A menudo, 5 = Muy a menudo, 6 = Siempre), de modo que el rango de la prueba es 34-204. Los factores que evalúa son cinco: BSQ 1: Preocupación por el peso, BSQ 2: preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad, BSQ 3: Insatisfacción y preocupación corporal general, BSQ 4: ISC respecto a la parte inferior del cuerpo, BSQ 5: Empleo de vómitos o laxantes para reducir la ISC. Siguiendo a Cooper y Taylor (1988), a partir de la puntuación total se han establecido cuatro categorías o niveles de preocupación por la IC: no hay preocupación (puntuación < 80), leve preocupación (puntuación entre 81 y 110), preocupación moderada (puntuación entre 111 y 140) y preocupación extrema (puntuación > 141 puntos). En la adaptación española de Raich et al. (1996) se obtienen altos índices de consistencia interna (Alpha de Cronbach entre 0,95 y 0,97). El BSQ muestra elevada validez concurrente con otros instrumentos similares como el Multifimensional Body Self-Relations Questionnaire (MBSRQ) y la sub-escala de ISC del Eating Disorders Inventory (EDI) (Raich, Torras y Figueras 1996). En este estudio se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.946.

Para el registro de la AF se empleó el cuestionario internacional de AF (IPAQ), en su versión corta, traducida al castellano (Craig et al. 2003). El IPAQ en su versión corta consta de 7 preguntas que incluye actividades laborales, físico-deportivas, caminar y el tiempo que la persona permanece sentada.

Por último, también se incluyó el tema 1 (la percepción de la salud) de la Encuesta *Healthy Short-Form 36* (SF -36), que se anotó con una calificación de 1 (deficiente) -5 (excelente). En este estudio se empleó la versión española del SF-36 (Alonso, Prieto & Antó, 1995). El cuestionario de salud SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como también a la población general y ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y AF.

2.3. PROCEDIMIENTO

Los datos se recogieron entre los meses de marzo a septiembre del 2015. Se enviaron las encuestas vía correo electrónico y también se distribuyeron en persona en diferentes medios sociales como instituciones académicas u organizaciones sin fines de lucros (ONGs). Se realizaron las encuestas a habitantes de diferentes países americanos de lengua hispana y residentes del sur de España (Andalucía). En todos los casos, se aseguró a los participantes el anonimato y la confidencialidad de los resultados. Los participantes completaron las encuestas voluntariamente. Los participantes desconocían la finalidad del estudio con el fin de evitar respuestas no sinceras y así reducir el efecto de deseabilidad social.

2.4. ANALISIS ESTADISTICO

Los datos de este estudio se han analizado mediante el programa estadístico SPSS., v.19.0 para Windows, (SPSS Inc, Chicago, USA), y se muestran en estadísticos descriptivos de media, desviación típica y porcentajes. Se analizaron los datos teniendo en cuenta el grupo de países americanos de lengua hispana vs. España. Se utilizó la prueba Chi cuadrado para analizar las variables categóricas sociodemográficas. Para la comparación de grupos por países de residencia se emplearon análisis de varianza (ANOVA) en relación con el BSQ, IMC y resto de variables sociodemográficas de carácter continuo, con pruebas de análisis post-hoc Bonferroni. Para el análisis comparativo de la percepción del estado de salud se empleó la prueba U Mann Whitney. Por último, se realizaron correlaciones Pearson entre diferentes variables. El nivel de significación se estableció en $p < 0.05$.

3. RESULTADOS

El IMC se correlaciona de manera inversa con el número de sesiones semanales de entrenamiento ($r = -0.179$, $p = 0.021$). La duración de las sesiones de entrenamiento se correlacionan de manera positiva con la percepción del estado de salud ($r = 0.192$, $p = 0.012$) e igualmente el número de sesiones de entrenamiento se correlacionan de manera positiva con la percepción del estado de salud ($r = 0.207$, $p = 0.006$). Finalmente el IMC correlaciona de manera significativa con el BSQ total ($r = 0.143$, $p = 0.001$).

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los participantes por país de residencia. Los residentes españoles muestran un mayor número y duración de las sesiones de entrenamiento físico que los residentes de los países latino-americanos. No se observan diferencias significativas en la edad, peso y talla. El IMC si muestra diferencias significativas.

Tabla 1: Características sociodemográficas de los participantes por país de residencia.

	Países Latino-Americanos Media (DT) N=140	España Media (DT) N=134	p-valor
Edad (años)	30.26 (7.97)	28.54 (8.92)	0.093
Peso (Kg)	68.87 (14.31)	66.12 (11.70)	0.087
Talla (m)	1.66 (0.93)	1.68 (0.86)	0.055
IMC (Kg/m ²)	24.95 (3.71)	23.33 (3.84)	0.001

Estado de salud percibido (1-5)	3.29 (0.83)	3.34 (0.76)	0.691‡
Número de sesiones semanales de entrenamiento físico	2.44 (1.41)	3.54 (1.58)	0.001
Duración de sesión de entrenamiento físico (min)	50.36 (40.80)	65.91 (35.46)	0.011
Hombres/mujeres (%)	50/50	40.3/59.7	0.106*

*chi cuadrado.‡ U Mann Whitney. DT (desviación típica).

En la tabla 2 se exponen los hábitos de consumo de tabaco, alcohol y práctica deportiva por país de residencia. Los españoles muestran mayor prevalencia de consumo de tabaco y alcohol que los residentes de los países latino-americanos. No se encuentran diferencias significativas en el porcentaje de práctica deportiva.

Tabla 2: Hábitos de vida relacionados con la salud por países de residencia.

		Países latinoamericanos n (%)	España n (%)	p-valor
Consumo de tabaco	Nunca	134 (93.7)	88 (66.2)	0.001
	A diario	0.0 (0.0)	23 (17.3)	
	Ocasional	3 (2.1)	12 (9)	
	Exfumador	6(4.2)	10 (7.5)	
Consumo de alcohol	Abstemio	128 (91.4)	57 (44.2)	0.001
	Ex bebedor	5 (3.6)	2 (1.6)	
	Bebedor moderado	7 (5.0)	70 (54.3)	
	Bebedor excesivo	0.0 (0.0)	1 (0.2)	
Práctica de deporte	Sí	62 (43.7)	63 (47.0)	0.576
	No	80(56.3)	71 (53.0)	

En las figuras 1, 2 y 3 se exponen el estado ponderal por país de residencia en la muestra total y en relación con el sexo. Los españoles presentan menor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los participantes latinoamericanos (22.3%/8.6% vs.39%/11%), diferencias que sólo son significativas en la comparativa con los hombres.

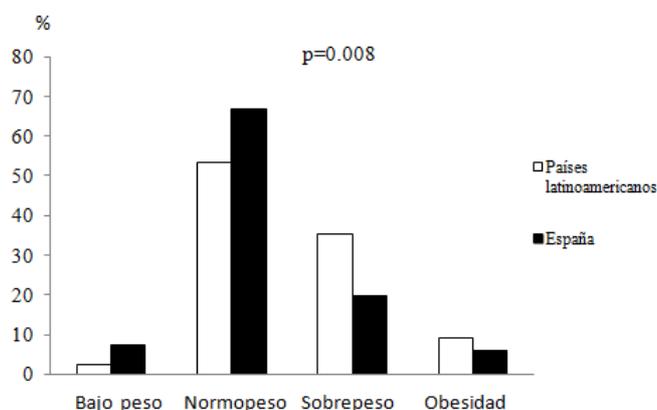


Figura 1. Estado ponderal por país de residencia en la muestra total.

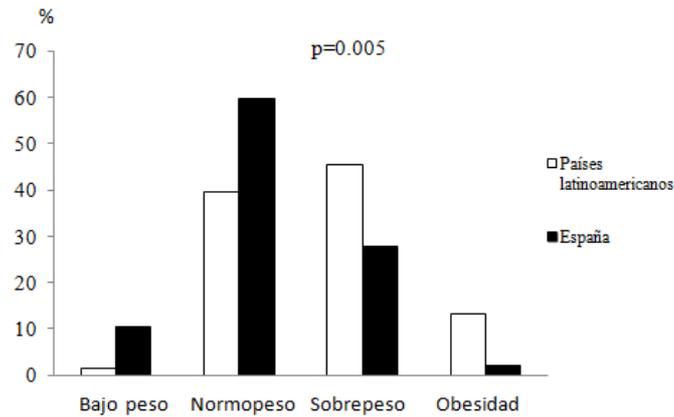


Figura 2. Estado ponderal por país de residencia en los hombres.

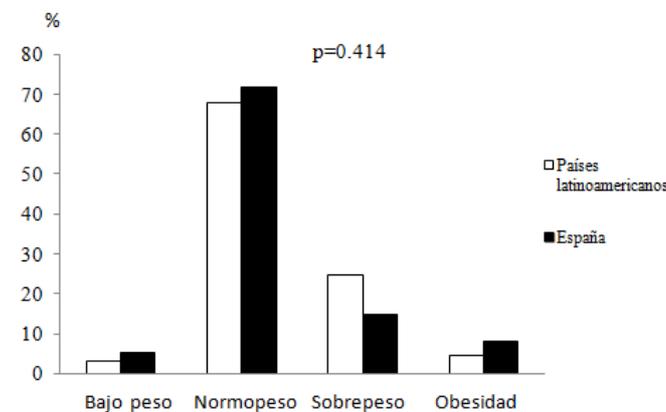


Figura 3. Estado ponderal por país de residencia en las mujeres.

En las figuras 4,5 y 6 se exponen el nivel de AF por país de residencia en la muestra total y en relación con el sexo. Los españoles presentan mayor prevalencia de alta AF con diferencias en ambos sexos.

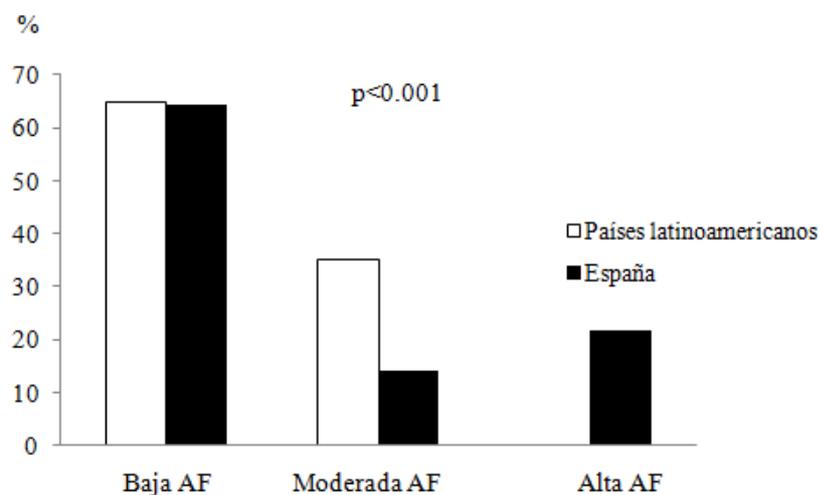


Figura 4. Nivel de AF por país de residencia en la muestra total.

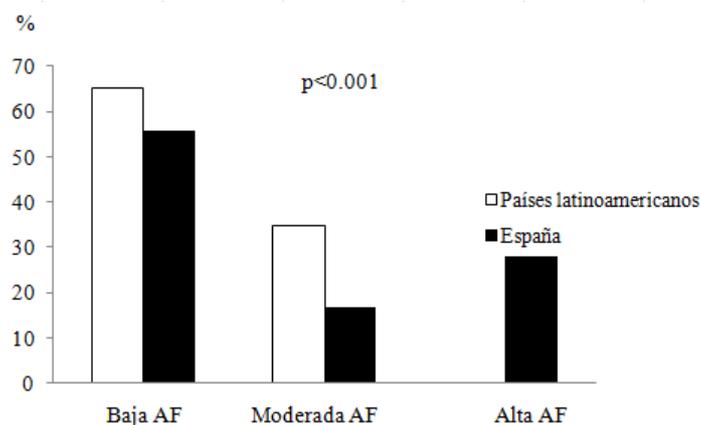


Figura 5. Nivel de AF por país de residencia en los hombres.

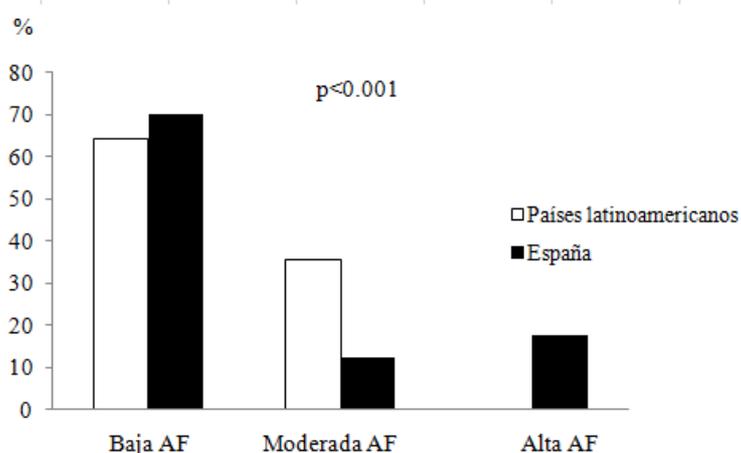


Figura 6. Nivel de AF por país de residencia en las mujeres.

En la tabla 3, se puede observar los resultados del BSQ en sus 5 subescalas y la puntuación total del BSQ en los hombres y mujeres de los países latinoamericanos y españoles. No hay diferencias por países en relación al sexo en BSQ1, BSQ2, y BSQ3. Se observa que existen diferencias significativas ($p<0.01$) en BSQ4 y BSQ5. Los españoles presentan mayor puntuación en ISC respecto a la parte inferior del cuerpo y mayor empleo de vómitos o laxantes para reducir la ISC.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de los diferentes factores del cuestionario BSQ teniendo en cuenta el país de residencia.

	Países Latinoamericanos Media (DT)				España Media (DT)			
	Total	Hombres	Mujeres	p-valor	Total	Hombres	Mujeres	p-valor
BSQ1	16.84 (6.53)	17.03 (6.49)	16.65 (6.61)	0.766	15.67 (7.54)	16.38 (7.91)	15.21 (7.30)	0.365
BSQ2	8.62 (3.21)	8.54 (3.33)	8.70 (3.10)	0.826	8.87 (4.27)	9.10 (4.62)	8.72 (4.05)	0.587
BSQ3	4.44 (2.22)	4.45 (2.23)	4.43 (2.23)	0.965	4.80 (2.39)	4.90 (2.45)	4.73 (2.36)	0.700
BSQ4	3.60 (1.85)	3.37 (1.85)	3.45 (1.86)	0.437	4.30 (2.46)**	4.56 (2.82)	4.14 (2.19)	0.298

BSQ5	2.54 (1.27)	2.48 (1.30)	2.61 (1.24)	0.640	3.22 (1.80)**	3.40 (2.08)**	3.10 (1.59)	0.303
BSQ TOTAL	36.06 (12.26)	36.27 (12.34)	35.85 (12.29)	0.873	36.88 (16.51)	38.34 (17.72)	35.92 (15.70)	0.364

DT (Desviación típica). BSQ1: Preocupación por el peso. BSQ 2: Preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad. BSQ 3: Insatisfacción y preocupación corporal general. BSQ 4. ISC respecto a la parte inferior del cuerpo. BSQ 5: Empleo de vómitos o laxantes para reducir la ISC. **p<0.01 con grupo de países latinoamericanos.

4. DISCUSION

Uno de los hallazgos más importantes de este estudio es que los residentes españoles presentan mayor prevalencia de alta AF con diferencias en ambos sexos. No solamente en AF pero también en la duración de ésta. Para que la AF en los adultos sea beneficiosa para la salud hay que realizarla un mínimo de tres veces por semana, a una intensidad de moderada a vigorosa y al menos 30 minutos diarios (ACSM, 1998; Balaguer & Garcia-Merita, 1994; Morey, 1999; OMS, 2003; Pate et al. 1995; U.S Department of Health and Human Services, 1996). Los adultos físicamente activos tienen un menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como las coronarias, las cerebrovasculares y la hipertensión arterial. Se observa este efecto de manera más notoria entre aquellas personas que realizan al menos 75 minutos de AF de intensidad vigorosa o al menos 150 minutos de AF de intensidad moderada a la semana (Cook, Alberts & Lambert, 2008; OMS, 2010; U.S Department of Health and Human Services, 2008).

Mundialmente aproximadamente el 23% de personas mayores de 18 años no realizan la AF recomendada. En los países de ingreso altos, el 26% de hombres y 35% de mujeres tienen una AF insuficiente. Comparando estas cifras con países de ingresos bajos, los hombres cuentan con un 12% y 24% para mujeres (OMS, 2015).

De acuerdo con estimaciones recientes, el 31% de la población adulta a nivel global es físicamente inactivo, con una prevalencia del 43.2% en las Américas. En esta región y en otras del mundo, las prevalencias de inactividad física se incrementan con la edad, siendo mayores en mujeres y más elevadas en países de bajos ingresos (Hallal, Andersen, Bull, Guthold, Haskell, & Ekelund, 2012).

De acuerdo con Matsudo (1997), la caída en el nivel de aptitud física de las poblaciones en todo el mundo aumenta la influencia de la mortalidad precoz causada por enfermedades de la 'civilización', manifestando que el sedentarismo, como estilo de vida, puede ser un daño para el individuo y potencialmente perjudicial para la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su estrategia «Salud para todos en el año 2010», incluyó entre sus objetivos la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como el incremento de la práctica de AF moderada diaria, de modo que se realicen al menos durante 30 minutos. Cualquier práctica deportiva parcial debería ajustarse a las recomendaciones del Colegio Americano de medicina del Deporte (ACSM) para personas adultas: ejercicio cardiorrespiratorio de moderada intensidad durante ≥ 30 minutos, 5 días por semana para un total de ≥ 150 minutos semanales o práctica de ejercicio cardiorrespiratorio de intensidad vigorosa durante ≥ 20 min, 3 días a la semana (≥ 75 minutos semanales), o una combinación de ejercicios de moderada y vigorosa intensidad

para lograr un gasto energético total de $\geq 500-1000$ MET por minutos semanales. Además, en 2 a 3 días a la semana, los adultos deben también realizar ejercicios de resistencia para cada uno de los principales grupos musculares y ejercicios neuromotores que impliquen equilibrio, agilidad y coordinación, completando una serie de ejercicios de flexibilidad para cada uno de los principales grupos musculares (en ≥ 2 días a la semana) (Garber, et al. 2011).

Por otro lado, otro hallazgo relevante de este estudio es que los españoles presentan menor prevalencia de sobrepeso y obesidad que los participantes latinoamericanos (22.3%/8.6% vs. 39%/11%), diferencias que solo son significativas en la comparativa con los hombres.

Otro hallazgo del estudio es que los residentes españoles manifiestan tener más preocupación por la IC que los residentes de los países latinoamericanos cuando nos referimos a la parte interior del cuerpo y también pueden llegar a emplear vómitos o laxantes para modificar la IC. Los resultados de este estudio son contrarios a otros estudios previos ya que generalmente los estudios reflejan que cuanto más AF se practique menor es la IC (Ferron, Narring, Cauderay, & Michaud, 1999; Martínez & Veiga 2007; Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines, & Store, 2006; Yilmaz & Akandere, 2003).

Por otro lado, y asociando la IC y el estado ponderal, en este estudio el BSQ total correlaciona de manera positiva con el IMC. En este sentido, Casillas, Montaña, Reyes, Bacardi, & Jiménez (2006) señalaron una correlación positiva entre el grado de ISC y el IMC ($r=0.544$, $p<0.01$). Bully, Elosua & López-Jáuregui (2012) encuentran efecto diferencial de la categoría del IMC en la ISC en mujeres adolescentes. Igualmente, Varnado, Horton, & Savoy (2006), también señalan asociación entre las categorías del IMC e ISC tanto en hombres y mujeres, destacando que los hombres con sobrepeso presentan niveles más elevados de preocupación por la IC. A su vez, Arroyo et al., (2008) observaron una correlación positiva entre el grado de insatisfacción con el % grasa corporal y el IMC. Mayor IMC se asocia con mayor ISC, menor reconocimiento de los colegas e intentos de perder peso (Mirza, Davis y Yanovski, 2005). Recientemente, otros autores (Streeter, Milhausen y Buchholz, 2012) confirman la asociación positiva entre el IMC, el % de masa grasa y la ISC sobre todo en mujeres.

Finalmente, también se observa en este estudio cuando exponemos los hábitos de consumo de tabaco, alcohol y práctica deportiva por país de residencia, que los españoles muestran mayor prevalencia de consumo de tabaco y alcohol que los residentes de los países latinoamericanos. Sin embargo, en la percepción subjetiva del estado de salud, no se encuentran diferencias significativas entre los países de residencia.

Algunas limitaciones deben ser consideradas en el estudio actual. Un pequeño tamaño de muestra fue la principal limitación, otra era la falta de información sobre los entornos sociales y físicos de los participantes. Futuros estudios deben resolver estas limitaciones.

5. CONCLUSIONES

Los españoles presentan mayor prevalencia de alta AF con un mayor número y duración de las sesiones de entrenamiento físico. A su vez, los españoles muestran menor prevalencia de sobrepeso y obesidad, pero en este caso con diferencias significativas solo en hombres. En el estudio observamos que a pesar que los residentes de los países latinoamericanos realizan menos AF que los residentes españoles, tienen mayor satisfacción de la IC, resultado contrario con estudios previamente mencionados.

Si bien los resultados de este estudio no se pueden generalizar a toda la población, se muestran como antecedentes para futuros estudios. Se requieren más investigaciones que ayuden a comprender y profundizar los fenómenos estudiados. Sin embargo, es trascendente reconocer los niveles de AF, el sobrepeso y obesidad, así también la satisfacción de la IC como factores claves en el desarrollo del concepto integral de la salud.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J.M. (1995). Cuestionario de salud SF-36: Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-6.

American College of Sport Medicine (ACSM). (1998). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sport Exerc*, 30(6), 975-991.

Argentina en Movimiento (2000). *Hábitos deportivos de la población Argentina – 2000*, investigación realizada por la Secretaría de Turismo y Deporte de la Nación, con el soporte calificado del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) así lo confirma.

Arroyo, M., et al. (2008). Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del país Vasco. *Nutr Hosp*, 23(4), 366-372.

Balaguer, I., & Garcia-Merita, M.L. (1994). Exerci físic i benestar psicológic. *Anuario de Psicologia*, 1, 2-26.

Benowitz, C.A., Garcia, K., Massey, M., Vasagar, B. & Borzekowski, D.L. (2012). Body image, eating disorders, and the relationship to adolescent media use. *Pediatr Clin North Am*, 59(3), 693-704.

Blain, H., Vuillemin, A., Blain, A., & Jeandel, C. (2000). The preventive effects of physical activity in the elderly. *Presse Medicale*, 29(22), 1240-1248.

Bonilha V., Antunes, H. K., Giménez de Borba, P. R., De Mello Santiago, M. L., Tufik, S., & De Mello, M. T. (2011). Negative addiction to exercise: are there differences between genders? *Clinics*, 66(2), 255-260.

Bully, P., Elosura, P., & Lopez-Jauregui, A. (2012). Body dissatisfaction in adolescence. Changes in a decade. *Anales de Psicología*, 28(1), 196 -202.

Casillas M., Montaña, N., Reyes, V., Bacardí, M. & Jiménez, A. 2006. A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*; 17, 243-249.

Castillo M.J., Ortega F.B., & Ruiz J. (2005). Mejora de la forma física como terapia antienvjecimiento. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 124(4), 146-55.

Clínica Alemana (2002). Sedentarismo chileno: ¿preocupante o una exageración?. Santiago. Disponible en: <http://www.alemana.cl>

Cook, I., Alberts, M., & Lambert, E. V. (2008). Relationship between adiposity and pedometer assessed ambulatory activity in adult, rural African women. *International Journal of Obesity* (2005), 32(8), 1327–1330.

Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. & Fairburn C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

Cooper, P.J., y Taylor, M.J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153, 32-36.

Craig, C.L., Marshall, A.L., Sjostrom, M., Bauman, A.E., Booth, M.L., Ainsworth, B.E., et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35, 1381–1395.

Dominé, F., Dadoumont, C. & Bourguignon, J.P. (2012). Eating Disorders throughout Female Adolescence. *Endocr Dev*, 22, 271-86.

Encuesta Nacional de Salud España, (2011/12). Recuperado de http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/Act_fis_desc_ocio.4.pdf

Ferron, C., Narring, F., Cauderay, M., & Michaud, P.A., (1999). *Health Education Research*, 14(2), 225-233.

Fundación Imagen y Autoestima (2013). Recuperado de <http://www.f-ima.org/es>

Galán I., Gandarillas A., Febrel, C. & Meseguer C. (2001). Validación del peso y la talla auto declarados en población adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 5(6), 490-497.

Gámez R. (2005). Intervenciones efectivas en promoción de la actividad física. *Kinesis*, 42, 58-61.

Garber, C.E., Blissmer, B., Deschenes M.R., Franklin, B.A., Lamonte M.J., Lee, et.al (2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 43(7), 1334-1359.

Gómez, L.F., Mateus, J.C., & Cabrera, G. (2004). Leisure-time physical activity among women in a neighborhood in Bogotá, Colombia: Prevalence and socio-demographic correlates. *Cad Saude Publica*, 20, 1103-9.

Hallal, P.C., Andersen, L.B., Bull, F.C., Guthold, R., Haskell, W., & Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, 380(9838), 247-257.

Hernán, M., Ramos M., Fernández, A. (2002). *Salud y juventud*. Madrid: Consejo de la Juventud de España, Escuela Andaluz de Salud Pública.

Lema, L.F., Salazar, I.C., Varela, M.T., Díaz, J.A., Rubio, A., & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. *Pens Psicol*, 5, 71-88.

Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., et al, (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2224- 2260

Maganto, C. & Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: Una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 30, 45-48.

Marshall, C., Lengyel, C., & Utioh, A. (2012). Body dissatisfaction among middle-aged and older women. *Can J Diet Pract Res*, 2 (73), 241-247.

Martínez, D. & Veiga, O. (2007). Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa corporal. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 7 (27), 253-26.

Matsudo, V.K.R., (1997). *Atividade Física e Saúde*, São Paulo, *Âmbito Medicina Esportiva*, 7, 17-20.

Mirza, N.M., Davis, M.S., & Yanovski, J.A. (2005). Body dissatisfaction, self-esteem, and overweight among inner-city Hispanic children and adolescents. *J Adolescent Health*, 36(3), 267-316.

Montaño, I. (2008). Imagen corporal y envejecimiento. *Avances en psiquiatría biológica*, 9, 58-73.

Morey, S.S. (1999). ACSM revises guidelines for exercise to maintain fitness. *American Family Physician*, 59(2), 473

Neumark-Sztainer, D., Paxton, S., Hannan, P.J., Haines, J., & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal association between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Jourl of the American Dietetic Association*, 107(3), 48-456.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Recuperado de [http:// www.who.int/es](http://www.who.int/es)

Organización Mundial de la Salud. (2015). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Recuperado de <http://www.who.int/es>

Organización Mundial de la Salud. (2010). Recuperado de <http://www.who.int/es>

Organización Mundial de la Salud. (2009). Recuperado de <http://www.who.int/es>

Organización Mundial de la Salud. (2003). Recuperado de <http://www.who.int/es>

Organización Panamericana de la Salud. (2007). Recuperado de <http://www.per.opsoms>

Organización Panamericana de la Salud. (2015). Recuperado de <http://www.per.opsoms>

Organización Panamericana de la Salud. (2015). Recuperado de <http://www.paho.org>

Organización Panamericana de la Salud. (2005). Recuperado de <http://www.paho.org>

Owen, N., Sugiyama, T., Eakin, E. E., Gardiner, P. A., Tremblay, M. S., & Sallis, J. F. (2011). Adults' sedentary behavior determinants and interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(2), 189–196.

Pavon, A. & Moreno, J.A. (2008). Actitud de los universitarios ante la práctica físico-deportiva: Diferencias por géneros. *Rev Psicol Deport.* 17, 7-23.

Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C., et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sport Medicine. *JAMA*, 27(5), 402-407.

Ramon, J.R., & Serra, L. (2004). *Hábitos alimentarios y actividad física en el tiempo libre de las mujeres adultas catalanas*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. Recuperado de <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0314105-115414/index.html>

Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. & Zapater L. (1996) Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.

Raich, R.M., Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 604-624.

Rodriguez-Rodriguez, E., Lopez-Plaza, B., Lopez-Sobaler, A.M., & Ortega, R.M. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutrición Hospitalaria* 26(2), 355-363.

Streeter, V.M., Milhausen, R.R., & Buchholz, A.C. (2012). Body image, body mass index, and body composition in young adults. *Can J Diet Pract Res*, 73(2), 78-83.

Subirats, E., Subirats-Vila, G., & Soteras-Martinez, I. S. (2012). Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. *Medicina Clínica*, 138(1), 18-24.

U. S Department of Health and Human Services. (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgrfull.pdf>.

U.S Department of Health and Human Services. (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Recuperado de <http://www.health.gov/paguidelines>.

Varela, M.T., Duarte, C., Salazar, I.C., Lema, L.F., & Tamayo, J.A. (2011). Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos, y recursos para realizarlas. *Colomb Med*; 3(42), 269-277.

Varnado, P.J., Horton, R. y Savoy, S. (2006). Differences for gender, weight and exercise in body image disturbance and eating disorder symptoms. *Eat Weight Disorder*, 3 (11), 118-125.

Varo, J.J., Martínez, J.A., & Martínez-González, M.A. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 121, 665-72.

Vaz, F.J., Salcedo, M.S., González, F. & Alcaina, T. (1992). Factores socioculturales en la imagen corporal en la mujer. *Psiquiatría Pública*, 4(1), 32-37.

Yilmaz, A., Akandere, M., (2003). Effect of Sports Activities on Life Levels for Women. *International Journal of Sports Psychology*. 34, pp. 322-328

Fecha de recepción: 16/12/2016
Fecha de aceptación: 01/02/2017