



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

“AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN RELACIÓN
CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ADOLESCENTES DE 16
A 18 AÑOS DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA PERIODO
FEBRERO - JULIO DEL 2014”

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO
GENERAL

AUTORA:

Cinthy Karina Pullaguari Infante.

DIRECTORA:

Dra. Verónica Andrea, Vélez Mora, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2015

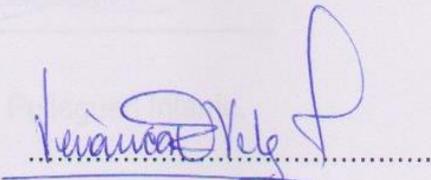
Dra. Verónica Andrea Vélez Mora, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de tesis titulada: “**AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ADOLESCENTES DE 16 A 18 AÑOS DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA PERIODO FEBRERO - JULIO DEL 2014**”, fue elaborado por la Srta. Cinthya Karina Pullaguari Infante, estudiante de la carrera de Medicina Humana, ha sido dirigida y revisada minuciosamente bajo mi dirección, por lo que autorizo al postulante la presentación de este trabajo ante el Tribunal de grado.

En la ciudad de Loja, a los 5 días del mes de noviembre del dos mil quince, firma:

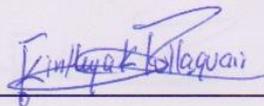
Firma: 

Dra. Verónica Andrea Vélez Mora, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DEL TEXTO CON **AUTORÍA**

Yo, CINTHYA KARINA PULLAGUARI INFANTE, declaro ser el autor de la tesis
titulada **AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN RELACIÓN CON**
Yo Cinthya Karina Pullaguari Infante declaro ser el autor del presente trabajo de
tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes
jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.
Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación
de mi tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma: 

Autora: Cinthya Karina Pullaguari Infante.

Cedula: 1105140899.

Fecha: 05 de noviembre del 2015.

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

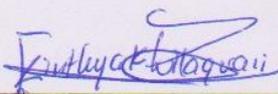
Yo, CINTHYA KARINA PULLAGUARI INFANTE, declaro ser autor de la tesis titulada AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ADOLESCENTES DE 16 A 18 AÑOS DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA PERIODO FEBRERO - JULIO DEL 2014, como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 5 días del mes de noviembre del dos mil quince, firma la autora.

Firma: _____



Cinthya Karina Pullaguari Infante

Autora: Cinthya Karina Pullaguari Infante

Cedula: 1105140899

Dirección: Varsovia entre Bucarest y Paris.

E-mail: cinthyakpi@hotmail.com Celular: 0986862624

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. Verónica Andrea Vélez Mora, Mg. Sc.

Tribunal de grado: Dra. Livia Gladys Pineda López, Mg. Sc.

Dra. Merci Lorena Vallejo Delgado, Mg. Sc.

Dra Sandra Katherine Mejía Michay, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación, se lo dedico a Dios, por sus infinitas bendiciones y por ser el guía en cada paso de mi vida.

A mis padres que día a día me han apoyado incondicionalmente para poder cumplir mis metas, por ser mi motivación, mi sostén, por enseñarme que con fe y perseverancia todo se puede.

Cinthy Karina Pullaguari Infante

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis se lo agradezco en primer lugar a Dios, mi motor que me impulsa a seguir adelante, mi fortaleza y mi guía en este camino de la vida.

A mis padres y hermanos, en especial a mi madre por su apoyo incondicional, porque más que una madre es una amiga, por esas noches de desvelo a mi lado, dándome fuerza para seguir.

A la Universidad Nacional de Loja, el Área de la Salud Humana, la Carrera de Medicina Humana, en los cuales pase los mejores años de mi vida formándome como ser humano y como profesional.

A mis docentes quienes siempre formaron parte importante de mi formación académica y personal, fortaleciendo valores como la honestidad, humildad, respeto, enseñándome no solo a amar la Medicina sino a vivirla.

A mi directora de tesis, Dra. Verónica Vélez, que con conocimientos, experiencia, paciencia y sabiduría, supo dirigirme en este proyecto, y permitirme culminar este trabajo con éxitos.

A los autores de los documentos y libros, que desinteresadamente publicaron sus conocimientos, de los cuales me serví para poder desarrollar el presente trabajo.

Cinthy Karina Pullaguari Infante.

a. TÍTULO

“AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ADOLESCENTES DE 16 A 18 AÑOS DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA PERIODO FEBRERO- JULIO DEL 2014”.

b. RESUMEN

La adolescencia es la etapa más vulnerable en relación a problemas de imagen corporal, caracterizada por cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y sociales, que provocan preocupación por la apariencia física. El estudio surgió por la necesidad de conocer el estado nutricional, su relación con la autopercepción corporal y el riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra la constituyeron 149 adolescentes de 16 a 18 años del colegio Beatriz Cueva de Ayora, a los cuales se aplicó el Test de Siluetas, Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-26), Cuestionario de Forma Corporal (BSQ) y medidas antropométricas. Se encontró que el 80,54% tenía buen estado nutricional, de estos el 50% tuvo una percepción adecuada de su imagen corporal y el 30% se percibió con mayor peso del real. Los adolescentes con sobrepeso y bajo peso tuvieron una percepción más adecuada. Según el Cuestionario de Forma Corporal el 50% tuvo una adecuada relación entre figura corporal y estado nutricional, la distorsión o riesgo consta como preocupación leve (15%), moderada (9%) y extrema (6%). Los adolescentes con sobrepeso y bajo peso asimilaban mejor su figura. En el cuestionario de actitudes alimentarias los factores predisponentes encontrados con mayor frecuencia fueron: Imagen corporal negativa (34,67%) y críticas o burla relacionada con el físico (26,66%). Por lo que el estado nutricional está en estrecha relación con la distorsión de la imagen corporal siendo los más afectados aquellos que se encuentran en el límite superior del normopeso y sobrepeso.

Palabras clave: imagen corporal, índice de masa corporal, insatisfacción corporal.

SUMMARY

Adolescence is the most vulnerable stage in relation to body image problems; it is characterized by physiological, emotional, cognitive and social changes that causes concern for physical appearance. The study originate from the need to know the nutritional status, its relationship with body self-perception, and the risk of developing eating disorder. It was a quantitative, descriptive study. The sample was made with 149 adolescents between 16-18 years of college Beatriz Cueva de Ayora, to which the Test of Shape, Eating Attitudes Questionnaire (EAT -26), Body Shape Questionnaire (BSQ) and anthropometric measurements were applied. 80,54% has good nutritional status. 50% that has normal BMI, has an adequate perception of their body image, 30% is noticed that has overweight. Adolescents with overweight and underweight have a better perception. According test of body image, 50% have a proper relationship between body shape and nutritional status, distortion or risk of TCA has as moderate (9%) and far (6%) mild concern (15%). Adolescents with overweight and underweight assimilate better their shape. In the Eating Attitudes Questionnaire predisposing factors found are: negative body image (34,67%), critics and mockery related to the physical appearance (26.66%). Therefore, the nutritional status is close relationship to the distortion of body image being the most affected those who are in the upper limit of normal weight and overweight.

Keywords: body image, body mass index, body dissatisfaction.

c. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2006) acepta como “adolescentes a los individuos entre 10 y 19 años de edad. Esa etapa de vida se considera una fase de transición gradual de la infancia a la edad adulta, representando uno de los períodos más importantes del ciclo de vida del ser humano, caracterizada por cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y sociales”.

La autopercepción corporal para González y Ham-Chande (2007) corresponde a la concepción que un individuo posee sobre sí mismo, Shiraishi y De Sousa lo definen como la representación mental y la vivencia del propio cuerpo, y está formada por tres componentes: uno perceptual, otro cognitivo-afectivo y otro conductual, es por tanto el modo en el que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

Son muchas las investigaciones dedicadas al estudio de la imagen corporal en la etapa de la adolescencia (Espinoza, Penelo & Raich, 2010; Jáuregui et al, 2009). En todas se afirma que la figura corporal durante este periodo está sujeta a notables modificaciones que exigen al adolescente una continua reestructuración de la imagen de su propio cuerpo.

En algunos países latinoamericanos como Chile se ha informado un importante incremento secular del 50% al 110% en las cifras de obesidad. En Argentina, un estudio realizado por el Ministerio de Salud de la Nación realizado en varones de 18 años, informó una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 19,5% y de 4,1%, respectivamente (Hodgson María, 2006).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de Colombia (ENSIN, 2010), el 53,1% de los jóvenes de 13 a 17 años, que son delgados según IMC, se percibieron normal o con exceso de peso; también se encontró que las personas con un nivel de educación superior a la secundaria presentaron mayores tendencias a sobreestimar su IMC (9,1%) comparadas con 3,2% de las que tenían estudios de primaria básica.

En Sao Paulo Brasil, (Branco, 2006) en adolescentes entre 14 y 19 años se demostró que, al relacionar la percepción de la imagen corporal y el estado nutricional, existe una sobreestimación en las mujeres y una distorsión de la realidad en los hombres, pero a la inversa se consideraban en peso normal estando en sobrepeso u obesidad. Se observaron resultados muy similares en los estudios de los adolescentes españoles, en los que se observó que una percepción alterada del cuerpo genera restricciones al consumo de alimentos.

En Ecuador, el estudio realizado por Yopez R, Carrasco F, Baldeón M (2007), en las principales cabeceras cantonales urbanas, encontró que el exceso de peso afecta al 21,2% de los adolescentes; el sobrepeso se presentó en un 13,7% y obesidad 7,5%. El exceso de peso fue significativamente mayor en la Costa, 24.7% que en la Sierra, 17.7% ($P=0.001$). Igualmente, el exceso de peso fue significativamente mayor en los adolescentes de colegios privados, 25.3% que de colegios públicos 18.9%, ($P=0.001$) y fue más común en las mujeres que en los hombres (21.5% versus 20.8%, respectivamente). El estudio demostró también que el 16.8% de los adolescentes tuvieron bajo peso. En su conjunto, estos datos indican que cerca del 40% de la población estudiada está malnutrida siendo la sobrenutrición, el problema más grave.

Los adolescentes están muy influenciados por los modelos estéticos corporales en la sociedad actual, en la que tanto los medios de comunicación, como los personajes-referencia (cantantes, gimnastas, modelos, etc.) juegan un papel importantísimo propagando estereotipos. Son las adolescentes las principales víctimas, pues se muestran más insatisfechas con su físico y perciben su imagen corporal menos positivamente que sus homólogos masculinos (Vilchez, 2007; Morales, 2009). También puede provocar insatisfacción corporal en hombres según Derenne y Beresin (2006); sin embargo, las mujeres jóvenes son significativamente más vulnerables al potencial peligro de esta influencia social (Toro y col, 2005).

En este contexto, los test de autopercepción de la imagen constituyen un buen instrumento de detección precoz de la distorsión e insatisfacción con la propia figura que puede llegar a desembocar en una grave alteración de la conducta alimentaria (Smolak, 2004; Cash, 2004; Matusek et al, 2004).

Además, al contrastar la información que suministran los métodos de percepción de imagen con la antropometría es posible identificar con mayor rigor aquellos individuos que presentan un cierto nivel de riesgo para desarrollar TCA y malnutrición. En los últimos años se ha incrementado la incidencia de morbilidad y mortalidad en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria, es por ello que el personal que labora en el primer nivel de atención debe realizar actividades preventivos-promocionales orientado a promover, detectar e identificar precozmente en las adolescentes antecedentes de riesgo alimentario a fin de favorecer la adopción de conductas de alimentación saludable, dado que la influencia y la presión sociocultural de tener un cuerpo perfecto, lo que conlleva a adoptar hábitos de alimentación que representa un riesgo para su salud.

La atención a los adolescentes en pasadas épocas se ha visto relegada, al no ser totalmente niños ni totalmente adultos no han existido especialistas propiamente para este grupo de edad, en la actualidad el gobierno ha puesto a los adolescentes como un área que merece integrarse a los servicios de salud, dándoles una atención diferenciada o integrada a los servicios públicos ya existentes. Es por eso que ahora que podemos disponer de un campo de acción, se pueden realizar investigaciones con el fin de mejorar algunos aspectos que afectan directamente a este grupo poblacional, en este caso el estado nutricional y la autopercepción corporal.

El presente estudio surgió por la necesidad de proporcionar información válida y actualizada que permita a las Instituciones Educativas establecer mecanismos de coordinación con los Centros de Salud a fin de que se desarrollen estrategias, programas, talleres y/o seminarios dirigida a la población de riesgo (adolescente) y comunidad educativa (profesores, estudiantes y padres de familia).

El objetivo de la investigación fue conocer la relación entre el estado nutricional y la percepción de imagen corporal en los adolescentes de 16 a 18 años del Colegio Beatriz Cueva de Ayora en el periodo febrero-julio del 2014; para lo cual se utilizó muestreo no probabilístico en cuotas, obteniendo así una muestra de 149 adolescentes, a los cuales se les aplicó un cuestionario elaborado que constaba de: test de siluetas (TS), cuestionario de figura corporal (BSQ) y test de actitudes

alimentarias (EAT-26). Además se realizó la toma de medidas antropométricas para posteriormente obtener el Índice de Masa Corporal (IMC).

Los resultados obtenidos fueron que el 80,54% tiene en un buen estado nutricional, de estos, el 48,32% tiene una percepción adecuada de su imagen corporal y el 29,53% se perciben con mayor peso del real; en contraste con los adolescentes que se encuentran con sobrepeso y bajo peso que tienden a tener una percepción más adecuada respecto a su imagen corporal. El 50,33% tienen una adecuada relación entre su figura corporal e IMC; la distorsión se representa como preocupación leve (15,46%), moderada (8,72%) y extrema (6,04%); es decir, riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los adolescentes con bajo peso y sobrepeso aceptan mejor su figura corporal. Los adolescentes con alteración en el estado nutricional y/o imagen corporal presentaron como factores predisponentes para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria la presencia de imagen corporal negativa en un 34,67%, crítica y burla relacionada con el físico en un 26,66%, presión social respecto la imagen en un 18,67%, ambiente familiar desestructurado en un 6,67%.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1 ADOLESCENCIA

1.1 Perspectivas generales de adolescencia

La adolescencia es un fenómeno con repercusiones biológicas, psicológicas y sexuales, de duración variable, donde se afirman los rasgos de carácter y las consolidaciones afectivas y profesionales.

Según Moreno (2010), en muchos países del Tercer Mundo de la infancia se llega a la adultez, sin el intervalo adolescente, puesto que de la infancia se va directamente al trabajo en los chicos y a la maternidad en las chicas. En algunas culturas, el paso a la edad adulta se realiza través de ritos iniciativos que aseguran la inserción del niño en el mundo adulto, reduciéndose el tiempo de transición al que dura el rito.

Para Massa y Alvarez (2008) la adolescencia está vinculada en los países occidentales a determinantes sociales como la escolarización obligatoria hasta los 16 años, mayor tiempo de formación profesional, lo que origina un mayor retraso para entrar en la vida laboral, dependencia económica de las figuras parentales, retraso en el establecimiento de lazos de pareja, segregación de los jóvenes, cambios en la estructura familiar, que contribuyen a la prolongación de la adolescencia haciéndola cada vez más problemática.

La adolescencia constituía así un segundo y definitivo nacimiento que representaba la culminación del desarrollo humano. Stanley Hall otorgaba igualmente a esta etapa un carácter conflictivo, una fase de Sturm und Stress (tempestad y tensión). La obra de Hall ha estado claramente superada, pero algunas de las ideas anteriores; la turbulencia de la adolescencia o la culminación del desarrollo, han estado revisadas y puestas al día por otros aspectos muy influyentes en psicología de la adolescencia más clásica (Moreno, 2010).

En general, se entiende por adolescencia una etapa que abarca desde los finales de la infancia hasta la futura adultez, pero engloba todas las incertidumbres connotativas del crecimiento emocional y social del ser humano (Martínez C, Veiga P, López C, Carvajal J, 2005).

La adolescencia puede tener cualquier duración y la intensidad es variable en toda su duración, pudiendo alcanzar ésta hasta 10 años en las sociedades occidentales. Pero hay que señalar que se trata de un proceso psicosocial vinculado a la pubertad; por ello se trata de un proceso que varía de persona a persona, de familia a familia y de época histórica a época histórica, era, década o centuria en relación con la siguiente. Es una etapa sujeta a cambios y modificaciones, llena de dinamismo, mutable en sí misma (Moreno, 2010).

Los adolescentes nacidos en una época determinada han podido vivir algunos acontecimientos históricos como guerras, cambios políticos y situaciones económicas o educativas diversas; o evoluciones culturales como cambios en las normas de relación con los progenitores o con el sexo opuesto que han afectado a su desarrollo físico, su conducta o sus representaciones (Yanes García, 2009).

Estos hechos se producen en el seno de un conjunto de circunstancias sociales que definen este principio del siglo XXI: cambios demográficos que incluyen baja natalidad, menos jóvenes y más ancianos; cambios en el acceso al mercado laboral y dificultades para acceder a un empleo estable ; cambios en la familia, menos hijos, con diferentes relaciones, nuevas estructuras; cambios en la composición étnica y cultural y en las actitudes hacia el género; influencia de los medios de comunicación, socialización a través de la imagen, importancia de internet, el móvil, los videojuegos, y cambios en las instituciones educativas (Martínez C, Veiga P, López C, Carvajal J, 2005).

1.2 Concepto de Adolescencia

La adolescencia se caracteriza por ser un momento vital en el que se suceden gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona (Moreno, 2010).

Yanes García (2009) refiere que las transformaciones tienen tanta importancia que algunos autores hablan de este período como un segundo nacimiento. De hecho, a lo largo de estos años se modifica nuestra estructura corporal, pensamientos, identidad y las relaciones que mantenemos con la familia y la sociedad.

El término latín **adolescere**, del que se deriva el de “adolescencia”, señala este carácter de cambio: **adolescere** significa “crecer, “madurar” adolescencia constituye así una etapa de cambios que, como nota diferencial respecto de otros estadios, presenta el hecho de conducirnos a la madurez.

Según la OMS (2010) este período de transición entre la infancia y la edad adulta transcurre entre los 11-12 años y los 18-20 años aproximadamente. El amplio intervalo temporal que corresponde a la adolescencia ha creado la necesidad de establecer subetapas.

Así, suele hablarse de una adolescencia temprana entre los 11-14 años; una adolescencia media, entre los 15-18 años y una adolescencia tardía o juventud, a partir de los 18 años. Sin duda, los problemas a los que se enfrentan las personas en cada una de estas subetapas son muy diferentes, tanto que empiezan a aparecer publicaciones que se refieren a ellas (Behar A, Alvina W, Gonzalez C, et al, 2007).

Adolescencia temprana: la principal preocupación en esta etapa es la de los rápidos cambios que surgen en la constitución física y va delineando la nueva silueta corporal. La calidad y expresión de los cambios físicos producen inquietud y dudas respecto de su índole normal o anormal. Surge también la curiosidad por su anatomía sexual (Dulanto, Enrique, 2006).

Adolescencia media: la mayoría ha logrado la maduración la transformación completa de la silueta corporal. La preocupación del cuerpo no desaparece del todo y se observa el esfuerzo por reconocerse atractiva, así como el cuidado esmerado por estar a la moda, ocuparse del arreglo personal y escogitamiento de la ropa, el arreglo personal es la mejor carta de presentación por lo que se esfuerzan por ser los mejores. Se observa un sentimiento de omnipotencia que los lleva a adoptar

situaciones de riesgo, los que los lleva a involucrarse en conductas antisociales, posibilidad de accidentes, alcoholismo, drogas y contactos sexuales sin precaución lo que los conduce a embarazos no deseados (Dulanto, Enrique, 2006).

Adolescencia tardía: la preocupación por el cuerpo y la apariencia física desaparece del plano de los grandes problemas. La autonomía personal e independencia están en vías de lograrse por completo. Hay conducta conciliatoria con los padres y adultos. El joven aprende con más asertividad a tomar decisiones, el pensamiento abstracto está desarrollado. Es capaz de autoimponerse e imponer limitaciones a sus relaciones y estilos de vida (Dulanto, Enrique, 2006).

1.3 Cambios biopsicosociales

Cambios hormonales: como consecuencia del proceso de maduración somática, en la niña se elevan los estrógenos y en el niño los andrógenos. Dicho proceso conduce al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios: aparición y distribución del vello, redistribución del tejido adiposo, incremento de la masa muscular, crecimiento y posterior cierre óseo, cambio de la voz y, posiblemente, la aparición del acné.

Cambios corporales: estos cambios hacen referencia a la codificación de la imagen corporal, en el concepto dinámico que define SHILDER. Así, podemos acceder a comprender la preocupación o el desprecio o una mezcla de ambas o, más aún, las oscilaciones entre uno y otro polo a lo largo de la adolescencia. Desde la primitiva imagen corporal, adquirida a lo largo de toda la primera y segunda infancia, debe adquirirse una nueva, que puede oscilar entre el mayor nivel de agrado y aceptación y el mayor de los rechazos, intentando disimular esos cambios corporales o bien a realzarlos de forma exagerada (Martínez C, Veiga P, López C, Carvajal J, 2005).

Esta nueva imagen corporal, idealizada o rechazada, pone una vez más en consideración el emerger de la sexualidad versus genitalidad adulta y su función. También podemos comprender, desde esta perspectiva, otros aspectos, que van

desde el narcisismo hasta la dismorfofobia y desde la sumisión a la seducción, haciendo emerger una imagen corporal reencontrada desde el mundo infantil.

Cambios psíquicos: en esta tormentosa situación no es extraño que la percepción del mundo y las vivencias se vean influenciadas, los cambios más destacados son los siguientes (Yanes García, 2009):

- a. El ideal del yo: se va construyendo sobre cimentaciones imaginarias y un tanto míticas, lo que posibilita explosiones de ilusión y de fervor. Un ideal teórico, inalcanzable y bellamente utópico en otras ocasiones es duro y dramático. Esta situación hace que el o la adolescente se enfrente con la ley, por ello juega en y desde el límite de las situaciones, lo que origina conflictos tanto en el plano personal como en el relacional.
- b. Reactualización de conflictos aparentemente superados: vuelve a emerger, con toda su fuerza, un conflicto de épocas pretéritas que alcanza toda su virulencia en esta etapa. La reactualización se realiza por los puntos que más débilmente quedaron aparentemente cerrados.
- c. La identidad personal: la identidad es la base de la subjetividad; en la diferencia y en el contraste se va adquiriendo y consolidando la identidad. Pero en la adolescencia esta diferencia es vivida como algo amenazante. Por ello, el primer paso se establece con la identificación, es fácilmente observable una forma de vestir, de hablar, de moverse o simplemente de estar y se buscan signos claros que permitan que esa identificación se realice desde el mundo externo.

Una segunda característica está representada por un idealismo, en ocasiones ingenuo y simple, pero en otras ocasiones cargado de argumentos que ocasionan incomprendiones y bastantes problemas con el contexto familiar y social. Es la época de militar en organizaciones juveniles altruistas o bien pandillistas, es el momento de cambiar el mundo, pero no hay que olvidar el posible desencanto posterior.

Cambios sociales: El más relevante es el que acontece para evolucionar desde la dependencia a la autonomía, tanto en la toma de las decisiones como en las relaciones sociales, apareciendo la elección de modas, la pertenencia a grupos, la explosión de la identidad sexual y de la sexualidad en su conjunto.

2 ESTADO NUTRICIONAL

2.1 Hábitos nutricionales

Los hábitos alimentarios de las poblaciones son la expresión de sus creencias y tradiciones, ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria.

Los hábitos alimentarios del mundo occidental se caracterizan, cuantitativamente, por un consumo excesivo de alimentos, superior, en términos generales, a las ingestas recomendadas en cuanto a energía y nutrientes para el conjunto de la población y, cualitativamente, por un tipo de dieta rica en proteínas y grasas de origen animal (Vio F, 2005).

La adolescencia es una etapa difícil de la vida, por ser la transición entre el niño y el adulto. La nutrición adecuada en este periodo entraña también dificultades por ser adolescente independiente y por seguir patrones de alimentación sociales prescindiendo en ocasiones de comidas regladas que se sustituyen con frecuencia por “picoteos”, alcohol y comidas rápidas, consumidas fuera del hogar. Estos hábitos alimentarios se caracterizan por: (Castañeda, Rocha, Ramos, 2006)

1. Alimentación desordenada con tendencia creciente a saltarse comidas, especialmente el desayuno y el almuerzo, concentrando la ingesta en el horario vespertino.
2. Al eliminar alguna comida, suelen consumir entre horas alimentos como helados, bollería, refrescos, patatas fritas, alto consumo de comidas rápidas golosinas y bebidas azucaradas de alta densidad calórica y bajo contenido de nutrientes específicos u otros alimentos con de escaso valor nutritivo.

3. Baja ingesta de calcio debido al reemplazo de la leche por bebidas o infusiones de bajo contenido nutricional.
4. Escaso control y conocimiento de los padres respecto a la alimentación de sus hijos adolescentes.
5. Tendencia frecuente a dietas hipocalóricas nutricionalmente desequilibradas especialmente en adolescentes mayores con el fin de adelgazar, alcanzando una prevalencia de hasta 60% en este grupo; asumiendo en muchos casos regímenes vegetarianos o dietas muy restrictivas y desbalanceadas que pueden comprometer el potencial de crecimiento o inducir carencias específicas.
6. Poca diversificación de la dieta, ingesta elevada de productos y comidas de preparación rápida, las cuales se caracterizan por un alto contenido en energía y grasa saturada y bajo aporte de algunos minerales, vitaminas y fibra.
7. Consumo de bebidas alcohólicas durante el fin de semana. La ingesta de alcohol puede repercutir sobre el estado nutricional a través de la reducción de la ingesta de alimentos y modificando la utilización de algunos nutrientes.

A la vista de todos los datos ya aportados, la distribución adecuada de nutrientes que se debería promover y “enseñar” a la población adolescente, si no existen patologías ni problemas médicos, podría esquematizarse de la manera siguiente: (Kovalskys I, Bay L, Rausch HI, Cecile et al, 2005)

- a. **55- 60 % de hidratos de carbono:** fundamentalmente complejos y por debajo del 8-10% los azúcares refinados.
- b. **30% de grasas:** no sobrepasar el 10% de ácidos grasos saturados.
- c. **12-15% de proteínas:** dos terceras partes de origen animal y una tercera parte de origen vegetal.

2.2 Evaluación nutricional

Rodríguez y Pizarro (2006) mencionan que la evaluación del estado nutritivo forma parte de la evaluación de salud el/la adolescente y debe incluir:

- Encuesta alimentaria.
- Examen físico, que incluye la antropometría.

2.2.1 Encuesta Nutricional

La encuesta alimentaria debe ser siempre acuciosa, en especial si la impresión general orienta a un trastorno nutricional ya sea por deficiencia o por exceso. En los adolescentes, es importante consignar el número de comidas, incluyendo jugos, bebidas, golosinas y extras ingeridos entre comidas, tanto dentro como fuera de la casa. Es importante además, estar alerta a la presencia de hábitos alimentarios inhabituales y a detectar conductas que orienten a trastornos del apetito. Existen diferentes métodos para evaluar la ingesta alimentaria: el recordatorio de 24 horas, el registro de ingesta hecho por el mismo paciente o con la ayuda de un profesional de apoyo o la encuesta de tendencia de consumo cuantificada. Un método relativamente seguro es el registro de ingesta de tres a cinco días que incluya algún día festivo, ya que considera la variabilidad de la dieta y elimina la subjetividad de las encuestas (Rodríguez y Pizarro, 2006).

Los resultados de la encuesta nutricional o del balance de ingesta deben compararse con los requerimientos estimados del niño para establecer su adecuación. Es importante consignar antecedentes socioeconómicos y culturales por su relación con la disponibilidad de alimentos o con patrones dietarios específicos. La anamnesis nutricional proporciona antecedentes de gran ayuda en la evaluación del estado nutricional, pero por sí sola no permite formular un diagnóstico.

2.2.2 Examen físico

El examen completo y cuidadoso (incluyendo desarrollo puberal) proporciona elementos valiosos para la evaluación nutricional. En algunos casos, el aspecto general del adolescente, la observación de las masas musculares y la estimación del pániculo adiposo, permiten formarse una impresión nutricional, pero ésta debe objetivarse con parámetros específicos refieren Rodríguez y Pizarro (2006). La importancia de esto radica en que hay adolescentes que a pesar de tener una edad

cronológica establecida su desarrollo en los estadios de Tanner varían dando una apreciación a simple vista errada de la edad.

2.2.3 Antropometría

Es la técnica más usada en la evaluación nutricional, proporciona información fundamentalmente acerca de la suficiencia de aporte de macronutrientes.

Las mediciones más utilizadas son el peso y la talla. Las determinaciones del perímetro braquial y del grosor de pliegues cutáneos permiten estimar la composición corporal, y pueden ser de utilidad cuando se usan en conjunto con el peso y la talla, pero no tienen ventajas si se efectúan en forma aislada, salvo cuando los valores son extremos. Deben ser efectuadas por personal calificado, usando instrumentos adecuados y ser interpretadas comparándolas con estándares de referencia (Rodríguez y Pizarro, 2006).

La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de las curvas de crecimiento elaboradas por el National Center for Health Statistics (NCHS), ya que los pesos y tallas de adolescentes provenientes de grupos socioeconómicos alto y medio de países subdesarrollados, son similares a los de adolescentes de países desarrollados con antecedentes comparables.

2.2.4 Peso

El peso como parámetro aislado no tiene validez, debe expresarse en función de la edad y de la talla.

2.2.5 Talla

La estatura final de una persona viene determinada por los genes y su adecuada expresión depende del medio ambiente. La talla también debe expresarse en función de la edad y del desarrollo puberal. El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de dieta adecuada y de estado nutricional a largo plazo (Figura 1). Es importante considerar que es un parámetro muy susceptible a errores de medición,

por lo tanto, debe ser repetida, aceptando una diferencia inferior a 5 mm entre ambas mediciones. Se acepta como normal una talla entre el 95% y el 105% del Standard, lo que en las curvas del NCHS corresponde aproximadamente a valores entre percentil 10 y 90 para la edad. En adolescentes con talla baja se debe considerar siempre el estadio de Tanner, para la evaluación.

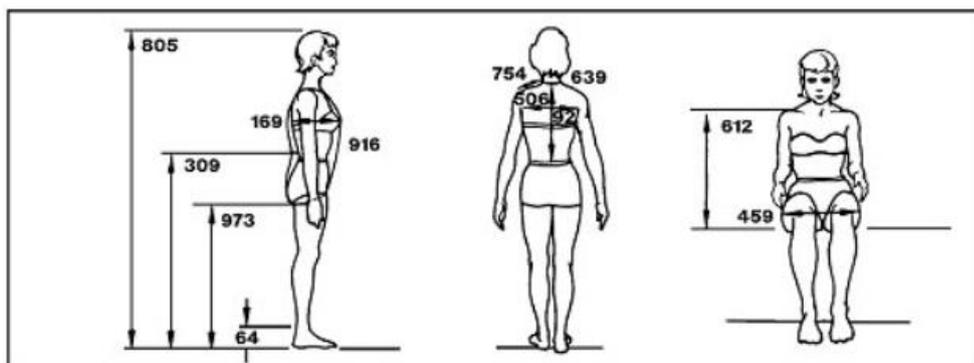


Figura 1: Formas de medir la talla

El punto de corte sugerido para identificar a aquellos adolescentes que requieran evaluación clínica más acuciosa o que deban ser referidos para estudio de talla baja, está dado por el percentil 3 o talla menor a -2 DS (-2 score Z). Sin embargo, esto puede variar de acuerdo a las características locales de la población o a la disponibilidad de recursos (Rodríguez y Pizarro, 2006).

2.2.6 Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) es considerado como el mejor indicador de estado nutritivo en adolescentes, por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles más altos y por ser sensible a los cambios en composición corporal con la edad. El IMC es considerado el mejor indicador antropométrico para diagnosticar el sobrepeso y la obesidad en niños entre los 2 y los 18 años.

Estos referentes incluyen a una agrupación de 9 estudios transversales (66.772 niños de ambos sexos, blancos, negros, hispanicos y asiáticos entre 5 y 17 años, realizados entre los años 1970 y 1994 en diferentes estados de los Estados Unidos de Norteamérica (USA) por la NCHS (NHANES II y NHANES III) (Briones y Cantú, 2005).

Los puntos de corte definidos internacionalmente para clasificar el estado nutricional en adultos (IMC mayor a 30 para diagnosticar obesidad), no son aplicables para el adolescente que no ha completado su desarrollo puberal debido a la variabilidad de la composición corporal en el proceso de maduración. Existen por lo tanto distintas curvas de IMC para población de 0 a 18 años y aun cuando ninguna cumple con las especificaciones de un patrón ideal ó definitivo, la recomendación actual es usar las tablas de Must et al, como patrón de referencia (Briones y Cantú, 2005).

Estas tablas fueron confeccionadas a partir de datos del National Center for Health Statistics (NCHS) de EEUU y por lo tanto, establecen una continuidad con los patrones de referencia recomendados para evaluación de población infantil. Aún cuando el IMC no ha sido validado como un indicador de delgadez o de desnutrición en adolescentes, constituye un índice único de masa corporal y es aplicable en ambos extremos. Los puntos de corte sugeridos para diagnóstico nutricional son los siguientes (Briones y Cantú, 2005):

- IMC menor al percentil 5 es indicativo de desnutrición.
- IMC entre el percentil 5 y percentil 15 requiere evaluación clínica complementaria para identificar aquellos adolescentes en riesgo nutricional
- IMC entre percentil 15 y 85 corresponde en general a estado nutricional normal.
- IMC mayor al percentil 85 se considera riesgo de sobrepeso.
- IMC entre p85 y < p95 sobrepeso y riesgo obesidad.
- IMC p95 obesidad. Se reserva la clasificación de obeso para aquellos adolescentes que además de tener un IMC mayor al percentil 85 tengan un exceso de grasa subcutánea objetivado por la medición de pliegues cutáneos.

El IMC es el indicador recomendado por la OMS para evaluar antropométricamente el estado nutricional de una población menor de 20 años, por su simpleza, bajo costo y adecuada correlación con la grasa corporal total. (Story M, Neumark-Sztainer D, French S, 2005).

$$\text{IMC} = \text{peso}/\text{talla}^2$$

La norma técnica propone como indicador para la evaluación del estado nutricional en escolares y adolescentes en el nivel primario de atención, la relación IMC/edad: (Organización Mundial de la Salud, 2012.) (Anexo 4).

3 ALTERACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

3.1 Desnutrición energético-nutricional

La adolescencia es el período etario más vulnerable debido a las transformaciones biológicas puberales, demandas psicosociales, inestabilidad emocional y conflictos en su identidad personal relacionados con la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado (Lytle LA, 2005).

La desnutrición energético-nutricional (DEN) proporciona al paciente una serie de características que lo personalizan:

- Alta demanda de energía y nutrimentos.
- Insuficiencia digesto-absortiva.
- Labilidad metabólica aumentada.
- Inmunocompetencia muy afectada, condición que lo predispone a múltiples complicaciones que elevan notablemente la morbilidad y la mortalidad.
- Respuesta inadecuada a los procedimientos a los cuales se les somete, a los cambios de conducta alimentaria, a los medicamentos y a las medidas de rehabilitación. Por tal motivo se dice que el desnutrido es un paciente “mal respondedor”.

La desnutrición energético-nutricional es un síndrome nutricional caracterizado por un estado pluricarencial donde predomina el déficit energético proteico y de otros importantes nutrimentos, como resultado de una dieta inadecuada en términos de cantidad y calidad, que no provee al organismo de energía suficiente y nutrimentos específicos para el funcionamiento, crecimiento y desarrollo normales. (Lytle LA, 2005).

3.2 Obesidad

La obesidad es un exceso de tejido graso sobre la composición corporal normal, que depende de la edad, la talla y el sexo. Desde siempre se ha creído que la causa de la obesidad es una dieta rica en grasas, pero también intervienen otros factores de tipo genético, sociales, familiares, etc. La obesidad, se define como una enfermedad crónica no transmisible que se caracteriza por el exceso de tejido adiposo en el organismo, que se genera cuando el ingreso energético (alimentario) es superior al gasto energético (actividad física) durante un período suficientemente largo (Lytle LA, 2005).

La causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran: (OMS 2006)

1. La modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.
2. La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

La obesidad es una integrante del grupo de Enfermedades crónicas No Transmisibles, el acumulo excesivo de gordura corporal, acarrea prejuicios para la salud de los individuos. La etiología de la obesidad es un proceso multifactorial que envuelve aspectos ambientales y genéticos. Actualmente, la obesidad es un problema de salud pública mundial, tanto en países desarrollados como en no desarrollados que presentan elevada su prevalencia (Bejarano, Dipierri, Alfaro, et al, 2005).

De todos estos factores, durante la adolescencia influyen especialmente la predisposición genética (en lo referente al número de adipocitos, que son las células del organismo que almacenan la grasa) y los hábitos alimentarios.

Las consecuencias de esto son las mismas que para un adulto: problemas cardiovasculares, respiratorios, del aparato locomotor, etc. Además de aumentar el riesgo de otros problemas de salud como serían: cáncer, problemas psicológicos y sociales.

4 IMAGEN CORPORAL

4.1 Concepto de imagen corporal

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo. Una cosa es la apariencia física y otra distinta a la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así. La apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen (Yanes García, 2009).

Son muchas las investigaciones dedicadas al estudio de la imagen corporal en la etapa de la adolescencia; Espinoza, Penelo & Raich (2010) Jáuregui et al, (2009). En todas se afirma que la figura corporal durante este periodo está sujeta a notables modificaciones que exigen al adolescente una continua reestructuración de la imagen de su propio cuerpo. A pesar de que los cambios biológicos marcan el inicio de la adolescencia, esta etapa no se reduce a ellos, sino que se caracteriza además por significativas transformaciones psicológicas y sociales.

La imagen corporal se compone de varias variables:

- 1. Aspectos perceptivos:** precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.

2. Aspectos cognitivos- afectivos: actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia.

3. Aspectos conductuales: conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Puede ser su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje.

La imagen corporal va construyéndose evolutivamente. En la adolescencia se vive el cuerpo como fuente de identidad, de auto-concepto y autoestima. Es la etapa de la introspección y el auto escrutinio, de la comparación social y de la autoconciencia de la propia imagen física y del desenvolvimiento social, que podrá dar lugar a la mayor o menor insatisfacción con el cuerpo (Yanes García, 2009).

En una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud, no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física. Según Calaf, León, Hilerio y Rodríguez (2005), los medios de comunicación y la presión social son algunos de los muchos factores que han influenciado a las personas a seguir una imagen ideal que en muchas ocasiones es difícil de alcanzar.

4.2 ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

Las alteraciones de la imagen corporal pueden concretarse en dos aspectos:

1. Alteración cognitiva y afectiva: insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.

2. Alteraciones perceptivas que conducen a la distorsión de la imagen corporal. Inexactitud con que el que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma. No está clara la relación entre estas variables, algunos autores señalan que las personas insatisfechas con su cuerpo tienen distorsiones perceptivas, y otros autores señalan que no. La correlación entre medidas de evaluación perceptivas y subjetivas no siempre es alta (Cash y Pruzinsky, 2005).

Es difícil saber si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo, o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma.

En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana, hablamos de trastornos de la imagen corporal.

Además hay que tener en cuenta que las alteraciones perceptivas, la preocupación y el malestar acerca de la imagen corporal pueden ser un síntoma presente en distintos cuadros clínicos o puede ser un trastorno en sí mismo. Así, en el trastorno dismórfico corporal la preocupación puede referirse a partes del cuerpo o a aspectos más globales, así como a defectos faciales, la forma, el tamaño, el peso, la simetría de partes del cuerpo y los olores (Yanes García, 2009).

En una variante de la dismorfofobia, la vigorexia o dismorfia muscular, la preocupación se centra en obtener un cuerpo hipermusculado, lo que conduce a estas personas, principalmente hombres, a pasar horas en el gimnasio y a consumir hormonas y anabolizantes esteroideos para aumentar su masa muscular, con el riesgo que conlleva para la salud. Se ven excesivamente delgados a pesar de tener un cuerpo muy musculoso, presentan pensamientos reiterados de preocupación y evitar situaciones donde puede ser observado su cuerpo (Moreno 2010).

En los trastornos de alimentación, aparece insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas de un modo global en el peso o tamaño del cuerpo y de modo específico en las nalgas, cintura, muslos y cadera. Los pensamientos están centrados en la delgadez y las conductas motoras son la realización de dietas, el uso de laxantes y purgantes, el ejercicio físico excesivo y la evitación de situaciones.

A pesar de que los programas terapéuticos se centran en la estabilización del peso y en los patrones de alimentación, se sabe que la insatisfacción con la imagen corporal está presente en el inicio, el mantenimiento de los trastornos de alimentación y es uno de los factores más importantes de recaída y mal pronóstico. La realización de dietas es un intento de paliar la insatisfacción corporal y la discrepancia entre el ideal corporal y la propia realidad (Moreno 2010).

En los casos donde existen alteraciones de la imagen corporal, los síntomas inicialmente cuando el paciente se enfrenta a situaciones en las que puede ser observado (Moreno 2010):

Nivel psicofisiológico: respuestas de activación del Sistema Nervioso Autónomo (sudor, temblor, dificultades de respiración, etc.).

Nivel conductual: conductas de evitación, camuflaje, rituales de comprobación y tranquilización, realización de dieta, ejercicio físico, etc.

Nivel cognitivo: preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas sobreestimación y subestimación, auto verbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas e incluso delirantes.

Nivel emocional: insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc. En las personas con trastorno de la imagen corporal, aparecen las siguientes suposiciones: necesidad de perfección, necesidad de agradar para ser aceptado por los otros, necesidad de presentar a los demás una apariencia física perfecta y la creencia de que es terrible que otros vean las propias imperfecciones.

Las consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal son variadas, así cursa con pobre autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, de forma reiterada y con demandas irracionales.

4.3 FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL NEGATIVA

En la formación de la imagen corporal existen dos variables importantes, por un lado la importancia de la imagen corporal para la autoestima y la satisfacción o insatisfacción con la misma.

En la formación de una imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento (Yanes García, 2009).

4.3.1 Factores predisponentes

Sociales y culturales: proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración de la delgadez, la estigmatización de la gordura, la falacia sobre la manipulación del peso y del cuerpo). Toro (1988) señala la presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factor predisponente.

Modelos familiares y amistades: El modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continuas verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestando una excesiva atención hace que un niño/a aprenda esas actitudes. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable (Yanes García, 2009).

Características personales: la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y los sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos.

Desarrollo físico y feedback social: los cambios de la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las del cuerpo pueden ser factores de vulnerabilidad.

Todos estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso.

Otros factores: la obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en danza o en deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc. sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconsciente a una persona sobre su apariencia física.

4.3.2 Factores de mantenimiento

Suceso activante: la exposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social, el que alguien cercano solicite un cambio, etc., son acontecimientos que activan el esquema de la imagen corporal de tipo negativo y que producen malestar.

Disforia y malestar: conducen a la realización de conductas de evitación, a rituales, comprobaciones que activan pensamientos y autoevaluaciones negativas que realimentan la disforia y que resultan ineficaces para manejar las situaciones, las emociones, las preocupaciones y los pensamientos negativos y que resultan ser factores de mantenimiento del trastorno.

4.4 EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

En los años 70 y 80 los estudios de evaluación se centraban en los aspectos perceptivos de la imagen corporal, en los años 90, la evaluación se ha centrado más en aspectos subjetivos y actitudinales, ya que una correcta percepción del cuerpo no supone la inexistencia de insatisfacción con el mismo .

Así la evaluación de la imagen corporal debe incluir las siguientes áreas (Couceiro, 2006):

- a. Aspecto perceptivos y de estimación del tamaño y la forma del cuerpo.
- b. Aspectos cognitivos y emocionales: creencias y preocupaciones, intensidad, frecuencia y duración, el malestar que originan y el grado de convicción

sobre la existencia del defecto, el esfuerzo que realiza el paciente para controlar el pensamiento.

- c. Aspectos conductuales: evitación, camuflaje, rituales, búsqueda de información tranquilizadora, etc.
- d. Otros problemas psicológicos: depresión, trastornos de alimentación, disfunciones sexuales, ansiedad social, etc.
- e. Dimensiones de personalidad: autoestima, habilidades sociales, niveles de adaptación global.

4.5 PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

4.5.1 Aspectos perceptivos

4.5.1.1 Test de siluetas

Consiste en una impresión que presenta nueve imágenes corporales distintas, de ambos sexos que van desde una figura enflaquecida hasta una obesa, comenzando con un IMC de 16 hasta uno de 40, con un incremento de 3 puntos por cada figura, tanto como para mujeres como para hombres (Behar, Alvina, Gonzales, Trinidad et al). Por lo tanto la figura 1 representa un individuo con bajo peso, las figuras 2 y 3 personas con peso normal, la 4 y 5 representan sobrepeso, la 6, 7, 8 y 9 obesidad (Beauquis et al, 2003; Couceiro, 2006).

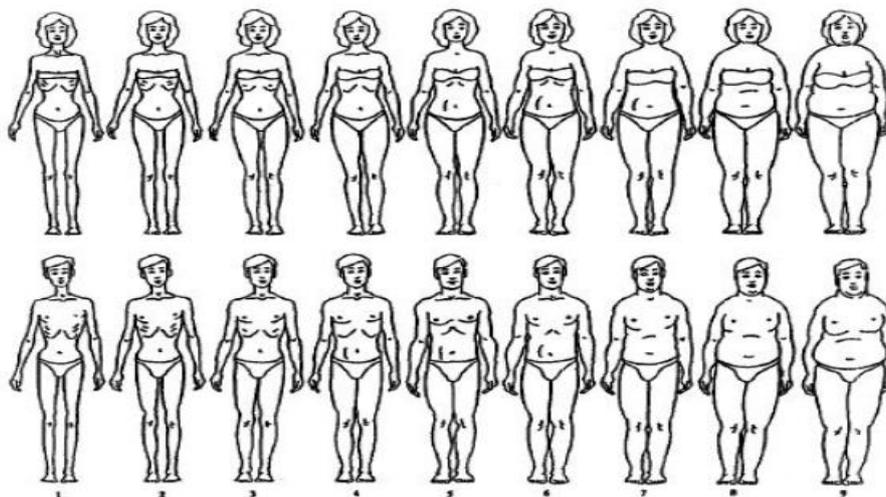


Figura 2: Escala de Thompson y Gray.

Cada persona debe elegir el modelo con el que mejor se identifique, respondiendo a la pregunta ¿con cuál de las imágenes se siente más identificado?, luego a cada individuo a partir del modelo elegido le corresponde un IMC. Resultados obtenidos en estudios que utilizan este test avalan el uso de modelos anatómicos en la investigación sobre alteraciones de la percepción de la imagen corporal (Couceiro, 2006).

Para obtener el resultado de la “Autopercepción de la Imagen Corporal”, se debe comparar el resultado del test de siluetas con el resultado del índice de masa corporal, obtenido con las medidas antropométricas; cuando existe una correspondencia entre la figura seleccionada y el IMC se denomina que existe una “percepción adecuada” (adecuación), y si por el contrario la imagen seleccionada no corresponde con el IMC, existe una “distorsión”(no adecuación) en la autopercepción de la imagen corporal (Beauquis et al, 2003; Couceiro, 2006).

4.5.2 Métodos de estimación corporal global

El sujeto se ve confrontado a una imagen presentada en vídeo, por medio de siluetas, en fotografía o en un espejo. Los sujetos deben estimar el tamaño y la forma de su propia imagen confrontada y posteriormente se compara con la real.

Otros métodos de estimación global son las escalas de siluetas o figuras, donde el sujeto tiene que escoger la figura que cree mejor le representa y la que desearía tener, lo que da una medida de la discrepancia entre la figura real y la ideal y de la insatisfacción corporal (Couceiro, 2006).

4.5.2.1 Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC), o índice de Quetelet (Lambert Adolphe Jacques Quételet), es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y el peso de una persona, si su masa se encuentra en un intervalo saludable.

Cálculo

El índice de masa corporal resulta de la división de la masa en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresada en metros.

Interpretación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, después de calcularse el IMC en los niños y adolescentes, el número del IMC se registra en las tablas de crecimiento de los CDC para el IMC por edad para obtener la categoría del percentil. Los percentiles son el indicador que se utiliza con más frecuencia para evaluar el tamaño y los patrones de crecimiento de cada niño. El percentil indica la posición relativa del número del IMC del niño entre niños del mismo sexo y edad. Las tablas de crecimiento se muestran en las siguientes tablas:

Tabla de IMC para la edad niños, 13 a 18 años (Organización Mundial de la Salud 2007)

Edad (años:meses)	Obesidad $\geq +2$ SD (IMC)	Sobrepeso $\geq +1$ a $< +2$ SD (IMC)	Normal ≥ -1 a $< +1$ SD (IMC)	Desnutrición leve ≥ -2 a < -1 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥ -3 a < -2 SD (IMC)	Desnutrición severa < -3 SD (IMC)
13:0	≥ 24.8	20.8–24.7	16.4–20.7	14.9–16.3	13.8–14.8	< 13.8
13:6	≥ 25.3	21.3–25.2	16.7–21.2	15.2–16.6	14.0–15.1	< 14.0
14:0	≥ 25.9	21.8–25.8	17.0–21.7	15.5–16.9	14.3–15.4	< 14.3
14:6	≥ 26.5	22.2–26.4	17.3–22.1	15.7–17.2	14.5–15.6	< 14.5
15:0	≥ 27.0	22.7–26.9	17.6–22.6	16.0–17.5	14.7–15.9	< 14.7
15:6	≥ 27.4	23.1–27.3	18.0–23.0	16.3–17.9	14.9–16.2	< 14.9
16:0	≥ 27.9	23.5–27.8	18.2–23.4	16.5–18.1	15.1–16.4	< 15.1
16:6	≥ 28.3	23.9–28.2	18.5–28.1	16.7–18.4	15.3–16.6	< 15.3
17:0	≥ 28.6	24.3–28.5	18.8–24.2	16.9–18.7	15.4–16.8	< 15.4
17:6	≥ 29.0	24.6–28.9	19.0–24.5	17.1–18.9	15.6–17.0	< 15.6
18:0	≥ 29.2	24.9–29.1	19.2–24.8	17.3–19.1	15.7–17.2	< 15.7

Figura 3: índice de masa corporal según la OMS 2007.

Tabla de IMC para la edad niñas, 13 a 18 años (Organización Mundial de la Salud 2007)

Edad (años:meses)	Obesidad	Sobrepeso	Normal	Desnutrición leve	Desnutrición moderada	Desnutrición severa
	$\geq + 2$ SD (IMC)	$\geq + 1$ a $+ 2$ SD (IMC)		≥ -1 a $+ 1$ SD (IMC)	≥ -2 a -1 SD (IMC)	≥ -3 a -2 SD (IMC)
13:0	≥ 26.2	21.8–26.1	16.6–21.7	14.9–16.5	13.6–14.8	< 13.6
13:6	≥ 26.8	22.3–26.7	16.9–22.2	15.2–16.8	13.8–15.1	< 13.8
14:0	≥ 27.3	22.7–27.2	17.2–22.6	15.4–17.1	14.0–15.3	< 14.0
14:6	≥ 27.8	23.1–27.7	17.5–23.0	15.7–17.4	14.2–15.6	< 14.2
15:0	≥ 28.2	23.5–28.1	17.8–23.4	15.9–17.7	14.4–15.8	< 14.4
15:6	≥ 28.6	23.8–28.5	18.0–23.7	16.0–17.9	14.5–15.9	< 14.5
16:0	≥ 28.9	24.1–28.8	18.2–24.0	16.2–18.1	14.6–16.1	< 14.6
16:6	≥ 29.1	24.3–29.0	18.3–24.2	16.3–18.2	14.7–16.2	< 14.7
17:0	≥ 29.3	24.5–29.2	18.4–24.4	16.4–18.3	14.7–16.3	< 14.7
17:6	≥ 29.4	24.6–29.3	18.5–24.5	16.4–18.4	14.7–16.3	< 14.7
18:0	≥ 29.5	24.8–29.4	18.6–24.7	16.4–18.5	14.7–16.3	< 14.7

Figura 4: índice de masa corporal según la OMS 2007.

En adultos se suele establecer un intervalo de 18,5 a 25 como saludable. Un IMC por debajo de 18,5 indica malnutrición o algún problema de salud, mientras que un IMC de 25 o superior indica sobrepeso y a partir de 30 Obesidad. Los IMC se agrupan, según esta interpretación, en las siguientes categorías:

Clasificación e Interpretación del Índice de Masa Corporal (Organización Mundial de la Salud 2007)

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Bajo peso	$< 18,50$	$< 18,50$
Delgadez severa	$< 16,00$	$< 16,00$
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49

Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Pre obeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

Figura 5: índice de masa corporal en adultos. OMS 2007

Respecto a la evaluación de los aspectos perceptivos y actitudinales es importante tener en cuenta algunas cuestiones: En general, los métodos de evaluación perceptiva van dirigidos a analizar las diferencias que existen entre lo que el sujeto considera que mide su cuerpo o una parte de su cuerpo y la medición objetiva de éste.

Es importante tener en cuenta que no es lo mismo preguntar ¿qué tamaño cree que tiene?, a preguntar ¿qué tamaño siente que tiene?, las preguntas en términos afectivos producen mayor sobreestimación que las preguntas en términos racionales (Thompson, 1996).

4.5.3 Métodos de estimación de partes corporales

Estos métodos requieren que los sujetos estimen la anchura de una parte de su cuerpo entre dos puntos situados en una superficie. Se le pide a una persona situada de pie que estime la anchura de sus hombros, cintura o caderas sobre un plano. Puede usarse un cordel o la separación de dos pequeños bloques de madera. A continuación se mide esta distancia y se compara a la que realmente mide la persona dividiendo la medida real por la percibida multiplicando por 100, el

resultado es el porcentaje de distorsión. Se considera que existe una mayor distorsión en la medida que la diferencia de tamaño (el percibido y el real) es mayor. Actualmente y gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías, existen programas por realidad virtual para la medida de la percepción de cómo se ve el cuerpo o partes de él (Couceiro, 2006).

Además al evaluar o estimar el tamaño del cuerpo deben tenerse en cuenta diversas variables que pueden influir en el grado de precisión perceptiva, como son, la habilidad viso espacial del paciente, el entrenamiento en la medida utilizada, los efectos de la evaluación repetida, la ropa que lleva puesta el paciente, la iluminación, la comida consumida previamente, las instrucciones y el tamaño actual del sujeto.

4.5.3.1 Cuestionario de figura corporal (BSQ)

Este cuestionario fue diseñado por Cooper, Taylor, Cooper, y Fairbun (1987) y adaptado a población española por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos, y Zapater (1996). Evalúa desde el punto de vista subjetivo la imagen corporal, siendo una escala actitudinal tipo Likert. Las ventajas de este instrumento son, entre otras, que es un cuestionario específico para la evaluación de insatisfacción corporal, así como que está considerado como una buena medida desde el punto de vista de la confiabilidad y la validez de la imagen corporal (Rosen, Jones, Ramirez, & Waxman, 1995).

Este instrumento ha sido utilizado en diversas investigaciones para evaluar la imagen corporal o para validar otros instrumentos (Gracia, Marcó, Fernández, & Juan, 1999; Raich, Torras, & Figueras, 1996; Slade, Dewey, Newton, Brodie, & Kiemle, 1990).

Diseño

La versión original está compuesta por 34 ítems, que se contestan a través de una escala Likert de 6 niveles de respuesta (1: nunca - 6: siempre). La persona responde según su autopercepción y el grado de identificación sobre cada ítem en las últimas cuatro semanas.

Interpretación

A partir de la puntuación total obtenida es posible establecer cuatro grados de preocupación con la imagen corporal (Cooper y Taylor, 1988; Espina, Ortego, de Alda, Yenes y Alemán, 2001):

- a) no preocupado: puntuación < 81
- b) preocupación leve: puntuación entre 81 y 110
- c) preocupación moderada: puntuación entre 111 y 140
- d) preocupación extrema: puntuación > 140

4.6 MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

4.6.1 TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) tiene por objetivo identificar, a través del autoreporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas (Garner, Olmster, Bohr y Garfinkel, 1982). Esta prueba fue elaborada por David Garner y Paul Garfinkel en el año 1979 y su primera versión, conocida como EAT-40, consta de 40 reactivos agrupados en 7 factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Tiene el 88,9% de sensibilidad y el 97,7% de especificidad. (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, Agras, 2004).

Posteriormente se diseñó una segunda versión que consta de 26 reactivos, conocida como EAT-26, en la cual se suprimieron 14 ítems, por considerarse redundantes y que no aumentaban la capacidad predictiva de la prueba. Maloney y colaboradores en el año 1988, crean una versión para niños denominada CHEAT-26 que utiliza un lenguaje más sencillo (Iñárritu, Cruz y Morán, 2004).

Los ítems de la prueba se agrupan en 3 factores:

1. El Factor 1 Dieta se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a).

2. El Factor 2 Bulimia y preocupación por la comida refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de Bulimia.
3. El Factor 3 Control Oral está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso (Garner et al, 1982).

Interpretación

La versión de 26 reactivos es la que propuso Garner (1996). Se contesta entre cuatro opciones de respuesta, pudiendo obtener una puntuación entre 0 y 78 puntos, 20 puntos es el punto de corte aceptado internacionalmente para determinar casos en posible riesgo de trastorno de la conducta alimentaria. (Iñárritu et al, 2004).

El Test de Actitudes Alimentarias ha sido recomendado como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier TCA, aunque se advierte la posibilidad de perder algunos sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específica (Iñárritu et al., 2004).

Específicamente el EAT-26 ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los Trastornos Alimentarios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez (Garner et al., 1982). Esta prueba ha sido utilizada “como una herramienta de “screening” para determinar “Riesgo de Desorden Alimentario” en colegios, universidades y otros grupos especiales de riesgo como los atletas” (Garner, Rosen y Barry, 1998).

Al ser una prueba de tamizaje, se asume que una anticipada identificación de un desorden alimentario puede conducir a un tratamiento temprano, reduciendo así ciertas complicaciones físicas y psicológicas e incluso la probabilidad de muerte.

Los puntajes iguales o mayores a 20 puntos en el EAT-26 son frecuentemente relacionados con actitudes y conductas alimentarias de riesgo, pudiendo asociarse a un desorden alimentario (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson y Rodin, 2007).

4.7 INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS SOBRE LA IMAGEN CORPORAL

Las terapias que se han mostrado más eficaces en el tratamiento del trastorno de la imagen corporal han sido las cognitivo-conductuales (Salaberria, Borda, Amor y Echeburúa, 2000). Se realizan en formato individual o grupal, tiene una duración entre 2 y 3 meses, y el número de sesiones oscila entre 6 y 12. La duración de cada sesión es de 60 a 90 minutos y se realizan con una periodicidad semanal, con tareas para casa y materiales de ayuda.

4.7.1 Motivación para la terapia

Según Salaberria y Belaunzaran, (2003) los pacientes tienden a modificar la apariencia externa por medio de dietas, ejercicio, tratamientos estéticos, etc. Sin embargo, el problema no está en la apariencia exterior y sí en la vivencia subjetiva del cuerpo. El tratamiento psicológico no puede cambiar el aspecto externo, pero sí ayudar a aceptar el cuerpo y a vivir mejor de modo más satisfactorio.

Se debe brindar información sobre la imagen corporal, cómo se construye, sus alteraciones, la apariencia física, el impacto de los pensamientos, las emociones y la percepción del cuerpo, el papel de la evitación y los rituales y comportamientos mantenedores de una imagen corporal negativa.

4.7.2 Técnicas de terapia

- Relajación y respiración para el manejo de los síntomas ansiosos.
- Reestructuración cognitiva que permite el trabajo con los pensamientos más negativos e irracionales. Parece más adecuado realizarla antes de la exposición (Geremia y Neziroglu, 2007).
- Exposición a áreas de la apariencia física que causan malestar por medio de la exposición de distintas partes del cuerpo o la exposición a situaciones donde es visible el cuerpo. La exposición se puede aplicar en imaginación, frente al espejo y por medio de la realidad virtual. A esta técnica se le añade la prevención de respuesta de conductas rituales como la comprobación reiterada, el excesivo acicalamiento, etc.

- Diseño de experiencias positivas y de placer con el cuerpo, ejercicios sensoriales, actividades placenteras, diseño de cumplidos hacia el propio cuerpo, etc.
- Prevención de recaídas: identificación de situaciones de riesgo y entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

En concreto, se trabaja sobre estimaciones repetidas de amplitudes corporales para ir las ajustando, o recientemente por medio de la realidad virtual por ordenador en el programa de Perpiña, Botella y Baños (2000).

4.7.3 Visualización en espejo

Visualización de cada una de las partes del cuerpo, focalizando la atención en la zona que produce mayor insatisfacción. Estos ejercicios se pueden realizar con los ojos cerrados, con ropa, sin ropa, y con los ojos abiertos y trabajando sobre los sentimientos, las emociones y los pensamientos que aparecen durante la visualización.

4.7.4 Ejercicio de precisión perceptual

Se le pide al paciente que marque en una cinta la amplitud de diferentes partes corporales vistas de frente (hombros, cintura, cadera, muslos) y de perfil (pecho, cintura y estómago). Con un calibrador corporal se mide exactamente la amplitud y se compara con la señalada en la cinta. Se le pide que corrija la sobreestimación si existe y se vea a sí mismo objetivamente y se pregunte cómo se siente.

4.7.5 Ejercicio de corrección de tamaño

El paciente selecciona una parte del cuerpo que haya sobreestimado y se le pide que repita esta estimación hasta que realice dos estimaciones precisas seguidas, al mismo tiempo se le solicita que verbalice los sentimientos que produce este ejercicio.

Cuando se han añadido estos componentes específicos de entrenamiento en percepción al tratamiento, no ha habido más mejoría. Así parece que la percepción

es el resultado de aspectos cognitivos, emocionales y conductuales y cuando se abordan éstos los aspectos perceptivos se corrigen. En las investigaciones donde se ha tenido en cuenta el índice de masa corporal se aprecian cambios en la imagen corporal y el ajuste psicológico en ausencia de cambios en el peso (Sánchez, Carracedo, Moral, López, Marroquín, Ridaura y Raich, 2004).

5 MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

El presente trabajo investigativo fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

5.2 Área de estudio

El desarrollo de este trabajo se lo realizó en el Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora” ubicado en la ciudad de Loja en las calles 10 de agosto y Av. Orillas del Zamora.

5.2.1 Universo

Estudiantes matriculados en el primer año de bachillerato del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”, sección matutina, en el periodo 2013-2014, que corresponde a 250 estudiantes.

5.2.2 Muestreo y muestra

No probabilístico en cuotas, se escogieron 149 adolescentes que se encontraban cursando el primer año de bachillerato en el Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora” en el periodo 2013-2014.

5.2.3 Criterios de Inclusión

1. Estudiantes que están matriculados y asisten al Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”.
2. Estudiantes cuyas edades oscilen entre 16 y 18 años de edad.
3. Estudiantes masculinos y femeninos que cursen el primer año de bachillerato.
4. Estudiantes que aprueben el consentimiento informado.

5.2.4 Criterios de Exclusión

1. Estudiantes cuyas edades sean superiores a 19 años e inferiores a 16 años.
2. Estudiantes que no deseen participar en el estudio.
3. Estudiantes que no asistan a clases.

5.3 Métodos y técnicas

En primer lugar se envió un oficio pidiendo la autorización para la realización del presente trabajo a la Rectora del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora” Dra. Enriqueta Andrade de Pérez, para realizar el estudio, quien luego de revisar el proyecto de esta investigación, autorizó el desarrollo de la misma en esta institución. Posteriormente se pidió la colaboración al personal docente que labora en esta institución, para poder llevar a cabo la recolección de datos. A los estudiantes entre los 16 y 18 años de edad, del primer año de bachillerato, les fue presentado el proyecto, e invitados a participar en el estudio, también se les entregó un formato de consentimiento informado, para autorizar su participación en el estudio. Se empleó, una encuesta estructurada (Anexo 3), a los adolescentes del primer año de bachillerato del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”. Dicha encuesta contiene datos generales (edad y género), instrumentos para valorar la percepción de imagen corporal y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.

Para valorar el estado nutricional, se empleó el Índice de Masa Corporal (IMC). Para ello se tomó el peso y la talla. El peso se determinó con la persona descalza y con ropa ligera, utilizando una balanza modelo SECA (rango 1-150kg). La talla se midió con la ayuda de un tallímetro, con la persona en bipedestación, con la espalda en contacto con el tallímetro y sin calzado. El Índice de Masa Corporal (IMC) se obtuvo a partir de la fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$ y se lo comparó con los percentiles por edad. En base a estos datos, y para la tipificación ponderal del colectivo, se utilizaron los criterios propuestos por la OMS (2012) en base al valor del IMC.

Para valorar la percepción de la imagen corporal, se presentó la imagen de las siluetas corporales del modelo propuesto por Thompson y Gray (1995), este modelo muestra nueve figuras masculinas y nueve femeninas, que van siendo progresivamente más robustas (figura 6), así, la figura 1 representa un individuo con bajo peso, las figuras 2 y 3 personas con peso normal, la 4 y 5 representan sobrepeso, la 6, 7, 8 y 9 obesidad (Beauquis et al, 2003; Couceiro, 2006); a cada estudiante se le realizaron 2 preguntas:

1. ¿Con cuál de las siluetas te identificas?
2. ¿Con cuál de las siluetas te gustaría identificarte?

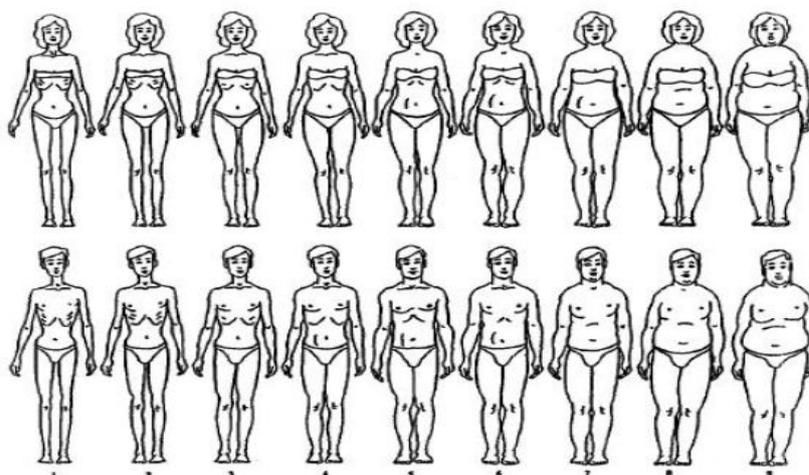


Figura 6: escala de Thompson y Gray.

Los estudiantes marcaron su respuesta en la imagen correspondiente. Para obtener el resultado de la “Autopercepción de la Imagen Corporal”, se comparó el resultado del test de siluetas con el resultado del índice de masa corporal; cuando existe una correspondencia entre la figura seleccionada y el IMC se denomina que existe una “percepción adecuada”, y si por el contrario la imagen seleccionada no corresponde con el IMC, existe una “distorsión”.

También se aplicó el Body Shape Questionnaire o cuestionario de la forma corporal, consta de 34 ítems que se contestan a través de una escala Likert de 6 niveles de respuesta (1: nunca- 6: siempre). A partir de la puntuación total obtenida es posible establecer cuatro grados de preocupación con la imagen corporal (Cooper y Taylor, 1988; Espina, Ortego, de Alda, Yenes y Alemán, 2001): no preocupado (puntuación

< 81), leve preocupación (puntuación entre 81 y 110), preocupación moderada (puntuación entre 111 y 140) y preocupación extrema (puntuación > 140).

Para valorar el riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria, se usó el test de actitudes alimentarias (EAT-26), consta de 26 reactivos, se contestó entre cuatro opciones de respuesta, obteniéndose puntuaciones entre 0 y 78. Se estableció como punto de corte aceptado internacionalmente 20 puntos (Iñarritu et al, 2004).

La recolección de la información se realizó durante siete semanas directamente en el plantel educativo. Durante el horario escolar se contactaron las estudiantes que accedieron a participar, solicitando el debido permiso de los docentes para la realización de la valoración nutricional en horas de clase. Se realizó la valoración nutricional completa a 149 estudiantes (valoración antropométrica, encuesta con los test de percepción de la imagen corporal) con una duración de aproximadamente 40 minutos.

PLAN DE ANÁLISIS

Los datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico de Microsoft Excel 2013 y los resultados son presentados en las tablas y gráficos, mismos que sirvieron para plantear conclusiones y a la vez realizar recomendaciones.

6 RESULTADOS

CUADRO Nº 1

Estado nutricional de los adolescentes de 16 a 18 años del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora” periodo febrero-julio del 2014.

Índice de Masa Corporal	F	%
Bajo peso	11	7,38
Normopeso	120	80,54
Sobrepeso	17	11,41
Obesidad tipo I	1	0,67
Obesidad tipo II	0	0,00
Obesidad tipo III	0	0,00
Total	149	100

Fuente: instrumentos aplicados a los adolescentes del colegio Beatriz Cueva de Ayora.

Elaboración: Cinthya K. Pullaguari Infante.

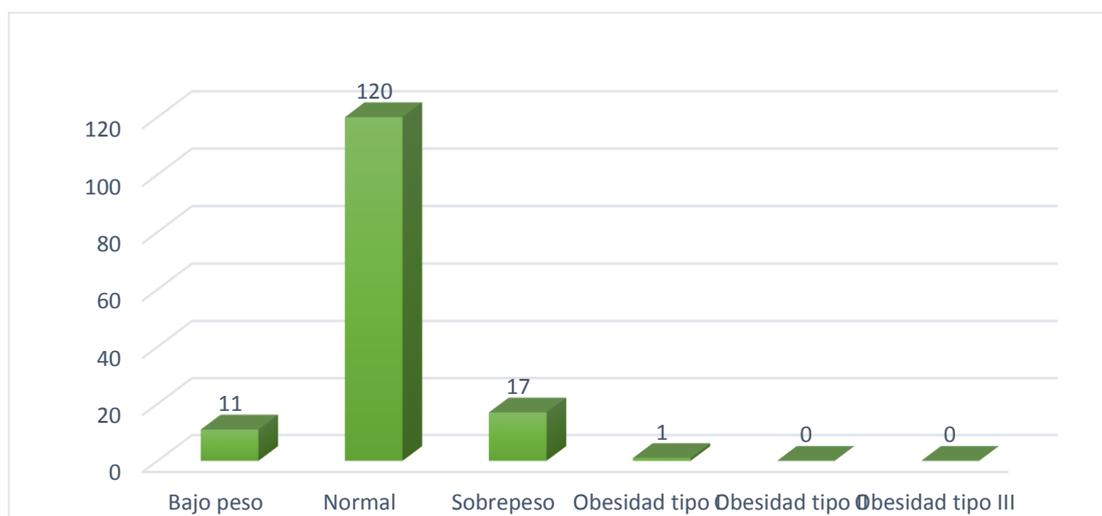


Figura Nº 1.- Estado nutricional

Interpretación.- Se puede evidenciar que el 80,54% de la población estudiada se encuentra en un buen estado nutricional, el resto de la población se encuentra repartido en orden decreciente de la siguiente manera: 11,41% con sobrepeso, 7,38% con bajo peso y el 0,67% con obesidad tipo I.

CUADRO Nº 2

Percepción objetiva de la imagen corporal y su relación con el índice de masa corporal en los adolescentes de 16 a 18 años del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora” periodo febrero-julio del 2014.

RELACIÓN ENTRE IMC Y PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL							
Estado nutricional		Percepción objetiva de la imagen corporal					
		Menos peso		Adecuada		Más peso	
Bajo peso	11	0	0 %	8	5,37%	3	2,01 %
Normal	120	4	2,69 %	72	48,32%	44	29,53 %
Sobrepeso	17	2	1,35 %	12	8,05 %	3	2,01 %
Obeso tipo I	1	0	0 %	1	0,67 %	0	0
TOTAL	149	6	4,04%	93	62,41 %	50	33,55 %

Fuente: instrumentos aplicados a los adolescentes del colegio Beatriz Cueva de Ayora.

Elaboración: Cinthya K. Pullaguari Infante.

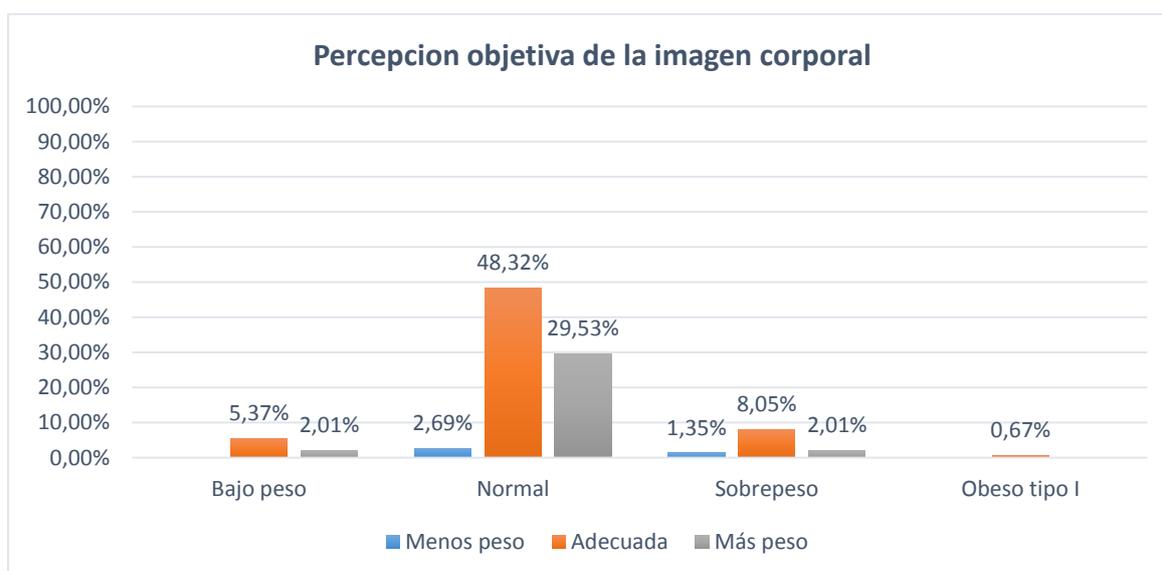


Figura Nº 2.- percepción objetiva de la Imagen corporal.

Interpretación.- Se encontró que el 48,32% los adolescentes con un IMC normal, tiene una percepción adecuada de su imagen corporal, sin embargo un 29,53% de ellos se perciben con mayor peso del real. En contraste con los que se encuentran con sobrepeso y bajo peso que tienden a tener una percepción más adecuada respecto a su imagen corporal, siendo el 2,01% que se perciben con más peso respectivamente.

CUADRO Nº 3

Percepción subjetiva de la imagen corporal y su relación con el índice de masa corporal en los adolescentes de 16 a 18 años del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora” periodo febrero-julio del 2014.

RELACIÓN ENTRE IMC Y PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL									
Estado nutricional		Percepción subjetiva de la imagen corporal							
		No preocupado		Preocupación leve		Preocupación moderada		Preocupación extrema	
Bajo peso	11	10	6,71 %	1	0,67 %	0	0%	0	0%
Normal	120	75	50,33%	23	15,46 %	13	8,72 %	9	6,04 %
Sobrepeso	17	7	4,70 %	7	4,70%	1	0,67 %	2	1,34 %
Obeso tipo I	1	0	0%	1	0,67 %	0	0%	0	0%
TOTAL	149	92	61,73 %	32	21,50 %	14	9,39 %	11	7,38 %

Fuente: instrumentos aplicados a los adolescentes del colegio Beatriz Cueva de Ayora.

Elaboración: Cinthya K. Pullaguari Infante.

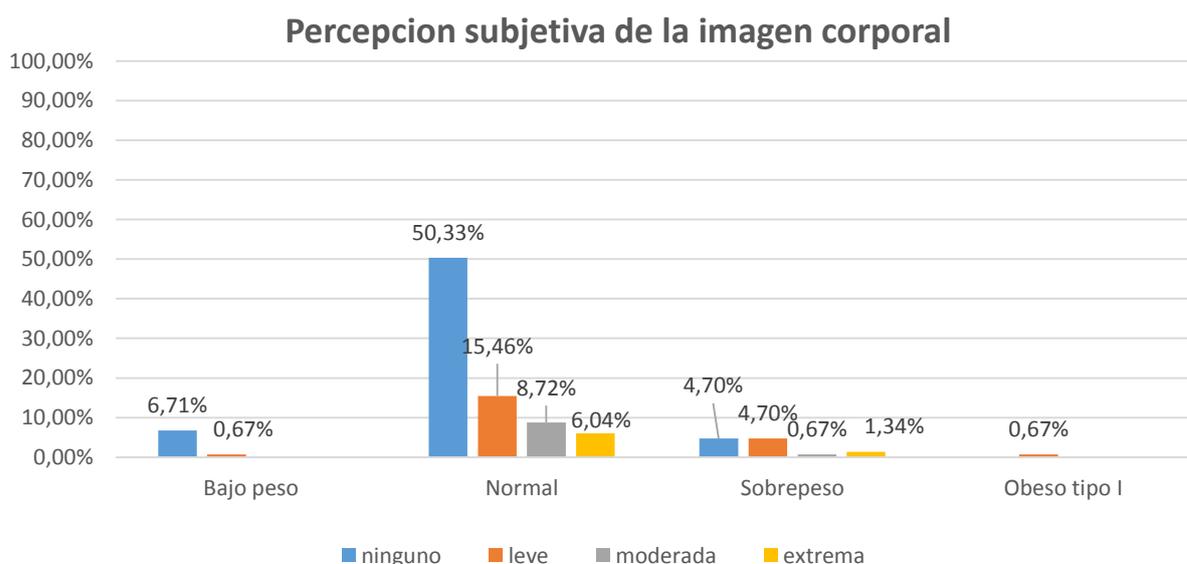


Figura Nº 3.- Percepción subjetiva de la imagen corporal.

Interpretación.- En los adolescentes con estado nutricional normal se observa que el 50,33% perciben adecuadamente su figura corporal, es decir hay una adecuada relación; sin embargo en este mismo grupo se evidencia un 15,46% con preocupación leve, un 8,72% con preocupación moderada y un 6,04% con preocupación extrema; los tres últimos q indican predisposición a desarrollar cualquier trastorno de la conducta alimentaria (TCA). En los adolescentes con bajo peso así como los que presentan sobrepeso en su mayoría no presentan preocupación o aceptan su figura 6,71 % y 4,70 % respectivamente; sin embargo un 0,67 % que tienen bajo peso y un 4,70% que tiene sobrepeso presentan leve preocupación.

CUADRO Nº 4

Factores predisponentes para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes de 16 a 18 años del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora” que presentan alteraciones en su percepción corporal y estado nutricional .

Factores predisponentes para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria			
		F	%
Factores individuales	Antecedente de un familiar con TCA	0	0
	Imagen corporal negativa	26	34,67%
Factores familiares y amistades	Ambiente familiar desestructurado	5	6,67%
Factores Sociales y culturales	Modelo estéticos de belleza	10	13,33%
	Presión social respecto la imagen	14	18,67%
	Críticas y burla relacionadas con el físico	20	26,66%
TOTAL		75	100 %

Fuente: instrumentos aplicados a los adolescentes del colegio Beatriz Cueva de Ayora.

Elaboración: Cinthya K. Pullaguari Infante.

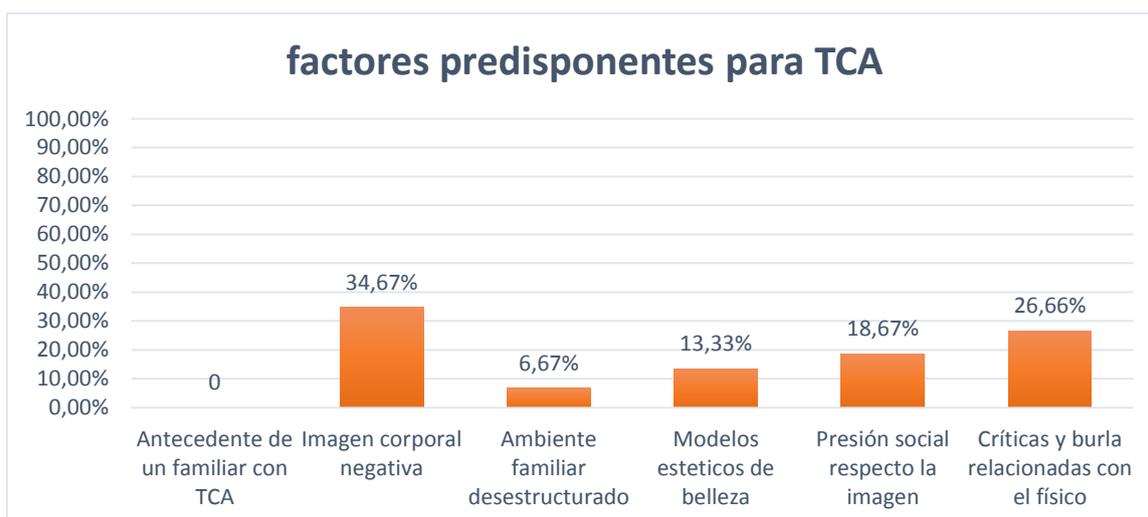


Figura Nº4.- Prueba De Actitudes Alimentarias (EAT-26).

Interpretación.- De la muestra inicial de 149 adolescentes se identificó que 75 de ellos presentaban alteraciones en el estado nutricional y distorsión de la imagen corporal; a estos últimos se aplicó el test EAT-26, de los cuales un 66% presentaban riesgo de padecer TCA. Entre los factores predisponentes encontramos: la presencia de imagen corporal negativa (34,67%), críticas y burla relacionada con el físico (26,66%), Presión social respecto la imagen (18,67%), Modelo estético de belleza imperante (13,33%), Ambiente familiar desestructurado (6,67%).

7 DISCUSIÓN

Al analizar los resultados del estado nutricional se encontró que el 11,41% de la población total presentó sobrepeso, al igual que los resultados de la Encuesta Nacional de Seguridad Nutricional en Colombia (ENSIN 2010) donde el 13,4% de la población adolescente presentó sobrepeso, datos similares se encontraron en Chimborazo (ESPOCH, 2010) en donde el 10,6% tiene sobrepeso. En cuanto a la delgadez se encontró que el 7,38 % de la población se clasifica con IMC en bajo peso a diferencia de los resultados en la ENSIN 2010 y la ESPOCH 2010, en donde el 2.6% y el 3,03% respectivamente se clasificaron en esta categoría.

Del mismo modo, se encontró que el 80,54% de la población es normopeso, estos datos se corroboran con los encontrados por la Universidad de Vigo, España, 2011, en donde el 70% de la población es normopeso; de igual manera se relacionan el estudio hecho en Chimborazo (ESPOCH, 2010) en donde el 81.7% era normopeso.

Al hablar de la percepción de la imagen corporal en el presente estudio un 48,32% tiene una percepción adecuada de su imagen corporal, sin embargo un 29,53% se percibe con mayor peso. Los que están en sobrepeso y bajo peso tiene una percepción más adecuada respecto a su imagen corporal de igual forma en los resultados de la universidad de Vigo se evidencia que un 30% tiene una percepción distorsionada de su figura y son las más obsesionadas por adelgazar.

En cuanto a la percepción de la imagen corporal, un 37,59% no están conformes con su imagen de los cuales un 33,55% se percibe con más peso y el 4,04% se percibe con menos peso, datos menores a los encontrados en el estudio realizado en Brasil (Branco L.2006) donde el 56% de las mujeres y hombres adolescentes se declararon inconformes con su imagen corporal ; de igual manera en el estudio realizado en Bogotá (Ríos A, 2013) en donde el 91% de las estudiantes no están conformes con su imagen física.

De acuerdo con los resultados encontrados en el estudio, el 29,53 % que son normopeso se percibe con sobrepeso, este resultado es similar a los resultados presentado en un estudio realizado en adolescentes en Dubai donde el 26% de las

mujeres sin sobrepeso se consideraron obesas (Musaiger, 2012); datos más altos se encontraron en la Encuesta Nacional de Seguridad Nutricional en Colombia (ENSIN 2010) donde el 53.1% de los adolescentes se percibió normal o con sobrepeso.

En el presente estudio se encontró que el 4,04% se perciben más delgadas de lo que realmente son; contrariamente en el estudio hecho en Bogotá (Ríos A, 2013) el 86% de las estudiantes con sobrepeso querían verse con una figura más delgada a la que tienen, resultado similar a un estudio realizado en adolescentes en Dubai donde los adolescentes con sobrepeso u obesidad eligieron un número significativamente menor al peso que presentan como su peso ideal.

Con respecto a las asociaciones realizadas entre las variables, no se encontró asociación entre la percepción de la imagen corporal y el estado nutricional puesto que adolescentes con buen estado nutricional presentan distorsión de su imagen, es así que, el 2,69 % se percibe con menos peso y el 29,53 % se percibe con más peso, sin embargo, se logró determinar que el tener una percepción de la imagen corporal inadecuada con respecto al estado nutricional es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria; como se ha visto en otros estudios, por ejemplo: un estudio realizado en estudiantes adolescentes en Sao Paulo, Brasil (Alves y Aparecida 2006) donde encontraron que las estudiantes femeninas tienden a sobrestimar su imagen corporal, sin embargo no encontraron relación entre el estado nutricional y la percepción de la imagen corporal.

Del mismo modo, el estudio de García y Garita (2007) realizado en jóvenes costarricenses, pretendiendo analizar la relación entre el autoconcepto físico y el índice de masa corporal, corrobora los resultados obtenidos en la presente investigación, los cuales indican que la imagen corporal estuvo influenciada por el índice de masa corporal. Esta muestra de adolescentes persigue el “ideal de delgadez” que manifestaron mediante la tendencia de que a menor índice de masa corporal tienen mayor satisfacción de la imagen corporal que poseen. También encontraron que las adolescentes estudiadas presentan una alteración del componente perceptual y cognitivo relacionado a su imagen corporal, traducido en una inadecuada percepción de su peso.

Los resultados obtenidos en el cuestionario EAT-65 mostraron que el 66% tenían riesgo de padecer un TCA, datos demasiado altos al compararlos con el estudio realizado en España (González C, García S y Martínez M, 2013) en donde tan sólo un 2,2% del total de la muestra tenían riesgo de padecer un TCA.

El examinar los resultados obtenidos en el cuestionario de figura corporal (BSQ), un 30,89% presentaron un cierto grado de preocupación por su imagen. Estos resultados coinciden con los de González C, García S y Martínez M 2013 en donde el 40,7% presentaron preocupación por su imagen.

8 CONCLUSIONES

1. Se concluye que el 80,54% presentan un estado nutricional normal, seguidos por los que presentan sobrepeso con un 11,41%, un 7,38% presentan bajo peso y en menor proporción la obesidad tipo I con un 0,67%.
2. En cuanto a la percepción objetiva de la imagen corporal, se evidencia que el 48,32% de los adolescentes con un estado nutricional normal poseen una percepción adecuada de su imagen corporal, mientras que un 29,53% de ellos se perciben con mayor peso del real. En contraste con los adolescentes que se encuentran con sobrepeso y bajo peso que tienden a tener una percepción más adecuada respecto a su imagen corporal, siendo el 2,01% quienes se perciben con más peso.
3. Al realizar la medición subjetiva de la imagen corporal se observó que el 50,33% de los adolescentes con buen estado nutricional perciben adecuadamente su figura corporal, es decir hay una adecuada relación; sin embargo en este mismo grupo se evidencio un 15,46% con preocupación leve, un 8,72% con preocupación moderada y un 6,04% con preocupación extrema; los tres últimos q indican predisposición a desarrollar cualquier trastorno de la conducta alimentaria (TCA). En los adolescentes con bajo peso así como los que presentan sobrepeso en su mayoría no presentan preocupación o aceptan su figura 6,71 % y 4,70 % respectivamente; sin embargo un 0,67 % que tienen bajo peso y un 4,70% que tiene sobrepeso presentan preocupación leve.
4. En cuanto al riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria se encontró al aplicar el test de actitudes alimentarias (EAT-26), llama la atención que un 66% presentaban riesgo de padecer TCA. En este grupo se identificó como factores predisponentes con una mayor proporción a la presencia de imagen corporal negativa que representa un 34,67%, las críticas y burlas relacionada con el físico representa un 26,66%, la presión que ejerce la sociedad respecto a la imagen corporal imagen representa un 18,67%, y, en menor proporción la presencia de un ambiente familiar desestructurado que representa un 6,67%.

9 RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios referidos al tema en otras Instituciones educativas y en distintos sectores socioeconómicos con la finalidad de tomar medidas preventivas y de acción frente a los trastornos de la conducta alimentaria.
2. Promover a las unidades educativas y especialmente a los médicos que ahí laboran a desarrollar programas preventivos promocionales que incluyan lo relacionado a los trastornos de alimentación dirigidos a los grupos de riesgo (adolescentes).
3. Realizar campañas de intervención por parte de profesionales de salud (Médicos generales, Psicólogos) en este grupo poblacional en riesgo que son los adolescentes acerca de la nutrición adecuada, la necesidad de realizar actividad física; y sobretodo sobre charlas de autoestima.

10 BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, M. V. & Gómez-Peresmitré, G. (2005). *Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3(1), 9-21.
- A. Alves, E. Aparecida. (2006). Hábito alimentar, estado nutricional e percepção da imagem corporal de adolescentes. Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente. Volumen 9, página 21
- Baile J. *Imagen corporal*. Centro Asociado de la UNED de Tudela. p 13.
- Beauquis et al. (2003), *Trabajo ganador del 1er Premio de las XX Jornadas Multidisciplinarias-IX Jornadas de Enfermería*, Hospital Gral. de Agudos P. Piñero.
- Behar A, Alvina W, González C, Trinidad et al. *Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de viña del mar*. Rev. Chil. nutr. P.240-249.
- Bejarano I, Dipierri, J, Alfaro E, et al (2005). *Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy*. Arch. Argent. Pediatr. [online]., vol.103, no.2, p.101-109.
- Branco, L; Hilario, M y Cintra, I. 2006. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. Rev. psiquiatr. clín.vol.33 no.6.
- Briones N, Cantú P (2005). *Estado nutricional de adolescentes: riesgo de sobrepeso y obesidad en una escuela secundaria pública de Guadalupe, n.l. México*. Programa Universitario de Salud y Educación para la Vida, Universidad Autónoma de Nuevo León (México). Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León (México).
- Bully, P. & Elosua, P. (2011). *Changes in body dissatisfaction relative to gender and age: The modulating character of BMI*. The Spanish Journal of Psychology, 14(1), 313-322.
- Calaf, M., León, M., Hilerio, C. y Rodríguez, J. (2005). *Inventario de Imagen Corporal para Fémimas Adolescentes (IICFA)*. Revista Interamericana de Psicología.

- Castañeda O, Rocha JC, Ramos JG (2006). *Evaluación de hábitos alimenticios y estado nutricional en Adolescentes de Sonora, México*. Archivos en medicina familiar, vol. 10 (7-9).
- Derenne, J. y Beresin, E. (2006). *Body image, media, and eating disorders*. Academic Psychiatry, 30(2): 257-261.
- Elosua, P., López-Jáuregui, A. y Sánchez-Sánchez, F. (2010). *Adaptación española del Eating Disorder inventory-3. Normalización y validación*. Madrid: TEA
- ENSIN.2010. Resumen ejecutivo de la encuesta nacional de salud. Colombia.
- Espinoza, P., Penelo, E. y Raich, R. M. (2008). *Satisfacción corporal y dieta en adolescentes españolas y chilenas*. Cuadernos de Medicina Psicosomática, 88, 17-29.
- Espinoza, P., Penelo, E. y Raich, R. M. (2010). *Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: What happens 2 years later?* Body Image, 7(1), 70-73.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. y Garfinkel, P.E. (1982). *The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates*. Psychological Medicine, 12, 871-878.
- Garner, Rosen y Barry, (1998). *About The EAT-26 (s. /f.)*. River Centre. Recuperado de: <http://www.river-centre.org/abouteat26.html>
- González, García y Martínez (2013). *Valoración de la imagen corporal y de los comportamientos alimentarios en universitarios*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 18, Nº 1, pp. 45-59, 2013.
- Hawkins, N.; Richards, P.; Granley, H. y Stein, D. (2004). *The impact of exposure to the thin-ideal media image on women*. Eat Disord Pring, 12(3): 35-50.
- Hodgson María Isabel (2006). *Evaluación nutricional, riesgos nutricionales*, Pediatra. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Holander, E., Cohen, L.J. y Simeon, D. (1993). *Body dysmorphic disorder*. Psychiatric Annals, 23, 359-364.
- Iñarritu, M., Cruz, V. y Morán, I. (2004). *Instrumentos de Evaluación para los Trastornos de la conducta alimentaria*. Revista Salud Pública y Nutrición. Recuperado de: <http://www.respyn.uanl.mx/v/2/index.html>

- Jones J.M., Bennett S., Olmsted M.P., Lawson M.L., y Rodin G. (2001). *Disordered eating attitudes and behaviors in teenaged girls: a school-based study*. Canadian Medical Association Journal, 165, 547-552.
- Kim M., Rebecca E., Harsohena K, Matthew S., Marian L. et al. (2004) *Development of a Culturally Relevant Body Image Instrument among Urban African Americans*. Obesity. Nature Publishing Group.
- Kovalskys I, Bay L, Rausch HI, Cecile et al (2005). Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. Rev. chil. pediatr. [online], vol.76, no.3, p.324-325.
- Lytle LA. (2005) *Nutritional issues for adolescents*. J Am Diet Assoc; 3 (Suppl 102):S8-S12.
- Massa, J.L., y Alvarez, L.M. (2008). *Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada*. p 69-89.
- Mónica Couceiro et al. (2006) *Conductas alimentarias y consumo de alimentos en adolescentes del Instituto Secundario de la Universidad Nacional de Salta*. RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición, Volumen 7 N° 3.
- Montero, P., Morales, E., Carbajal, A. (2004). *Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos*. Antropo, 8, 107-116. Recuperado de: www.didac.ehu.es/antropo.
- Moreno, A. (2010). *La adolescencia*. p 109-136. Recuperado de: [//site.ebrary.com/id/10663339?ppg=109](http://site.ebrary.com/id/10663339?ppg=109)
- Noshpitz J. (2000) *Desarrollo Psicosocial de adolescente*. Mc-Graw-Hill Interamericana. Madrid. p. 80.
- Olivares, Yanez, Diaz. Publicidad de alimentos y conductas alimentarias en escolares de 5º A 8º básico. Rev.chil. nutr. [online]. abr. 2003, vol.30, no.1, p.36-42.
- OMS (2006), pág. 3. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Perpiña, C., Botella, C. Y Baños, R. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios*. Valencia. Promolibro.
- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal*. Madrid. Pirámide.
- Riba Y Sicart M. (2002) *Estudio de los hábitos alimentarios en población universitaria y sus condicionantes*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.

- Rios M.A. (2013). *Relación entre la percepción de la imagen corporal, hábitos Alimentarios y estado nutricional en mujeres adolescentes de 11-16 años de edad, de la institución educativa Magdalena Ortega De Nariño del Distrito Capital*. Bogotá D.C.
- Rodriguez O y Pizarro Q (2006). Situación nutricional del escolar y adolescente en Chile. *Rev. chil. pediatr.* [online]. vol.77, no.1. p.70-80.
- Rodríguez, S., y Cruz, S. (2006). *Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas*. Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 22, 186-199.
- Rodríguez, S., y Cruz, S. (2006). *Evaluación de la imagen corporal en mujeres latinoamericanas residentes en Guipúzcoa*. Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 22, 186-199.
- Salaberria, K. Belaunzarán, J, et al. (2003). *Dismorfofobiar en tratamendu sikologikoa: kasu klinikoa*. *Uztaro*, 47, 67-79.
- Salaberria, K., Borda, M., Amor, P.J., y Echeburúa, E. (2000). *Tratamiento del trastorno dismórfico corporal: una revisión crítica*. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 5, 27-43.
- Sánchez-Carracedo, D., Mora, M., López, G., Marroquín, H., Ridaura, I. y Raich, R.M. (2004). *Intervención cognitivo-conductual en imagen corporal*. *Psicología Conductual*, 12, 551-576.
- Tomas, J. *Anorexias y otras alteraciones de la conducta en la infancia y la adolescencia*. Edi. Laertes. Barcelona. 1999. p 206.
- Toro, J., Gómez-Peresmitré, G., Sentis, J., Vallés, A., Casulá, V., Castro, J., et al. (2006). *Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(7), 556-565.
- Vio F (2005). *Prevención de la obesidad en Chile*. *Rev. chil. nutr.* [Periódico en la Internet]; 32(2): 80-87.
- Yepez R, Carrasco F, Baldeón M (2007). *Obesidad*. *Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición (SECIAN)*; Escuela Politécnica Nacional, Quito; Colegio de Ciencias de la Salud, Universidad San Francisco de Quito. Ecuador.

11 ANEXOS

ANEXO 1

Loja, 18 de junio del 2014

Dra.

Enriqueta Andrade de Pérez

RECTORA

Ciudad.-

De mis consideraciones

Yo **Cinthy Karina Pullaguari Infante** con CI: **1105140899**, ex alumna de este prestigioso centro educativo y actual estudiante del décimo módulo de Medicina Humana me dirijo a usted para expresarle un cordial saludo y a la vez solicitarle se digne otorgar permiso y autorización para realizar mi proyecto investigativo en los alumnos del primer año de bachillerato de esta institución titulado: **AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN RELACIÓN CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN ADOLESCENTES DE 16 A 18 AÑOS DEL COLEGIO BEATRIZ CUEVA DE AYORA PERIODO FEBRERO - JULIO DEL 2014** con el cual poder culminar con éxito mis estudios superiores en la Universidad Nacional de Loja.

Esperando que la presente petición tenga la acogida favorable desde ya me suscribo.

Atentamente.

Cinthy Karina Pullaguari Infante

1105140899

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio investigativo es realizado por Cinthya Karina Pullaguari Infante estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. El objetivo de este proceso investigativo es determinar cómo los alumnos del primer año de bachillerato perciben su imagen corporal y como esta se relacionan con el índice de masa corporal mediante la utilización de encuestas y toma de medidas antropométricas; con la finalidad de conocer la relación entre estas dos variables como factor predisponente de trastornos de la conducta alimentaria.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta y la toma de medidas antropométricas que equivale a talla y peso, teniendo en cuenta que la participación en este estudio es voluntaria. La información recogida es de carácter estrictamente confidencial y no se utilizara para otro propósito fuera de fines investigativos. Una vez transcritas las encuestas los datos se destruirán y de antemano agradezco su participación.

Yo estudiante del primer año de bachillerato certifico que he sido informado sobre la investigación titulada "Autopercepción de la imagen corporal en relación con el índice de masa corporal en adolescentes de 16 a 18 años del colegio Beatriz Cueva de Ayora periodo febrero - julio del 2014, conociendo su objetivo y que la información obtenida será confidencial, además teniendo en cuenta que me puedo retirar de la misma sin perjuicio a mi persona acepto participar en la misma libre y voluntariamente en este proceso investigativo.

Cinthya Pullaguari.

Investigadora.

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

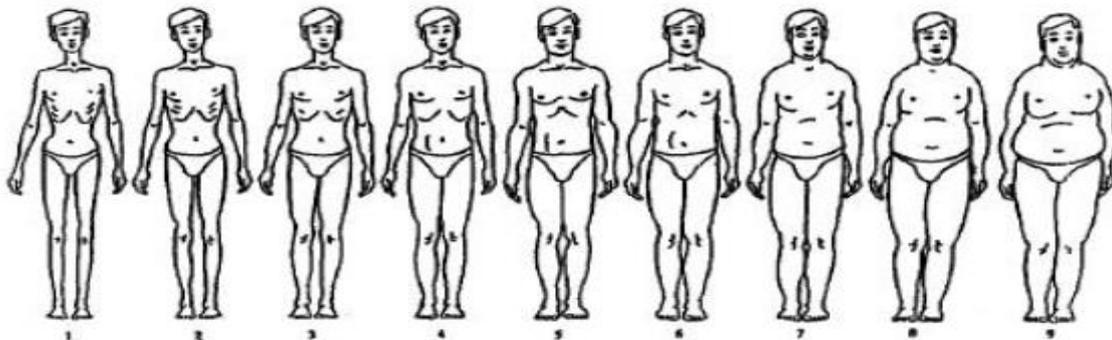
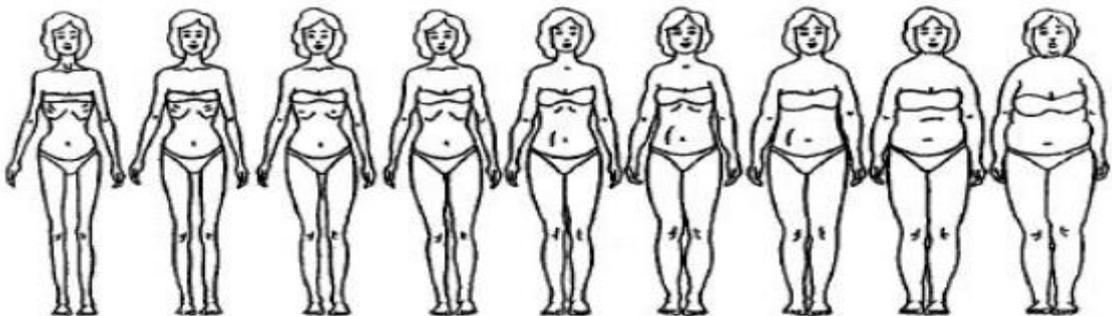
La presente encuesta está realizada con fines investigativos, por lo cual se le ruega de la manera más comedida nos colabore con información veraz y confiable. Los datos que en ella se consignent se tratarán de forma anónima.

GENERO:..... EDAD:

PESO:	TALLA:	IMC :
-------	--------	-------

1. En el siguiente grafico marque con una X ¿Con cuál de las siluetas te identificas? , luego marque con un + ¿Con cuál de las siluetas te gustaría identificarte?

--	--	--	--	--	--	--	--	--



--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. En el siguiente cuadro Ud. Debe elegir la opción que a su criterio se acerque a su realidad y la marcaremos con una X.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. Me aterroriza llegar a tener exceso de peso						
2. Procuo no comer cuando tengo hambre						
3. Me preocupo por la comida						
4. Me he dado "atracones" en los que tenía la impresión de no ser capaz de parar de comer						
5. Troceo la comida en pequeñas porciones						
6. Soy consciente del contenido calórico de lo que como						
7. Evito los alimentos que tienen un alto contenido de hidratos de carbono (pan, papas, arroz)						
8. Tengo la impresión de que los demás preferirían que yo comiera más						
9. Vomito después de comer						
10. Me siento culpable después de comer						
11. Me preocupa especialmente el deseo de estar delgada						
12. Cuando hago ejercicio, pienso sobre todo en quemar calorías						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada						
14. Me atormenta la idea de tener grasa en mi cuerpo						
15. Tardo más tiempo que los demás en comer						
16. Evito los alimentos que contengan azúcar						
17. Tomo alimentos dietéticos						
18. Tengo la impresión de que la comida controla mi vida						
19. Puedo auto controlarme en la comida						
20. Tengo la impresión de que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida						

22. Me siento disgustado después de comer dulces						
23. Hago ejercicio						
24. Me gusta tener el estómago vacío						
25. Disfruto probando nuevos platos ricos en calorías						
26. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas						

3. En el siguiente cuadro Ud. Debe elegir una de las 6 opciones planteadas para cada pregunta según Ud. Lo considere en su diario vivir, a continuación procederemos a marcar con una X.

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. ¿Cuándo te aburres te preocupas por tu figura?						
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura, demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo a engordar?						
5. ¿Te ha preocupado que tu tejido no sea lo suficientemente firme?						
6. Sentirte llena (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gorda?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?						
8. ¿Has evitado correr para que tus rollitos no rebotara?						
9. Estar con chicos o chicas delgadas, ¿te ha hecho fijar en tu figura?						

10. ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?						
11. ¿El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda o gordo?						
12. Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?						
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?						
14. Estar desnuda (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda?						
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?						
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?						
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?						
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?						
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?						
20. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?						
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?						
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío?						
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?						
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea rollitos alrededor de tu cintura y estómago?						
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?						

26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?						
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en un sofá o en el autobús)?						
28. ¿Te ha preocupado que tu piel tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?						
29. Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?						
30. ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?						
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?						
32. ¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada?						
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?						
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?						

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 4

Tablas de IMC y Tablas de IMC Para la Edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y Tablas IMC para adultos(as) no embarazadas, no lactantes ≥ 19 años de edad, Agosto 2012

Tabla de IMC para niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad (115–144 de estatura)

Estatura (cm)	Niños(as) y adolescentes de 115 a 144 cm de estatura																																								
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44								
144	5.8	6.3	6.8	7.2	7.7	8.2	8.7	9.2	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	14.9	15.4	15.9	16.4	16.9	17.4	17.8	18.3	18.8	19.3	19.8	20.3	20.7	21.2								
143	5.9	6.4	6.8	7.3	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.3	10.8	11.2	11.7	12.2	12.7	13.2	13.7	14.2	14.7	15.2	15.6	16.1	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.1	19.6	20.0	20.5	21.0	21.5								
142	6.0	6.4	6.9	7.4	7.9	8.4	8.9	9.4	9.9	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	12.9	13.4	13.9	14.4	14.9	15.4	15.9	16.4	16.9	17.4	17.9	18.3	18.8	19.3	19.8	20.3	20.8	21.3	21.8								
141	6.0	6.5	7.0	7.5	8.0	8.6	9.1	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.6	13.1	13.6	14.1	14.6	15.1	15.6	16.1	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.1	19.6	20.1	20.6	21.1	21.6	22.1								
140	6.1	6.6	7.1	7.7	8.2	8.7	9.2	9.7	10.2	10.7	11.2	11.7	12.2	12.8	13.3	13.8	14.3	14.8	15.3	15.8	16.3	16.8	17.3	17.9	18.4	18.9	19.4	19.9	20.4	20.9	21.4	21.9	22.4								
139	6.2	6.7	7.2	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	12.9	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.2	19.7	20.2	20.7	21.2	21.7	22.3	22.8								
138	6.3	6.8	7.4	7.9	8.4	8.9	9.5	10.0	10.5	11.0	11.6	12.1	12.6	13.1	13.7	14.2	14.7	15.2	15.8	16.3	16.8	17.3	17.9	18.4	18.9	19.4	20.0	20.5	21.0	21.5	22.1	22.6	23.1								
137	6.4	6.9	7.5	8.0	8.5	9.1	9.6	10.1	10.7	11.2	11.7	12.3	12.8	13.3	13.9	14.4	14.9	15.5	16.0	16.5	17.0	17.6	18.1	18.6	19.2	19.7	20.2	20.8	21.3	21.8	22.4	22.9	23.4								
136	6.5	7.0	7.6	8.1	8.7	9.2	9.7	10.3	10.8	11.4	11.9	12.4	13.0	13.5	14.1	14.6	15.1	15.7	16.2	16.8	17.3	17.8	18.4	18.9	19.5	20.0	20.5	21.1	21.6	22.2	22.7	23.2	23.8								
135	6.6	7.1	7.7	8.2	8.8	9.3	9.9	10.4	11.0	11.5	12.1	12.6	13.2	13.7	14.3	14.8	15.4	15.9	16.5	17.0	17.6	18.1	18.7	19.2	19.8	20.3	20.9	21.4	21.9	22.5	23.0	23.6	24.1								
134	6.7	7.2	7.8	8.4	8.9	9.5	10.0	10.6	11.1	11.7	12.3	12.8	13.4	13.9	14.5	15.0	15.6	16.2	16.7	17.3	17.8	18.4	18.9	19.5	20.0	20.6	21.2	21.7	22.3	22.8	23.4	23.9	24.5								
133	6.8	7.3	7.9	8.5	9.0	9.6	10.2	10.7	11.3	11.9	12.4	13.0	13.6	14.1	14.7	15.3	15.8	16.4	17.0	17.5	18.1	18.7	19.2	19.8	20.4	20.9	21.5	22.0	22.6	23.2	23.7	24.3	24.9								
132	6.9	7.5	8.0	8.6	9.2	9.8	10.3	10.9	11.5	12.1	12.6	13.2	13.8	14.3	14.9	15.5	16.1	16.6	17.2	17.8	18.4	18.9	19.5	20.1	20.7	21.2	21.8	22.4	23.0	23.5	24.1	24.7	25.3								
131	7.0	7.6	8.2	8.7	9.3	9.9	10.5	11.1	11.7	12.2	12.8	13.4	14.0	14.6	15.2	15.7	16.3	16.9	17.5	18.1	18.6	19.2	19.8	20.4	21.0	21.6	22.1	22.7	23.3	23.9	24.5	25.1	25.6								
130	7.1	7.7	8.3	8.9	9.5	10.1	10.7	11.2	11.8	12.4	13.0	13.6	14.2	14.8	15.4	16.0	16.6	17.2	17.8	18.3	18.9	19.5	20.1	20.7	21.3	21.9	22.5	23.1	23.7	24.3	24.9	25.4	26.0								
129	7.2	7.8	8.4	9.0	9.6	10.2	10.8	11.4	12.0	12.6	13.2	13.8	14.4	15.0	15.6	16.2	16.8	17.4	18.0	18.6	19.2	19.8	20.4	21.0	21.6	22.2	22.8	23.4	24.0	24.6	25.2	25.8	26.4								
128	7.3	7.9	8.5	9.2	9.8	10.4	11.0	11.6	12.2	12.8	13.4	14.0	14.6	15.3	15.9	16.5	17.1	17.7	18.3	18.9	19.5	20.1	20.8	21.4	22.0	22.6	23.2	23.8	24.4	25.0	25.6	26.2	26.9								
127	7.4	8.1	8.7	9.3	9.9	10.5	11.2	11.8	12.4	13.0	13.6	14.3	14.9	15.5	16.1	16.7	17.4	18.0	18.6	19.2	19.8	20.5	21.1	21.7	22.3	22.9	23.6	24.2	24.8	25.4	26.0	26.7	27.3								
126	7.6	8.2	8.8	9.4	10.1	10.7	11.3	12.0	12.6	13.2	13.9	14.5	15.1	15.7	16.4	17.0	17.6	18.3	18.9	19.5	20.2	20.8	21.4	22.0	22.7	23.3	23.9	24.6	25.2	25.8	26.5	27.1	27.7								
125	7.7	8.3	9.0	9.6	10.2	10.9	11.5	12.2	12.8	13.4	14.1	14.7	15.4	16.0	16.6	17.3	17.9	18.6	19.2	19.8	20.5	21.1	21.8	22.4	23.0	23.7	24.3	25.0	25.6	26.2	26.9	27.5	28.2								
124	7.8	8.5	9.1	9.8	10.4	11.1	11.7	12.4	13.0	13.7	14.3	15.0	15.6	16.3	16.9	17.6	18.2	18.9	19.5	20.2	20.8	21.5	22.1	22.8	23.4	24.1	24.7	25.4	26.0	26.7	27.3	28.0	28.6								
123	7.9	8.6	9.3	9.9	10.6	11.2	11.9	12.6	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.5	17.2	17.8	18.5	19.2	19.8	20.5	21.2	21.8	22.5	23.1	23.8	24.5	25.1	25.8	26.4	27.1	27.8	28.4	29.1								
122	8.1	8.7	9.4	10.1	10.7	11.4	12.1	12.8	13.4	14.1	14.8	15.5	16.1	16.8	17.5	18.1	18.8	19.5	20.2	20.8	21.5	22.2	22.8	23.5	24.2	24.9	25.5	26.2	26.9	27.5	28.2	28.9	29.6								
121	8.2	8.9	9.6	10.2	10.9	11.6	12.3	13.0	13.7	14.3	15.0	15.7	16.4	17.1	17.8	18.4	19.1	19.8	20.5	21.2	21.9	22.5	23.2	23.9	24.6	25.3	26.0	26.6	27.3	28.0	28.7	29.4	30.1								
120	8.3	9.0	9.7	10.4	11.1	11.8	12.5	13.2	13.9	14.6	15.3	16.0	16.7	17.4	18.1	18.8	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	23.6	24.3	25.0	25.7	26.4	27.1	27.8	28.5	29.2	29.9	30.6								
119	8.5	9.2	9.9	10.6	11.3	12.0	12.7	13.4	14.1	14.8	15.5	16.2	16.9	17.7	18.4	19.1	19.8	20.5	21.2	21.9	22.6	23.3	24.0	24.7	25.4	26.1	26.8	27.5	28.2	29.0	29.7	30.4	31.1								
118	8.6	9.3	10.1	10.8	11.5	12.2	12.9	13.6	14.4	15.1	15.8	16.5	17.2	18.0	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.3	23.0	23.7	24.4	25.1	25.9	26.6	27.3	28.0	28.7	29.4	30.2	30.9	31.6								
117	8.8	9.5	10.2	11.0	11.7	12.4	13.1	13.9	14.6	15.3	16.1	16.8	17.5	18.3	19.0	19.7	20.5	21.2	21.9	22.6	23.4	24.1	24.8	25.6	26.3	27.0	27.8	28.5	29.2	30.0	30.7	31.4	32.1								
116	8.9	9.7	10.4	11.1	11.9	12.6	13.4	14.1	14.9	15.6	16.3	17.1	17.8	18.6	19.3	20.1	20.8	21.6	22.3	23.0	23.8	24.5	25.3	26.0	26.8	27.5	28.2	29.0	29.7	30.5	31.2	32.0	32.7								
115	9.1	9.8	10.6	11.3	12.1	12.9	13.6	14.4	15.1	15.9	16.6	17.4	18.1	18.9	19.7	20.4	21.2	21.9	22.7	23.4	24.2	25.0	25.7	26.5	27.2	28.0	28.7	29.5	30.2	31.0	31.8	32.5	33.3								
Peso (kg)	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44								

Tabla de IMC para niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad (145–175 cm de estatura)

Estatura (cm)	Niños(as) y adolescentes de 145 a 175 cm de estatura																																																			
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52																		
175	6.2	6.5	6.9	7.2	7.5	7.8	8.2	8.5	8.8	9.1	9.5	9.8	10.1	10.4	10.8	11.1	11.4	11.8	12.1	12.4	12.7	13.1	13.4	13.7	14.0	14.4	14.7	15.0	15.3	15.7	16.0	16.3	16.7	17.0																		
174	6.3	6.6	6.9	7.3	7.6	7.9	8.3	8.6	8.9	9.2	9.6	9.9	10.2	10.6	10.9	11.2	11.6	11.9	12.2	12.6	12.9	13.2	13.5	13.9	14.2	14.5	14.9	15.2	15.5	15.9	16.2	16.5	16.8	17.2																		
173	6.3	6.7	7.0	7.4	7.7	8.0	8.4	8.7	9.0	9.4	9.7	10.0	10.4	10.7	11.0	11.4	11.7	12.0	12.4	12.7	13.0	13.4	13.7	14.0	14.4	14.7	15.0	15.4	15.7	16.0	16.4	16.7	17.0	17.4																		
172	6.4	6.8	7.1	7.4	7.8	8.1	8.5	8.8	9.1	9.5	9.8	10.1	10.5	10.8	11.2	11.5	11.8	12.2	12.5	12.8	13.2	13.5	13.9	14.2	14.5	14.9	15.2	15.5	15.9	16.2	16.6	16.9	17.2	17.6																		
171	6.5	6.8	7.2	7.5	7.9	8.2	8.5	8.9	9.2	9.6	9.9	10.3	10.6	10.9	11.3	11.6	12.0	12.3	12.7	13.0	13.3	13.7	14.0	14.4	14.7	15.0	15.4	15.7	16.1	16.4	16.8	17.1	17.4	17.8																		
170	6.6	6.9	7.3	7.6	8.0	8.3	8.7	9.0	9.3	9.7	10.0	10.4	10.7	11.1	11.4	11.8	12.1	12.5	12.8	13.1	13.5	13.8	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6	15.9	16.3	16.6	17.0	17.3	17.6	18.0																		
169	6.7	7.0	7.4	7.7	8.1	8.4	8.8	9.1	9.5	9.8	10.2	10.5	10.9	11.2	11.6	11.9	12.3	12.6	13.0	13.3	13.7	14.0	14.4	14.7	15.1	15.4	15.8	16.1	16.5	16.8	17.2	17.5	17.9	18.2																		
168	6.7	7.1	7.4	7.8	8.1	8.5	8.9	9.2	9.6	9.9	10.3	10.6	11.0	11.3	11.7	12.0	12.4	12.8	13.1	13.5	13.8	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6	15.9	16.3	16.7	17.0	17.4	17.7	18.1	18.4																		
167	6.8	7.2	7.5	7.9	8.2	8.6	9.0	9.3	9.7	10.0	10.4	10.8	11.1	11.5	11.8	12.2	12.5	12.9	13.3	13.6	14.0	14.3	14.7	15.1	15.4	15.8	16.1	16.5	16.9	17.2	17.6	17.9	18.3	18.6																		
166	6.9	7.3	7.6	8.0	8.3	8.7	9.1	9.4	9.8	10.2	10.5	10.9	11.2	11.6	12.0	12.3	12.7	13.1	13.4	13.8	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6	16.0	16.3	16.7	17.1	17.4	17.8	18.1	18.5	18.9																		
165	7.0	7.3	7.7	8.1	8.4	8.8	9.2	9.6	9.9	10.3	10.7	11.0	11.4	11.8	12.1	12.5	12.9	13.2	13.6	14.0	14.3	14.7	15.1	15.4	15.8	16.2	16.5	16.9	17.3	17.6	18.0	18.4	18.7	19.1																		
164	7.1	7.4	7.8	8.2	8.6	8.9	9.3	9.7	10.0	10.4	10.8	11.2	11.5	11.9	12.3	12.6	13.0	13.4	13.8	14.1	14.5	14.9	15.2	15.6	16.0	16.4	16.7	17.1	17.5	17.8	18.2	18.6	19.0	19.3																		
163	7.2	7.5	7.9	8.3	8.7	9.0	9.4	9.8	10.2	10.5	10.9	11.3	11.7	12.0	12.4	12.8	13.2	13.5	13.9	14.3	14.7	15.1	15.4	15.8	16.2	16.6	16.9	17.3	17.7	18.1	18.4	18.8	19.2	19.6																		
162	7.2	7.6	8.0	8.4	8.8	9.1	9.5	9.9	10.3	10.7	11.1	11.4	11.8	12.2	12.6	13.0	13.3	13.7	14.1	14.5	14.9	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.1	17.5	17.9	18.3	18.7	19.1	19.4	19.8																		
161	7.3	7.7	8.1	8.5	8.9	9.3	9.6	10.0	10.4	10.8	11.2	11.6	12.0	12.3	12.7	13.1	13.5	13.9	14.3	14.7	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.7	18.1	18.5	18.9	19.3	19.7	20.1																		
160	7.4	7.8	8.2	8.6	9.0	9.4	9.8	10.2	10.5	10.9	11.3	11.7	12.1	12.5	12.9	13.3	13.7	14.1	14.5	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.2	17.6	18.0	18.4	18.8	19.1	19.5	19.9	20.3																		
159	7.5	7.9	8.3	8.7	9.1	9.5	9.9	10.3	10.7	11.1	11.5	11.9	12.3	12.7	13.1	13.4	13.8	14.2	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.8	18.2	18.6	19.0	19.4	19.8	20.2	20.6																		
158	7.6	8.0	8.4	8.8	9.2	9.6	10.0	10.4	10.8	11.2	11.6	12.0	12.4	12.8	13.2	13.6	14.0	14.4	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.2	17.6	18.0	18.4	18.8	19.2	19.6	20.0	20.4	20.8																		
157	7.7	8.1	8.5	8.9	9.3	9.7	10.1	10.5	11.0	11.4	11.8	12.2	12.6	13.0	13.4	13.8	14.2	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.9	18.3	18.7	19.1	19.5	19.9	20.3	20.7	21.1																		
156	7.8	8.2	8.6	9.0	9.5	9.9	10.3	10.7	11.1	11.5	11.9	12.3	12.7	13.1	13.6	14.0	14.4	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.3	17.7	18.1	18.5	18.9	19.3	19.7	20.1	20.5	21.0	21.4																		
155	7.9	8.3	8.7	9.2	9.6	10.0	10.4	10.8	11.2	11.7	12.1	12.5	12.9	13.3	13.7	14.2	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.1	17.5	17.9	18.3	18.7	19.1	19.6	20.0	20.4	20.8	21.2	21.6																		
154	8.0	8.4	8.9	9.3	9.7	10.1	10.5	11.0	11.4	11.8	12.2	12.6	13.1	13.5	13.9	14.3	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.9	17.3	17.7	18.1	18.6	19.0	19.4	19.8	20.2	20.7	21.1	21.5	21.9																		
153	8.1	8.5	9.0	9.4	9.8	10.3	10.7	11.1	11.5	12.0	12.4	12.8	13.2	13.7	14.1	14.5	15.0	15.4	15.8	16.2	16.7	17.1	17.5	17.9	18.4	18.8	19.2	19.7	20.1	20.5	20.9	21.4	21.8	22.2																		
152	8.2	8.7	9.1	9.5	10.0	10.4	10.8	11.3	11.7	12.1	12.6	13.0	13.4	13.9	14.3	14.7	15.1	15.6	16.0	16.4	16.9	17.3	17.7	18.2	18.6	19.0	19.5	19.9	20.3	20.8	21.2	21.6	22.1	22.5																		
151	8.3	8.8	9.2	9.6	10.1	10.5	11.0	11.4	11.8	12.3	12.7	13.2	13.6	14.0	14.5	14.9	15.4	15.8	16.2	16.7	17.1	17.5	18.0	18.4	18.9	19.3	19.7	20.2	20.6	21.1	21.5	21.9	22.4	22.8																		
150	8.4	8.9	9.3	9.8	10.2	10.7	11.1	11.6	12.0	12.4	12.9	13.3	13.8	14.2	14.7	15.1	15.6	16.0	16.4	16.9	17.3	17.8	18.2	18.7	19.1	19.6	20.0	20.4	20.9	21.3	21.8	22.2	22.7	23.1																		
149	8.6	9.0	9.5	9.9	10.4	10.8	11.3	11.7	12.2	12.6	13.1	13.5	14.0	14.4	14.9	15.3	15.8	16.2	16.7	17.1	17.6	18.0	18.5	18.9	19.4	19.8	20.3	20.7	21.2	21.6	22.1	22.5	23.0	23.4																		
148	8.7	9.1	9.6	10.0	10.5	11.0	11.4	11.9	12.3	12.8	13.2	13.7	14.2	14.6	15.1	15.5	16.0	16.4	16.9	17.3	17.8	18.3	18.7	19.2	19.6	20.1	20.5	21.0	21.5	21.9	22.4	22.8	23.3	23.7																		
147	8.8	9.3	9.7	10.2	10.6	11.1	11.6	12.0	12.5	13.0	13.4	13.9	14.3	14.8	15.3	15.7	16.2	16.7	17.1	17.6	18.0	18.5	19.0	19.4	19.9	20.4	20.8	21.3	21.8	22.2	22.7	23.1	23.6	24.1																		
146	8.9	9.4	9.9	10.3	10.8	11.3	11.7	12.2	12.7	13.1	13.6	14.1	14.5	15.0	15.5	16.0	16.4	16.9	17.4	17.8	18.3	18.8	19.2	19.7	20.2	20.6	21.1	21.6	22.0	22.5	23.0	23.5	23.9	24.4																		
145	9.0	9.5	10.0	10.5	10.9	11.4	11.9	12.4	12.8	13.3	13.8	14.3	14.7	15.2	15.7	16.2	16.6	17.1	17.6	18.1	18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	20.9	21.4	21.9	22.4	22.8	23.3	23.8	24.3	24.7																		
Peso (kg)	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52																		

ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
a. TÍTULO.....	1
b. RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
c. INTRODUCCIÓN.....	4
d. REVISIÓN DE LITERATURA.....	8
1 ADOLESCENCIA.....	8
1.1 Perspectivas generales de adolescencia.....	8
1.2 Concepto de Adolescencia.....	9
1.3 Cambios biopsicosociales.....	11
2 ESTADO NUTRICIONAL.....	13
2.1 Hábitos nutricionales.....	13
2.2 Evaluación nutricional.....	14
2.2.1 Encuesta Nutricional.....	15
2.2.2 Examen físico.....	15
2.2.3 Antropometría.....	16
2.2.4 Peso.....	16
2.2.5 Talla.....	16
2.2.6 Índice de masa corporal.....	17
3 ALTERACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL.....	19
3.1 Desnutrición energético-nutricional.....	19
3.2 Obesidad.....	20

4	IMAGEN CORPORAL.....	21
4.1	Concepto de imagen corporal.....	21
4.2	ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL	22
4.3	FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL NEGATIVA	25
4.3.1	Factores predisponentes	25
4.3.2	Factores de mantenimiento.....	26
4.4	EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	26
4.5	PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.....	27
4.5.1	Aspectos perceptivos.....	27
4.5.1.1	Test de siluetas.....	27
4.5.2	Métodos de estimación corporal global	28
4.5.2.1	Índice de masa corporal	28
4.5.3	Métodos de estimación de partes corporales.....	31
4.5.3.1	Cuestionario de figura corporal (BSQ)	32
4.6	MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	33
4.6.1	TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS EAT-26	33
4.7	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS SOBRE LA IMAGEN CORPORAL...35	
4.7.1	Motivación para la terapia.....	35
4.7.2	Técnicas de terapia.....	35
4.7.3	Visualización en espejo.....	36
4.7.4	Ejercicio de precisión perceptual.....	36
4.7.5	Ejercicio de corrección de tamaño.....	36
5	MATERIALES Y MÉTODOS.....	38
5.1	Tipo de estudio.....	38
5.2	Área de estudio.....	38
5.2.1	Universo.....	38
5.2.2	Muestreo y muestra.....	38
5.2.3	Criterios de Inclusión.....	38

5.2.4	Criterios de Exclusión.....	39
5.3	Métodos y técnicas.....	39
6	RESULTADOS	42
7	DISCUSIÓN.....	48
8	CONCLUSIONES	51
9	RECOMENDACIONES	52
10	BIBLIOGRAFÍA	53
11	ANEXOS	57
	ÍNDICE	66