



ISSSTE



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA.

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
DR. "IGNACIO CHAVEZ" DEL ISSSTE

**INSATISFACCION DE LA IMAGEN CORPORAL Y AUTOPERCEPCION EN
ADOLESCENTES DE UNA ESCUELA SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE
MEXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSE LUIS ACEVES PALMA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INSATISFACCION DE LA IMAGEN CORPORAL Y AUTOPERCEPCION EN
ADOLESCENTES DE UNA ESCUELA SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE
MEXICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSE LUIS ACEVES PALMA

AUTORIZACIONES UNAM

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMES CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

MEXICO, D.F. 2011

**INSATISFACCION DE LA IMAGEN CORPORAL Y AUTOPERCEPCION EN
ADOLESCENTES DE UNA ESCUELA SECUNDARIA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

DR. JOSE LUIS ACEVES PALMA

AUTORIDADES DE LA C.M.F “DR. IGNACIO CHAVEZ” ISSSTE

DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
LA C.M.F. “DR. IGNACIO CHAVEZ” DEL ISSSTE
DIRECTOR DE TESIS

MC. ALBERTO GONZÁLEZ PEDRAZA AVILÉS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

MEXICO, D.F. 2011

Agradecimientos.-

A la Dra. Silvia Landgrave Ibáñez.- por el apoyo brindado al inicio de este trabajo, gracias por su tiempo, paciencia y dedicación, es usted un excelente ser humano, Gracias doctora.

A la Dra. Catalina Monrroy Caballero.- por ser una excelente persona y profesora, y por mostrar siempre el interés para que concluyera este trabajo.

Al MC.- Alberto González Pedraza Avilés.- por su tiempo y buena disposición para asesorarme, por su motivación hacer de la investigación algo no tan difícil de iniciar y por qué no continuar con otros proyectos.

**Dr.- José Luis Aceves Palma
Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez ISSSTE**

Agradecimientos.-

A mi familia.- por darme el apoyo incondicional, por creer en mí, por estar en todo momento conmigo, por ser el motor de mi vida.

A mis padres.- ellos que inculcaron en mí la educación, por ser los creadores de mi vida, que siempre cuidaron con esmero y dedicación.

A Lulú.- por darme siempre el apoyo incondicional, que en los momentos más difíciles me proporcionaste la energía necesaria para continuar y no decaer.

A mis hijos.- por ustedes que han sido el motor y el alma de mi vida, los amo.

A mi hija Yunue Alejandra.- su llegada motivo la lucha, dedicación esmero y perseverancia.

INSATISFACCION DE LA IMAGEN CORPORAL Y AUTOPERCEPCION EN ADOLESCENTES DE UNA ESCUELA SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE MEXICO

INTRODUCCION.- La consideración social ha provocado que las personas marquen a los individuos obesos con diversos prejuicios que carecen de fundamento racional. Esta estigmatización trae consecuencias graves en la conducta, personalidad, habilidades sociales, habilidades cognitivas y sexualidad del paciente obeso.

OBJETIVOS.- Identificar la insatisfacción de la imagen corporal y la autopercepción en adolescentes de una escuela secundaria de la ciudad de México.

MATERIAL Y METODOS.- Estudio prospectivo, transversal, analítico.

Población.- Estudiantes de secundaria del sureste del Distrito Federal. Muestreo probabilístico por números aleatorios y tamaño de muestra calculado por fórmula para poblaciones menores a 10,000 en estudios observacionales. Alumnos 9 y 14 años

Actividades.- Se solicitó firma de carta de consentimiento informado y se aplicó cuestionario, Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cuestionario sobre Forma Corporal), y el de auto percepción.

Análisis estadístico.- Se utilizó coeficiente de correlación de Pearson en variables medidas a nivel escalar y coeficiente Rho de Spearman, con medición ordinal. Nivel de significancia de 0.05. Programa estadístico SPSS versión 15.

Resultados. 253 alumnos con un promedio de edad de 13.1+/- 0.8. 30 alumnos tuvieron insatisfacción de su imagen regular y sólo 8 calificaron con mala insatisfacción. Respecto a imagen corporal, el 60.5 % se perciben con una imagen corporal normal, el 20.2 % delgados, un 17.4 % con sobrepeso, y sólo el 2.0 % con obesidad.

En el análisis entre ambos se obtuvo una moderada correlación (.516) del tipo lineal inversa ($p = -.041$) con significancia estadística.

Conclusiones.- Los hallazgos encontrados en este estudio pudieran tener

implicaciones para la prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos de los adolescentes con alteraciones en la distorsión de su imagen corporal.

Palabras clave.- Adolescente, Insatisfacción de la imagen corporal, Auto percepción.
Obesidad

DISSATISFACTION OF CORPORAL IMAGE AND AUTOPERCEPTION IN ADOLESCENTS OF A SECONDARY SCHOOL OF THE MEXICO, CITY

Introduction. -Social consideration has led people to mark the obese individuals with various prejudices that have no rational basis. This stigmatization brings serious consequences in behavior, personality, social skills, cognitive skills and sexuality of the obese patient.

OBJECTIVES- To identify the body image dissatisfaction and self-perception in adolescents in a secondary school in the city of Mexico.

MATERIAL and methods-Prospective, cross-sectional and analytical study.

Population-students in the southeast of the Federal District. Sampling probabilistic by random number and size of sample calculated by formula for populations less than 10,000 in observational studies. Students 9-14 years old.

Activities-Request signature of Charter of informed consent and was applied questionnaire, Body Shape Questionnaire (BSQ) (questionnaire on form body), and the self perception.

Analysis statistics.-was used in variables measured at the level Pearson correlation coefficient scale and coefficient Spearman Rho, with ordinal measurement. 0.05 Significance level. Statistical program SPSS version 15.

Results. 253 students with an average age of 13.1 +/-0.8. 30 students had their regular image dissatisfaction and only 8 rated with bad dissatisfaction. About body image, the 60.5% are perceived with a normal body image, 20.2% thinner, a 17.4% overweight, and only the 2.0% with obesity.

The analysis between the two yielded a moderate correlation (. 516) inverse linear type ($p = -. 041$) with statistical significance.

Conclusions-The findings found in this study might have implications for the prevention and treatment of psychological disorders in adolescents with alterations in

their body image distortion.

Keywords-adolescent, dissatisfaction of body image, self perception. Obesity

INDICE

Introducción	1
1.- Marco Teórico	2
1.1 Antecedentes del Tema	2
1.2 Definiciones de Obesidad	3
1.3 Etiología	4
1.4 Insatisfacción de la Imagen Corporal	6
1.5 Autopercepción	7
1.6 Adolescencia	9
1.7 Obesidad y Adolescencia	10
1.8 Clasificación de la Obesidad en Adolescentes	10
1.9 Epidemiología de la Obesidad en adolescentes	11
1.10 Fisiología de la Obesidad	12
1.10.1 Leptina	13
1.10.2 Adiponectina	14
1.10.3 Ghrelina	14
1.10.4 Polipéptido insulino-trópico dependiente de glucosa	15
1.11 Fisiopatología de la Obesidad	15
1.12 Diagnóstico de la obesidad	18
1.13 Tratamiento de la obesidad	20
1.14 Acciones del Médico Familiar	21
1.15 Planteamiento del Problema	23
1.16 Justificación	25
1.17 Objetivos	27
1.17.1 Objetivo General	27
1.17.2 Objetivos Específicos	28

1.18 Hipótesis	28
----------------	----

2.- Material y Métodos

2.1 Tipo de Investigación	29
2.2 Diseño del Estudio	30
2.3 Población de estudio	31
2.4 Tipo y tamaño de la muestra	31
2.5 Criterios de Selección	32
2.5.1 Criterios de Inclusión	32
2.5.2 Criterios de Exclusión	32
2.5.3 Criterios de Eliminación	32
2.6 Variables	33
2.6.1 Variables independientes	33
2.6.2 Variables dependientes	33

3.- Organización de la investigación

3.1 Análisis estadístico	34
3.2 Instrumentos de captación de la Información	34
3.3 Cronograma de Actividades	35
3.4 Recursos	35
3.4.1 Recursos Humanos	35
3.4.2 Recursos Materiales y Físicos	36
3.4.3 Recursos Financieros	36
3.5 Consideraciones Éticas	36
4.- Resultados	37
5.- Discusión	51
6.-Conclusiones y Comentarios	54

7.-Bibliografia

56

8.-Anexos

60

INTRODUCCIÓN

La epidemia de la obesidad representa un serio problema de salud pública en la mayoría de los países, incluido México. La obesidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de distintas enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, cardiopatía isquémica y algunos tipos de cáncer. ¹

El ambiente físico y conductual en el que se desarrolla el niño, parecen ser factores determinantes, ya que se ha observado que existen etapas críticas en el desarrollo de la obesidad en niños y adolescentes. Muchas de las consecuencias de la obesidad en niños son similares que las que se presentan en adultos. Su repercusión física y social puede ser tan trascendente que lo conduzca a limitaciones en su personalidad. ² Los trastornos de la conducta alimentaria que cursan con un aumento excesivo de peso han sido ignorados, a pesar de que, en la mayor parte de los casos, los adultos que tienen problemas con el peso comienzan su relación conflictiva con la comida ya desde la niñez. ³

La obesidad representa una patología en alarmante incremento, considerada como el mayor problema de salud a nivel mundial, con una asociación importante con complicaciones cardiovasculares y metabólicas. La asociación de obesidad y diabetes no sólo es un problema para el individuo y su familia, sino también incrementa los presupuestos para los sistemas nacionales de salud y para la propia sociedad. La prevalencia de la obesidad en México, al igual que en el resto del mundo, se ha incrementado en forma importante en la última década. Se considera que una de cada tres personas adultas presenta algún grado de sobrepeso. En algunos países, como el nuestro, la obesidad es considerada como un problema de salud pública, en otros incluso es calificado como una epidemia. ⁴

1. MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes del tema

Existen claras diferencias en la prevalencia de la obesidad entre los distintos países. Sin embargo, la tendencia mundial presenta un incremento tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Por lo que desde 1998, la obesidad ha sido catalogada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una epidemia mundial, debido a que a nivel global, existe más de 1 billón de adultos con sobrepeso y por lo menos 300 millones de estos son obesos. ⁵

La (OMS) declaró recientemente que la obesidad se ha convertido en una epidemia global, ya que alcanza proporciones que la definen como calamidad, pues afecta a personas de los cinco continentes. ⁶

En las últimas dos décadas en México, como en la mayor parte del mundo la prevalencia de esta enfermedad en niños y adolescentes se ha duplicado. ⁷

En México, se cuenta con suficiente información del problema en la población infantil, que parece estar incrementando día a día. A nivel nacional, se han llevado a cabo distintas encuestas tanto de salud como de nutrición a cargo de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública. En la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN 1999), en niños escolares se encontró una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 19.5%. En la misma encuesta se muestran cifras de sobrepeso en edad escolar de 25% en la región norte del país y 13% en la región sur. La información más reciente acerca del estado de nutrición de la población proporcionada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSAUT 2006) comparada con la ENN 1999, se reportó un aumento alarmante en la prevalencia de obesidad en niños, pasando de 5.3 a 9.4 % lo que equivale al 77%; en las niñas éste aumento fue de 5.9 a 8.7 % lo que equivale al 47%; la prevalencia de sobrepeso incremento gradualmente entre los 5 y los 11 años, en niños fue de 12.9 a 21.2 % y en niñas de 12.6 a 21.8 %. La prevalencia de obesidad aumento entre las mismas

edades 6.5 en niños de 4.8 a 11.3% y 3.3 en niñas de 7.0 a 10.3% los mayores incrementos en obesidad se dieron en el sexo masculino. ⁶

La consideración social de la obesidad, ha provocado que las personas marquen a los individuos obesos con diversos prejuicios que carecen de fundamento racionales.

Evidentemente, esta estigmatización debe traer consecuencias graves en la conducta, personalidad, habilidades sociales, habilidades cognitivas, sexualidad del paciente obeso. Aunque la obesidad es fácil de identificar, es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico. Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad que aliviaban mediante la conducta de comer, proponían que la sobreingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. ⁸

Banfiel, S.S. y McCabe, M. P. (2002). Han señalado que en los últimos años la imagen corporal ha tomado un inmenso auge en las sociedades modernas, muchas de las cuales han creado toda una subcultura basada en la percepción y la importancia de la imagen ideal, han resaltado la influencia de los medios de comunicación y la presión social entre los factores de mayor influencia para seguir una imagen ideal, que en muchas ocasiones es imposible o difícil de alcanzar. ⁹

En la actualidad los enfoques explicativos más aceptados de los trastornos de la conducta alimentaria son los multicausales; inclusive se han propuestos modelos de interacción de factores que generan estos trastornos. Dentro de los factores predisponentes, la insatisfacción corporal se postula como uno de los principales. ¹⁰

1.2 Definiciones de obesidad:

1.-La definición de obesidad se da a partir de una ganancia de peso a expensas de masa grasa, que sobrepasa el promedio de peso que corresponde a una edad

cronológica. Esto significa que la definición depende de la edad, talla y del sexo del paciente. ²

2.-La obesidad se define como un exceso en la cantidad de grasa o tejido adiposo, que se acompaña de una elevación en la relación peso-talla. ⁵

3.-La obesidad es un aumento mayor del 10% del peso corporal ideal (PCI) a expensas de la masa grasa. En esta entidad se encuentra alterada la regulación del apetito y la relación que existe entre el balance metabólico y el gasto energético.¹¹

4.- La obesidad es un trastorno de la composición corporal definido por un exceso absoluto o relativo de grasa corporal. ¹²

1.3 Etiología

La obesidad (OB) parece ser el resultado de la conjunción de factores biológicos, genéticos y ambientales, así como de los estilos de vida, sobre todo la inactividad física, el sedentarismo creciente y un desequilibrio entre la dieta y las necesidades calóricas.

Factores determinantes de la obesidad.

-Sexo y edad.

-Factores geográficos

-Factores socioeconómicos

-Factores étnicos

-Factores genéticos, hereditarios y familiares

-Factores desencadenantes: otras enfermedades, traumas afectivos, etc.

Existen evidencias suficientes para afirmar que un mayor tiempo medio pasando delante del televisor es un determinante de la creciente frecuencia de la obesidad en la población, tanto entre niños como en adultos. ⁵

La OB resulta de una sutil y aún no bien conocida interacción entre la herencia y el medio ambiente. Esto significa que cada individuo expresa su carga genética en forma y en tiempos particulares como respuesta al medio en que crece y se desarrolla.¹¹

Son tres las etapas críticas para la presencia de obesidad en niños y adolescentes. Una etapa crítica se considera aquella fase de desarrollo en donde una alteración fisiológica aumenta la futura prevalencia de obesidad.

1.-La primera etapa crítica es la vida intrauterina, en donde los adipocitos se multiplican en el tercer trimestre embrionario. Los niños de peso bajo al nacer tienen mayor posibilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial. No queda claro aún, si un niño con peso bajo al nacer tiene mayor riesgo de desarrollar obesidad en la etapa adulta; sin embargo, si presenta mayor cantidad de grasa a nivel visceral. Los hijos de madres diabéticas, tienen un peso mayor al nacer y aún cuando el peso se estabiliza al año de edad en relación a otros niños, a los 5 o 6 años estos niños tienen mayor prevalencia de obesidad.

2.-La segunda etapa crítica es el periodo del escolar. El índice de masa corporal (IMC) alcanza su nadir (lo mínimo) después de la infancia (3 a 9 años), si este índice se eleva de forma temprana constituye lo que se conoce “rebote adiposo” y nos indica mayor riesgo de obesidad en etapas posteriores e inclusive en el adulto. Esta puede presentar una etapa en donde se expresa una predisposición genética a la obesidad.

3.-La tercera etapa crítica se presenta durante la adolescencia (multiplicación de adipocitos), de manera principal en las niñas. El riesgo de desarrollo de

complicaciones cardiovasculares se aumenta en hombres y mujeres y parece ser independiente del peso del adulto. Sin tomar en cuenta la etapa de desarrollo de la obesidad en niños, de 30 a 80 % de los niños y adolescentes obesos, permanecen obesos durante la etapa adulta. Esto tiene graves repercusiones tanto personales, como familiares y sociales. ²

El rápido incremento en las tasas de obesidad ha sido atribuido a cambios sociales que han llevado al aumento de la disponibilidad de alimentos con un alto contenido calórico, así como un progresivo descenso de la actividad física.

Existen evidencias que indican que la acumulación de grasa corporal tiene una base genética, no sólo para las formas mono-génicas de obesidad, sino también para la obesidad poli-génica común. La obesidad es un ejemplo importante de un fenotipo complejo, en el cual el rasgo surge como resultado de interacciones entre múltiples genes, así como factores conductuales y ambientales. ¹

1.4 Insatisfacción de la imagen corporal

No se ha propuesto una definición comúnmente aceptada de la misma, pero los diferentes autores la definen como la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de la conducta alimentaria (*Garner, M.D. (1998), inventario de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid; TEA*) o también como una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física (Raich et al., (1996)).¹⁰

1.5 Autopercepción

El concepto de autopercepción es el resultado, entre otros factores, de las expectativas sociales que han sido internalizadas por los sujetos mediante la educación, las costumbres, los rituales, los mitos. Cada individuo dentro de su contexto histórico, político y económico moldea una imagen ideal que se espera sea cumplida por los miembros de la sociedad en cuestión.

Estos fenómenos a su vez condicionan los tipos perceptuales de cada individuo, de tal manera que una imagen puede representar belleza o fealdad, obesidad o delgadez, en concordancia con los patrones culturales y con aspectos internos regulados por la historia de un sujeto.¹³

El proceso de percepción que tiene lugar con las sensaciones, el lenguaje, los pensamientos y los recuerdos. A medida que el conjunto perceptivo se amplía y se hace más completo y los patrones se enriquecen con la experiencia, el individuo tendrá mayor capacidad de extraer más información del medio. Los pacientes con obesidad registran entre 15 a 45 % menos de las kilocalorías que consumen. Esto puede atribuirse a mentiras deliberadas o a alteraciones en la percepción de los sujetos a la incapacidad de recordar información, alteración en la percepción del tamaño de las porciones, modificaciones reales en la alimentación, ingestión atípica de alimentos el día anterior, modificación voluntaria de la información.⁸

Según Brown, T.A., Cash, T.F. y Mikulka, P.J. (1990). La imagen corporal incluye múltiples dimensiones como las actitudes, las cognición, el comportamiento, los efectos, el miedo a ser obeso, la distorsión del cuerpo, la insatisfacción corporal, la evolución, la preferencia por la delgadez, la restricción al comer y la percepción.⁹

La percepción de la imagen corporal es parte integral del funcionamiento de una persona y una distorsión de la misma puede llevar o contribuir a una condición más seria como lo son los trastornos de la conducta alimentaria (TAC). Los más prevalentes son la anorexia nerviosa y la bulimia (American Psychiatric Association, (2000).¹⁴

En un estudio realizado por Xie B, Liu C, Chou CP, Xia J, Apruijt-Metz D, Gong J. (2003), destacan que las personas con autopercepción de sobrepeso presentaron mayor riesgo de baja autoestima y depresión que los individuos con percepción de la imagen corporal normal o de bajo peso.⁹ Así mismo, estudios realizados por Strauss R, Pollock H. (2003). Evidencian que los individuos con autopercepción de sobrepeso son socialmente marginados y que la insatisfacción corporal y la discriminación pueden complicar las consecuencias sociales y emocionales.¹⁵

Un estudio realizado por Buddeberg, B., Klaghofer, F, y Redd, V. (1999). El cual tuvo como propósito explorar la asociación entre el peso corporal, desordenes psiquiátricos e imagen corporal en féminas jóvenes, encontraron que, en general las jóvenes que presentaron sobrepeso tenían una imagen corporal negativa, es decir, se sentían menos atractivas y menos confiadas en sí mismas. También encontraron una correlación positiva entre diagnósticos psiquiátricos y una visión no favorable de la imagen corporal. Asimismo, mayores distorsiones en la imagen corporal y mayor sobrepeso, se correlacionaron con mayor morbilidad psiquiátrica.¹⁶

De acuerdo con Barker, E., y Galambos, y Col. (2003). Percibirse a uno mismo como obeso, cuando no se es así, puede implicar un problema cognitivo que podría ser explicado a través de algún tipo de aprendizaje impuesto por las presiones sociales y culturales; y lo que los autores sugieren, además, es que es precisamente esta

autopercepción corporal lo que podría convertirse en un factor decisivo para el desarrollo de un trastorno alimenticio.¹⁷

1.6 Adolescencia

El término adolescente es empleado en dos sentidos diferentes. Aplicado al desarrollo físico se refiere a todos los cambios somáticos (fenotípicos, hormonales y de funcionamiento) que experimenta el ser humano (a partir de los 10 años en la mujer y abarca el periodo del ciclo vital limitado por la infancia y la vida adulta.

Cambios biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y legales influyen en el inicio y la finalización definitivos de la adolescencia, y es el periodo comprendido entre los 10 y los 21 años de edad.¹⁸

La adolescencia es el periodo en el que se establecen los hábitos dietéticos, madura el gusto, se definen las preferencias y las aversiones pasajeras o definitivas, constituyendo la base del comportamiento alimentario para el resto de la vida, de la cual dependerá el estado nutricional.¹⁹

La adolescencia es conocida como la etapa más vulnerable en relación con los problemas de imagen corporal, ya que es un momento en el ciclo vital caracterizado por cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y, sobre todo sociales, que provocan una mayor preocupación por la apariencia física.¹⁷

1.7 Obesidad y adolescencia

La adolescencia como es sabido, es uno de los grupos etarios, más sanos y el que utiliza menos los servicios sanitarios, sin embargo, este es también un periodo decisivo en el que los jóvenes adquieren algunas conductas y hábitos de riesgo para su salud, en esta etapa se eleva el riesgo de la ingesta (excesiva o insuficiente) de alimentos con sus respectivas consecuencias.²⁰

La obesidad en adolescencia se ha incrementado del 5 al 16 % en los últimos 30 años, lo que ha generado graves trastornos en la salud. Es clara la asociación con diabetes tipo 2. En diversos estudios de prevalencia y riesgo, se ha determinado que el 97 % de los obesos adolescentes tienen más de cuatro factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, como triglicéridos elevados, hipercolesterolemia e hipertensión arterial. La calidad de vida es considerada como mala con rechazo social por los compañeros de escuela, y mala imagen corporal entre el 20 y 30 %, lo cual se asocia con marginación social. Estudios de seguimiento han demostrado que entre el 42 y el 77 % de los adolescentes que son obesos, permanecerán en esta condición en la vida adulta, con un riesgo relativo de 4 a 6.5 veces, además que la perspectiva de vida se reduce en más de 20 años. Aunado a esto, si alguno de los padres es obeso se incrementa hasta el 80 % la posibilidad de ser en un futuro un adulto obeso.²¹

1.8 Clasificación de la obesidad en adolescentes

SOBREPESO: cuando el IMC se encuentra entre las percentiles 85 a 94 de las tablas de peso y talla de la OMS o cuando el IMC en los adolescentes es de 25 a 29.9 en clara asociación con lo aceptado en los adultos.

OBESIDAD: cuando en las tablas de la OMS el IMC en la percentil 95 o mayor, o cuando en el adolescente el IMC es de 30 a 35.

OBESIDAD MORBIDA: cuando el IMC es mayor a 35 y se asocia al menos con una co-morbilidad y cuando el IMC es mayor a 40 con o sin co-morbilidad.

OBESIDAD EXTREMA: cuando el IMC es mayor de 50. ²¹

1.9 Epidemiología de obesidad en adolescentes

En México el 30 % de la población son adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años de edad (INEGI, 2005) lo cual indica que en nuestro país la atención a este grupo es prioritaria. ²⁰

Desde hace más de 20 años, América Latina ha sufrido importantes transformaciones en sus condiciones de salud, asociadas a cambios demográficos y a procesos rápidos de urbanización. México se encuentra en un estado avanzado de transición epidemiológica, con predominio de enfermedades y accidentes asociados a causas no infecciosas, como sobrepeso y obesidad. ²²

El problema de obesidad creciente en el mundo ha llegado a transformarse en una pandemia; tanto en los países desarrollados como los que están en desarrollo. La obesidad representa ya un problema de salud pública en nuestro país. En las últimas dos décadas en México, como en la mayor parte del mundo, la prevalencia de esta enfermedad en adolescentes se ha duplicado.

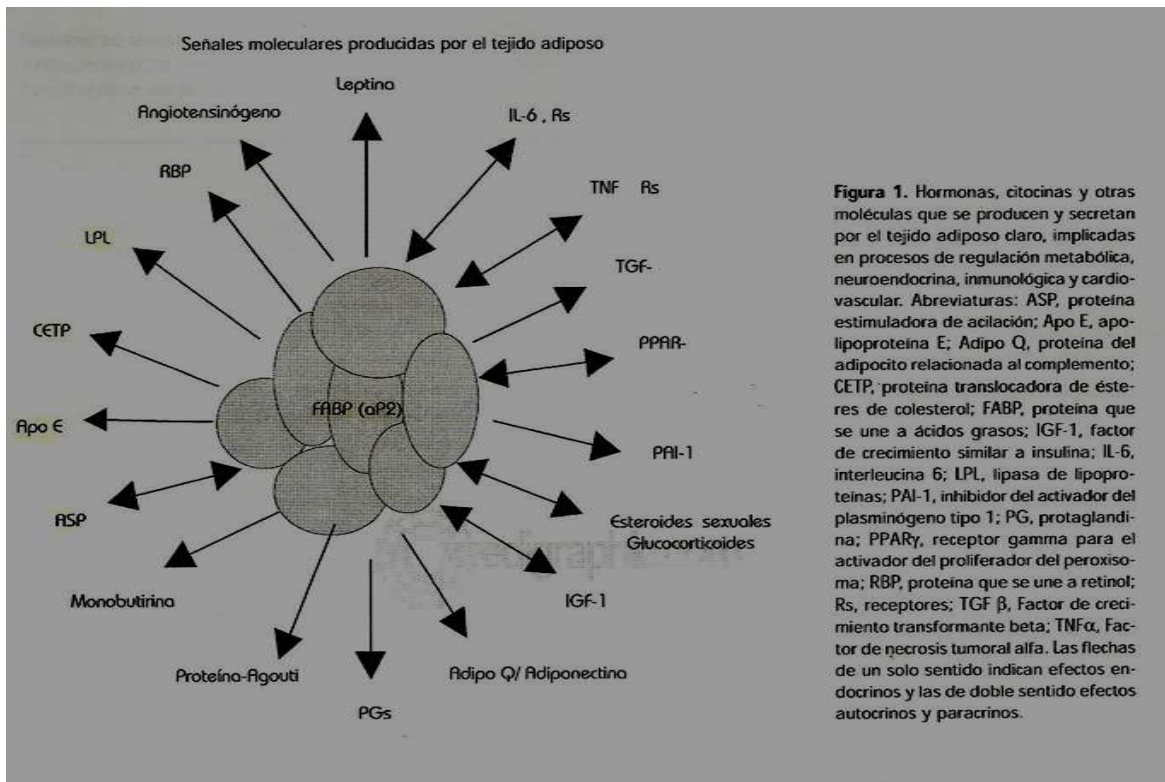
En esto parece haber contribuido la introducción de alimentos popularmente conocidos como “comida rápida”, la costumbre de entrenamiento sedentario con aparatos eléctricos (televisión, videojuegos, computadora) y cambios en el estilo de vida que han contribuido al sobrepeso y obesidad. En México la incidencia de obesidad en las etapas evolutivas ha crecido de manera exponencial: en los adolescentes uno de cada tres (35%) tiene sobrepeso u obesidad, de tal manera que entre sobrepeso y obesidad en adolescentes se calculan alrededor de 5,757,400.⁷

1.10 Fisiología

El tejido adiposo (TA) es el sitio donde el organismo guarda su principal reserva energética. El adipocito tiene la capacidad de acumular grasa cuando el aporte energético es excesivo; y de movilizarla cuando el organismo requiere energía. Para esto, la célula adiposa contiene todas las enzimas de la lipólisis y de la lipogénesis y es capaz de modificar su tamaño hasta 20x su diámetro y varios cientos de veces su volumen. El metabolismo lipídico en el TA es dependiente del requerimiento energético del organismo y está finamente regulado por nutrientes, señales hormonales y neuronales. (Figura 1)

El TA no sólo responde a hormonas, sino que también las produce y secreta. Mediante estas señales moleculares el adipocito participa en la regulación de múltiples funciones celulares y se comunica con células de otros tejidos localizadas en órganos distantes, como hipotálamo, páncreas, hígado, músculo esquelético, riñón, endotelio y sistema inmune.

(Figura 1)



El TA sintetiza y libera una gran variedad de compuestos peptídicos y no peptídicos, estableciendo una red molecular de comunicación entre sus propias células y con las de otros tejidos.²³

1.10.1 Leptina

La Leptina del griego *leptos*: delgado, es una de las citocinas recientemente descritas, es producida en un 95 % en el tejido adiposo especialmente subcutáneo y su secreción es proporcional a la cantidad de tejido adiposo corporal y al estado nutricional. Es una señal importante en la regulación del tejido adiposo y el peso corporal inhibiendo la ingesta de alimentos y estimulando la expedición de energía. Los defectos en la producción de leptina causan obesidad severa, hiperlipidemia y resistencia a la insulina, en individuos delgados la mayor proporción de leptina circula

ligada a proteínas, en individuos obesos predomina la forma libre. Su principal regulador es la cantidad de tejido adiposo, además de otros factores como el sexo; las concentraciones son más elevadas en las mujeres que en los hombres.²⁴

1.10.2 Adiponectina

Los niveles plasmáticos promedio de Adiponectina en humanos son de 5-10 mcg/ml. La concentración en sangre guarda una relación inversa con el índice de masa corporal (IMC). Los mecanismos por los que la Adiponectina ejerce efectos sobre la sensibilidad a la insulina han sido determinados paulatinamente e implican principalmente la activación de los receptores PPAR alfa, la modulación del estímulo de insulina, y la activación de la cinasa de AMP. La Adiponectina aumenta la expresión de moléculas que participan en el transporte de ácidos grasos como la CD36, la oxidación de ácidos grasos como la acetil coenzima A oxidasa, y en el gasto energético, la Adiponectina estimula la utilización de glucosa y la oxidación de ácidos grasos a través de la activación de la cinasa, lo que establece un probable nuevo paradigma en la que un producto derivado de los adipocitos participa directamente en la regulación del metabolismo de la glucosa y la sensibilidad a la insulina.²⁵

1.10.3 Ghrelina

La ghrelina es un ligando natural del receptor de secretagogos de hormona de crecimiento (GHS-R) producido principalmente en estómago. Se secreta de manera pulsátil, y varía notablemente durante el día, con niveles pico precediendo a la ingesta de nutrientes, lo cual sugiere que dicha ingesta sea precipitada. Las concentraciones circulantes de ghrelina muestran sus niveles más bajos después de la ingesta de alimentos. Los niveles plasmáticos de ghrelina se han encontrado inversamente relacionados con el índice de masa corporal.²⁶

1.10.4 Polipéptido insulino-trópico dependiente de glucosa y péptido semejante al glucagón tipo 1 (GIP, GLP-1)

GIP, GLP-1 son las principales hormonas responsables del efecto incretínico, regulando la homeostasis de la glucosa posterior a la ingesta de alimentos a través de la estimulación de la secreción de insulina. GIP es secretado por células enteroendocrinas específicas, las células K, localizadas principalmente en el duodeno pero presentes a lo largo de toda la mucosa del intestino delgado. Su secreción es estimulada por la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos y grasas que producen un incremento de 10 a 20 veces en su concentración plasmática.

GLP-1 se considera que su secreción es iniciada por factores neurales y endocrinos originados por el ingreso de los nutrientes al tracto gastrointestinal.

Las concentraciones plasmáticas en ayuno de ambas hormonas son muy bajas, incrementándose rápidamente posterior a la ingesta de nutrientes. La vida media circulante de GLP-1 es de 1 a 2 minutos y de 7-8 minutos la de GIP. Los receptores de GIP son expresados en células de los islotes del páncreas, principalmente en las células B, intestino, hueso, tejido adiposo, corazón, hipófisis, corteza adrenal y diversas regiones del cerebro. Los receptores de GLP-1 se localizan en células de los islotes pancreáticos, predominantemente en las células B y alfa, estómago, intestino, pulmones, corazón, riñones, tallo cerebral, hipotálamo e hipófisis.²⁷

1.11 Fisiopatología

El exceso de energía se almacena en los adipocitos, los cuales aumentan en tamaño y/o en número. Este desequilibrio es el resultado de la combinación de varios factores fisiológicos, psicológicos, metabólicos, genéticos, socioeconómicos, culturales y emocionales. Lo anterior se traduce en un incremento en el peso corporal, que es diferente para cada persona y grupo social.

Con la aparición de la obesidad se presentan alteraciones en la respuesta inmunitaria ya que se genera un proceso inflamatorio que suele ser crónico y de bajo grado de intensidad, el cual también está presente con otras enfermedades degenerativas asociadas, tales como diabetes tipo 2 (DT2), hipertensión, dislipidemias, enfermedades cardíacas.²⁸ (Figura 2

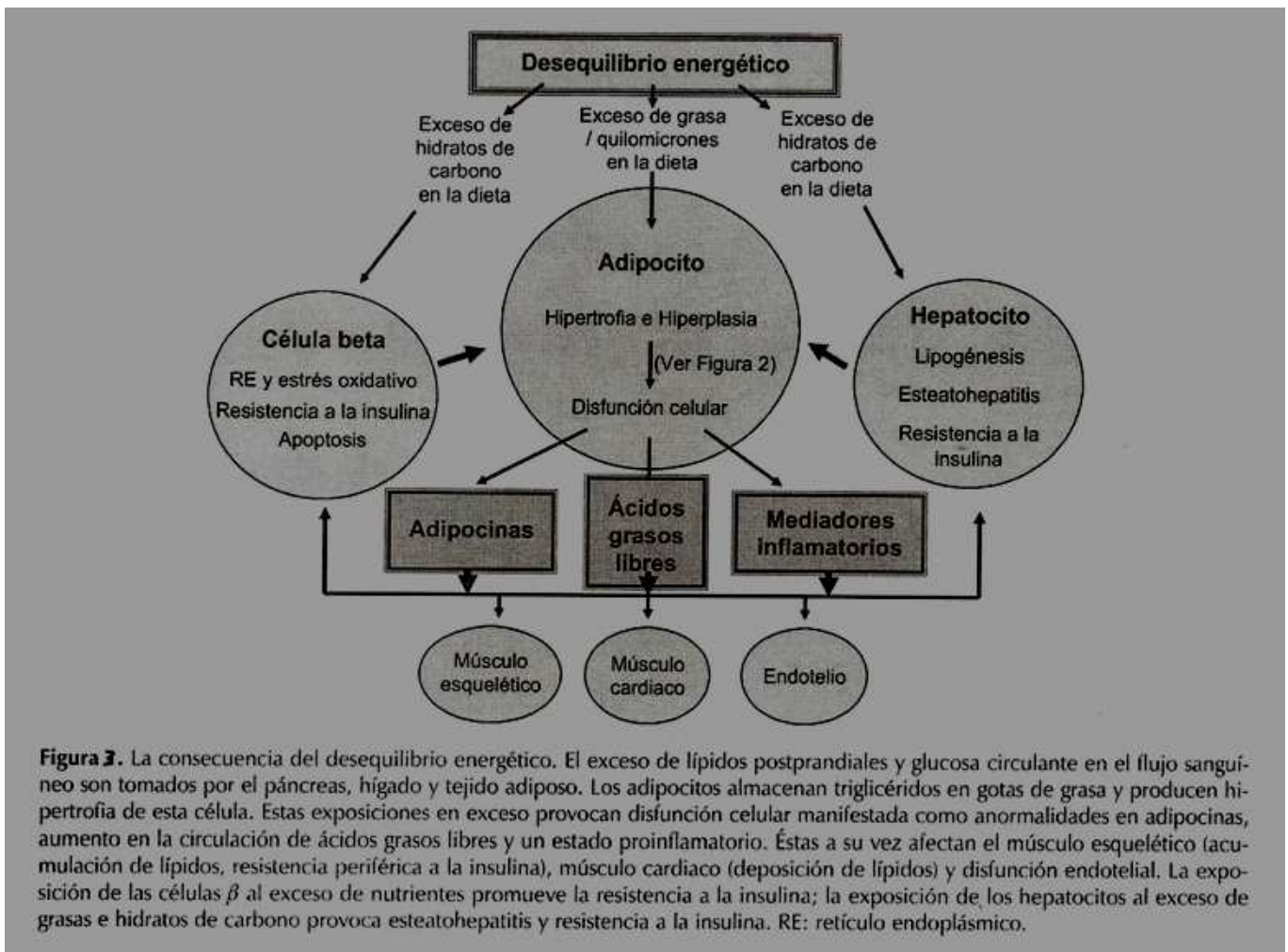
Figura 2



El desequilibrio energético permite almacenar el exceso de energía en los adipocitos, los cuales exhiben hipertrofia e hiperplasia. Estos procesos de hipertrofia e hiperplasia adiposa están asociados con anomalías intracelulares de la función del adipocito, particularmente el estrés del retículo endoplásmico y consecuencias intracelulares y sistémicas que incluyen resistencia a la insulina en el adipocito, producción de adipocinas, ácidos grasos libres y mediadores inflamatorios, y promoción de la disfunción sistémica que produce manifestaciones clínicas y secuelas de obesidad.²⁹

figur 3

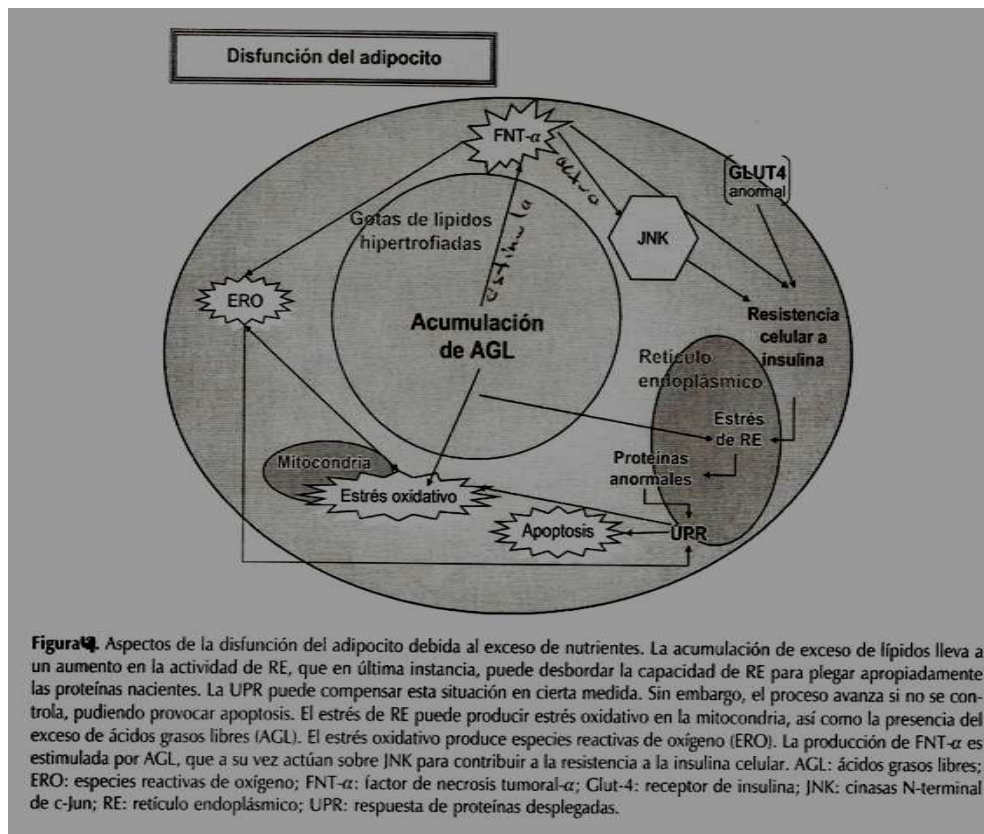
Figura 3



Disfunción del adipocito y el retículo endoplásmico

El exceso de almacenamiento de lípidos parece causar alteraciones funcionales del retículo endoplásmico (RE) y la mitocondria, que son fundamentales para los efectos fisiopatológicos de la obesidad. El RE es responsable de la síntesis de proteínas, de gotas de lípidos y la detección y regulación de colesterol.²⁹ figura 4

Figura 4



1.12 Diagnóstico

La obesidad (OB) se diagnostica a partir de mediciones antropométricas. De estas, el peso para la talla, el pliegue cutáneo tricípital (PCT) y el índice de masa corporal (IMC) peso (kg)/talla m², son las mediciones que parecen tener mayor correlación con la cantidad de masa grasa corporal.

Para fines de esta investigación utilizaremos el (IMC)

Se puede realizar el diagnóstico de obesidad exógena. Llevando a cabo una recolección de datos, que consiste en lo siguiente:

- 1.- antecedentes familiares,
- 2.- peso,

- 3.-talla,
- 4.- encuestas alimentarias,
- 5.- actividad física,
- 6.- salud mental,
- 7.- aumento de peso en el último año y
- 8.- medición de pliegues cutáneos. (2)

Un elemento de diagnóstico ampliamente aceptado es el índice de masa corporal (IMC) el cual tiene una alta correlación con la grasa corporal.

Los puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para definir la obesidad se presenta en el cuadro 1.

Cuadro1. Clasificación del estado nutricional de acuerdo a puntos de corte de IMC propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1)

Clasificación	IMC (kg/m ²)
Desnutrición	menos de 18.5
Peso adecuado	18.5-24.9
Sobrepeso	25.0-29.9
Obesidad I	30-34.9
Obesidad II	35-39.9
Obesidad III	>_ 40

1.13 Tratamiento

El aumento en la incidencia de la obesidad ha provocado la búsqueda de tratamientos farmacológicos que aborden de manera integral sus diferentes causas, tales como el gasto energético y la ingestión alimentaria. Los objetivos terapéuticos de la pérdida de peso están dirigidos a mejorar o eliminar las comorbilidades asociadas y a disminuir el impacto de las futuras complicaciones médicas relacionadas con el exceso de peso, ya que la obesidad se ha convertido en la segunda causa de mortalidad prematura y evitable.³⁰

El tratamiento de la obesidad en los adolescentes, no deja de ocasionar fracasos terapéuticos en la práctica pediátrica. Idealmente un programa terapéutico eficaz sería aquel que diese lugar a una rápida pérdida de peso sin repercusiones metabólicas desfavorables, evitar la sensación de hambre, preservar la masa magra asegurando una actividad física regular y promoviera crecimiento normal. Para lograr esto es preciso un manejo multidisciplinario de estos pacientes, combinando la restricción dietética, la educación nutricional, el apoyo psicosocial de la familia y el incremento de la actividad física.⁷

La terapia conductual provee métodos que permiten vencer las barreras que evitan cumplir con la dieta e incrementar la actividad física en los pacientes obesos. Los programas de tratamiento conductuales están basados fundamentalmente en las técnicas de autocontrol, las cuales dotan al sujeto de habilidades que le permitan identificar y controlar su propia conducta mediante la manipulación de antecedentes y consecuencias, con los que la conducta se relaciona funcionalmente.⁸

Con base a los resultados en adultos, desde hace varios años se inicio la aplicación de ésta técnica en los adolescentes, casi siempre incluidos dentro del grupo de

adultos. De hecho en tan solo 4 años, esta cirugía en adolescentes se ha incrementado 3.3 veces en EUA, mostrando ventajas sobre los resultados en los adultos en relación a las complicaciones, estancia hospitalaria y mortalidad; principalmente porque las comorbilidades graves asociadas son mucho menores.²¹

La actividad física es críticamente importante. Los efectos favorables incluyen el aumento de HDL-c, disminución de triglicéridos, disminución de la presión sanguínea, mejora en la homeostasis glucosa-insulina en ayuno y postprandial, inducción y mantenimiento de la pérdida de peso la disminución de la inflamación y mejora en la función endotelial, incluso con una actividad moderada como 30 minutos de caminata a buen ritmo en la mayoría de los días.²⁹

1.14 Acciones del Médico Familiar

El médico familiar (MF), al conocer el proceso para llegar a ser enfermo y paciente, y los factores condicionantes que motivan la consulta y que se configuran en una cierta forma de presentación se ubica en una posición privilegiada para desarrollar una adecuada y satisfactoria relación médico-paciente-familia de colaboración, es un hábil y experto entrevistador de individuos y familias, un facilitador efectivo de los procesos de negociación , de la solución de problemas y de comunicación familiares y un excelente y eficaz educador sobre los problemas de salud que inciden en su población.³¹

Médico de familia (MF), Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico.³²

El MF atiende al individuo en el contexto de la familia y a ésta en el contexto de la

comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta, raza, religión, cultura o clase social. Debe ser un médico clínicamente competente, a fin de proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En síntesis se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continua a sus pacientes.³³

La función primaria del MF es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarles cómo prevenir, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades. (30)

La conducta profesional del médico familiar deberá regirse por el contenido de los siguientes artículos.³²

1.- Atender de manera integral al trinomio individuo-familia-comunidad, se considera el contexto socio-cultural en todo lo referente al proceso salud enfermedad, en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, al hacer énfasis en la atención a la salud familiar.

2.-Atender con la misma diligencia y solicitud a todos los individuos, sin discriminación de filiación política, clase social, credo, etnia, edad, género, ocupación, preferencia sexual o discapacidad física y/o mental.

3.- Respetar la vida, la dignidad de las personas, el cuidado de la salud del individuo y la familia y el bienestar de la comunidad.

4.- Proporcionar en un marco científico y humanístico las acciones de atención a salud del adolescente con sobrepeso u obesidad.

5.- Informar al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna, sobre el problema de la obesidad y sus complicaciones. La información se proporcionara con prudencia y calidez, respetando la dignidad humana.

6.- Mantendrá informado al paciente sobre el curso de su enfermedad, resultado de los exámenes practicados y alternativas de tratamiento, a fin de que pueda valorar,

con base en los riesgos y beneficios el que considere adecuada.

7.- Deberá solicitar el consentimiento, libre de coacción, para la realización de procedimientos de atención a la salud, previa información, comprensible, exhaustiva y convalidada sobre el particular.

1.15 Planteamiento del problema

La obesidad es sin lugar a dudas una enfermedad en incremento, inclusive se le ha considerado como una pandemia a nivel nacional y mundial; Cada día hay más personas con sobrepeso y obesidad. Lo más preocupante es que cada vez es más fácil encontrarla en todas las edades, tanto en niños como adolescentes y adultos. Se cuenta con un amplio conocimiento acerca de la obesidad, sus principales causas; que pueden ser genéticas, hábitos de alimentación, la falta de actividad física, el papel de las hormonas, considerándose como un padecimiento multifactorial. Se habla de obesidad de manera global o general, (causas, complicaciones, diagnóstico, factores de riesgo etc.), específicamente en adultos y niños, sin embargo, poco se habla de obesidad en adolescentes. Considerando que la obesidad causa múltiples consecuencias en la salud, también es importante considerar las implicaciones sociales, económicas, psicológicas y específicamente de auto percepción de la imagen corporal.

De acuerdo a la definición de autopercepción que es el resultado entre otros factores de las expectativas sociales que han sido internalizadas por los sujetos mediante la educación, las costumbres, los rituales, los mitos.¹³

Algunos artículos comentan situaciones de las causas de la obesidad, como la *Teoría Psicológica*. Las consecuencias psicológicas, el exceso de peso y la obesidad afectan de manera negativa la calidad de vida de las personas, esto conlleva a estigma social que puede contribuir a índices más altos de ansiedad, depresión, y baja autoestima.

Para los adolescentes obesos que se ridiculizan y burlan comúnmente, la obesidad se asocia a menudo con síntomas psicológicos y del comportamiento.⁶

Otros autores refieren que es más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas que en las de peso normal. Entre las alteraciones referidas se encuentra: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia y dependencia del tabaco.⁸

En el artículo “Dimensiones psicosociales de la obesidad” Se menciona. La obesidad puede ser alabada o estigmatizada dependiendo del grupo social de que se trate, los adolescentes son sensibilizados con respecto a la obesidad y empiezan a incorporar una preferencia cultural por las personas delgadas, los adolescentes obesos tienden a crear expectativas inapropiadas en cuanto a su conducta, que puede tener un efecto adverso en su socialización y si los adolescentes obesos se comportan de acuerdo con las expectativas sociales antes mencionadas, pueden enmarcarse en algún estereotipo.¹³

En el artículo de contribución a la validación de la escala de Autopercepción del riesgo en adolescentes Mexicanos se menciona que; el adolescente tiene como tarea esencial, elaborar y construir una identidad propia, definida y diferente, que le permita presentarse al mundo de manera autónoma, coherente y responsable. Dicha construcción puede concretarse a través de diversos recorridos y por lo tanto mediante diferentes posibilidades de acción dependiendo de las características personales y de los vínculos y oportunidades ofrecidas en su contexto de vida.

Algunas veces, este desarrollo puede configurarse con alto riesgo, y puede con mayor probabilidad comprometer el desarrollo presente y futuro del adolescente. Los comportamientos riesgosos no se presentan de manera aislada, sino como verdaderas constelaciones de conductas, que una vez instaurados, pueden

estabilizarse como hábitos adultos los cuales representan a la larga, la causa de algunos problemas de salud.²⁰

También es una etapa en la cual el adolescente se encuentra en riesgo de tener alteraciones de la personalidad. La obesidad puede ser una causa de alteraciones en la percepción de su imagen, trayéndole múltiples consecuencias, tanto biológicas, psicológicas, sociales y del comportamiento, de ahí que es importante saber qué es lo que el adolescente piensa de sí mismo y cuáles podrían ser sus consecuencias.

En el artículo de insatisfacción por la imagen corporal y baja autoestima por la apariencia física se menciona. La distorsión de la imagen corporal como lo revelan diversos estudios, ha demostrado que afecta particularmente al género femenino, que por motivos de índole comercial constituyen el centro en la promoción de una imagen corporal ideal, creando un culto a la delgadez (Bener, A. Tewfik I. (2006).⁹

En México, el estudio de los trastornos alimentarios es reciente y se ha centrado sobre todo en población femenina en aspectos tales como la percepción de la imagen corporal (Ocampo, López, Álvarez y Mancilla, 1999; Román, Mancilla, Álvarez y López, (1998), la insatisfacción corporal (Gómez, 1995) y la influencia del modelo estético (Vázquez y cols., 2000).³⁴

Por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la auto percepción sobre su imagen corporal del adolescente?

1.16 Justificación

La obesidad es cada vez más frecuente en adolescentes con múltiples consecuencias para su salud, sin embargo no se cuenta con conocimiento acerca de la autopercepción que se tiene de la imagen corporal, de tal manera que una imagen

puede representar belleza o fealdad obesidad o delgadez, en concordancia con los patrones culturales y con aspectos internos regulados por la historia de un sujeto. Actualmente operan creencias, mitos familiares y sociales que conducen y moldean sus relaciones con los demás. Su identidad está atravesada por el ser gordo, adjetivo que estigmatiza y condiciona todas sus acciones, provocan una dura autocrítica y mayor ansiedad, que frecuentemente los lleva a comer compulsivamente. Otras de las consecuencias puede ser la depresión o conductas antisociales (agresividad, retraimiento entre otras) que refuerza el ser que no quiere ser. Lo ubican en una visión que se percibe sin salida y lo conducen a no poder construir otro sentido de la vida.¹³

Los efectos psicológicos negativos y las complicaciones cognitivas de estas enfermedades pueden persistir a lo largo de toda la vida: déficit neurocognitivos, y otros problemas emocionales, dificultades y rechazo sociales, estigmatizaciones, problemas de autoimagen y autoestima, problemas de inseguridad y distorsión de la imagen corporal. Todas estas complicaciones han dado lugar a un incremento de problemas conductuales, de cuadros de incapacidad para el aprendizaje y de problemas de personalidad durante la adolescencia. En ocasiones, especialmente debido a la influencia de los medios de comunicación y a la presión ejercida por la familia y los compañeros.³

Los problemas alimenticios comunes en los adolescentes pueden conducir a sobrepeso y obesidad; estos trastornos pueden ser causados por el sedentarismo, cambios en el estilo de vida y el auto-concepto que se refleja en la percepción errónea del cuerpo al querer parecer a los arquetipos difundidos por los medios de comunicación. Otras causas se refieren a que este grupo de edad está sometido a horarios escolares rígidos y actividades extraacadémicas.

Algunos jóvenes de nivel socioeconómico bajo emplean sus escasos recursos económicos para cubrir las necesidades mínimas familiares, lo cual genera la omisión de algunas comidas, especialmente el desayuno, situación que favorece la presencia de malos hábitos dietéticos.¹⁹

La información generada en este trabajo será importante, ya que abrirá nuevas líneas de investigación, para saber qué es lo que piensa el adolescente con sobrepeso y obesidad de su imagen, consideradas como posibles factores de riesgo para su salud, que involucra a su familia.

Tanto médicos como el demás personal de salud describirán el comportamiento de la obesidad, determinaran su pronóstico o los resultados de algún tratamiento. Por lo que es necesario un abordaje sistemático, conceptual y metodológico de la investigación en obesidad. Wadden y Stunkard han propuesto tres mecanismos fisiopatológicos para el abordaje 1) la obesidad puede ser un factor de riesgo para otros trastornos 2) puede ser un síntoma de otras condiciones patológicas 3) puede ser el estado final de regulaciones homeostáticas.⁸

1.17 Objetivos

1.17.1 Objetivo General

Identificar la insatisfacción de la imagen corporal y la autopercepción en adolescentes de una escuela secundaria de la ciudad de México.

1.17.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de sobre peso y obesidad en la población de estudio.
- Determinar si existe correlación con significancia estadística entre el IMC y la insatisfacción de la imagen corporal medida con el cuestionario BSQ
- Determinar si existe correlación con significancia estadística entre el IMC y la insatisfacción de la imagen corporal medida con el cuestionario BSQ, en función de las variables de estudio; sexo y edad.
- Determinar si existe correlación con significancia estadística entre los resultados de insatisfacción de la imagen corporal y los resultados de auto percepción.
- Determinar si existe correlación con significancia estadística entre los resultados de insatisfacción de la imagen corporal y los resultados de auto percepción, en función de las variables de estudio; sexo y edad.

1.18 Hipótesis

HO: No habrá correlación con significancia estadística entre el IMC y la autopercepción de la imagen corporal del adolescente.

HA: Si habrá correlación con significancia estadística entre el IMC y la autopercepción de la imagen corporal del adolescente.

HO: No habrá correlación con significancia estadística en función del sexo y

edad entre el IMC y la autopercepción de la imagen corporal del adolescente.

HA: Si habrá correlación con significancia estadística en función del sexo y edad entre el IMC y la autopercepción de la imagen corporal del adolescente.

HO: No habrá correlación con significancia estadística entre la insatisfacción de la imagen corporal y la autopercepción en el adolescente

HA: Sí habrá correlación con significancia estadística entre la insatisfacción de la imagen corporal y la autopercepción en el adolescente

HO: No habrá correlación con significancia estadística entre la insatisfacción de la imagen corporal y la auto percepción en el adolescente en función de las variables de estudio.

HA: Sí habrá correlación con significancia estadística entre la insatisfacción de la imagen corporal y la auto percepción en el adolescente en función de las variables de estudio.

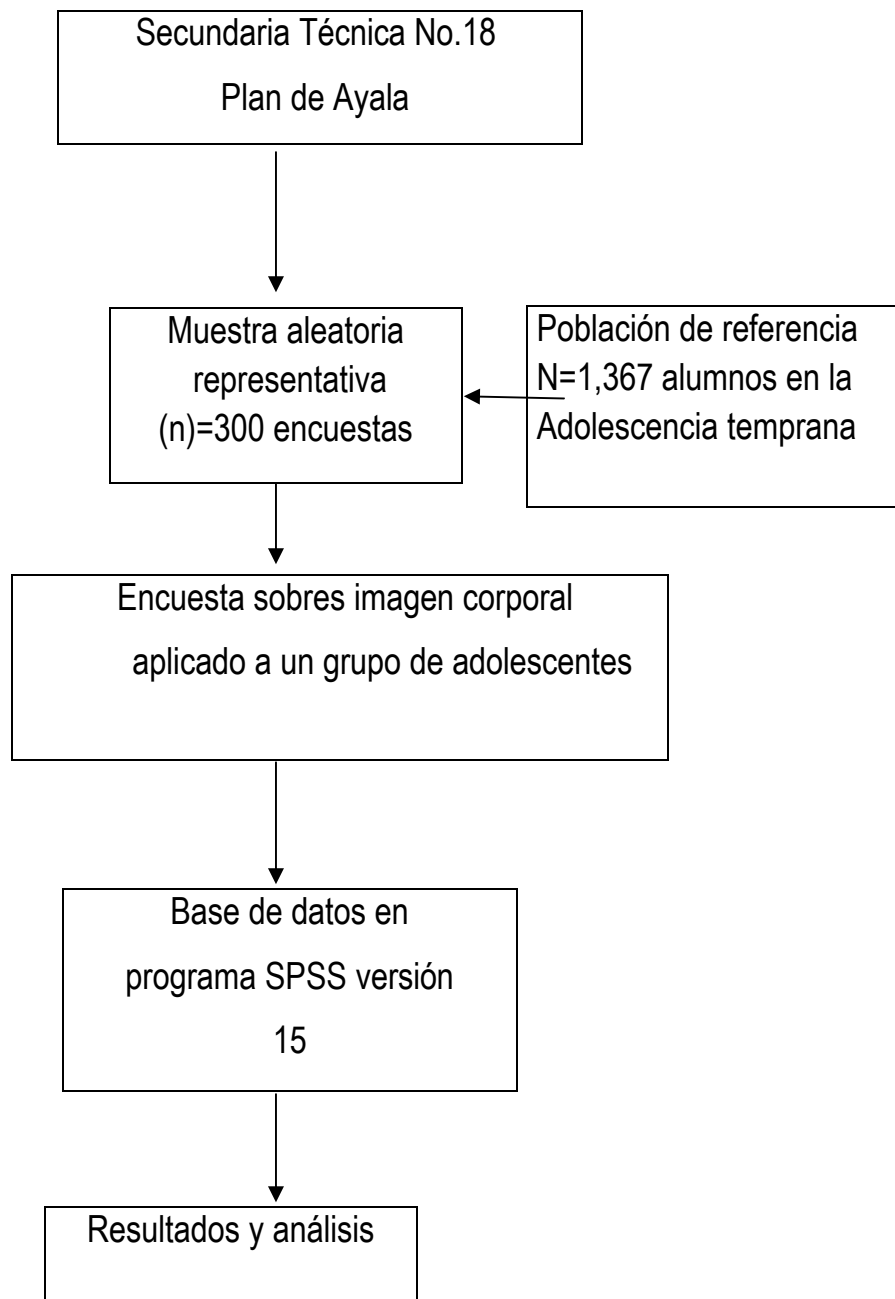
2- MATERIAL Y METODOS

2.1 Tipo de Investigación

- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información es un estudio: **Prospectivo**.
- Según el número de la variable o el periodo y secuencia de la investigación es un estudio: **Transversal**.
- Según el control de las variables y alcance de los resultados, es un estudio: **Analítico**

- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza es un estudio: **Observacional**

2.2 Diseño del estudio



-
-

- El estudio se realiza en una Secundaria Técnica de la Zona Sureste de la Ciudad de México, con previa autorización del Comité de Ética e Investigación.
- La población de referencia fue de 1,367 alumnos en la adolescencia temprana, se obtuvo una muestra de 300.3 alumnos.
- Los alumnos incluidos en el estudio se encuentran entre las edades de 9 a 14 años de la secundaria técnica.
- Se obtuvo la muestra a través de una tabla probabilística, hasta completar la muestra de los tres grados y de todos los grupos, de los dos turnos
- Se aplica una carta de consentimiento informado
- Se aplica el cuestionario, una vez se haya autorizada la carta informativa de participación

2.3 Población de estudio

Estudiantes de la secundaria técnica de la zona sureste del Distrito Federal, Inscritos regularmente en el ciclo escolar 2010-2011, que se encuentran en la adolescencia temprana

2.4 Tipo y tamaño de la muestra

Muestreo probabilístico con base en tabla de números aleatorios. Cálculo del tamaño de la muestra con base en el conocimiento del número poblacional menor a 10,000 en un estudio observacional.

$$n = Z^2 pq N / NE^2 + Z^2 pq$$

➤ n = tamaño de la muestra

- Z = es el nivel de confianza = 95%. Valor de z = 1.96
- P y q = variabilidad del fenómeno: ($p=0.5$ y $q = 0.5$).
- E = es la precisión o error = 0.05
- N = tamaño de la población = 1367

$$n = 300.3$$

2.5 Criterios de selección

2.5.1 Criterios de inclusión

- Alumnos inscritos pertenecientes a la secundaria técnica No. 18
- Alumnos en la adolescencia temprana de acuerdo a la clasificación de la OMS de 9 a 14 años.
- Que deseen cooperar con el estudio de manera voluntaria a través de la firma de un consentimiento informado. (ANEXO # 1)
- Que sean de ambos sexos

2.5.2 Criterios de exclusión

Alumnos que no se presenten a la escuela el día de aplicación de los cuestionarios

Alumnos con alguna discapacidad que les impida contestar los cuestionarios

2.5.3 Criterios de eliminación

Que no contesten el cuestionario completo

2.6 Variables

2.6.1 variables independientes

Sexo

Edad

2.6.2 Variables dependientes

Resultados del cuestionario (BSQ)

Índice de Masa Corporal (IMC)

Resultados del cuestionario Preventing and Managing the Global Epidemic (PMGE)

Nombre de la variable	Tipo de Variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o código
Sexo	Cualitativa	nominal	a) Masculino b) Femenino
Edad	Cuantitativa	continua	Numero consecutivo
Cuestionario BSQ	Cualitativa	ordinal	Buena imagen (34-90 pts) Regular imagen (91-147 pts) Mala imagen (148-204 pts)
IMC (OMS)	Cualitativa	Ordinal	Menor a 18.5 Peso adecuado 18.5-24.9 Sobrepeso 25.0-29.9 Obesidad I 30-34.9 Obesidad II 35-39.9 Obesidad III >- 40
Cuestionario del Preventing and Managing the Global Epidemic	Cualitativa	Ordinal	1.- Delgado 2.- Normal 3.- Sobrepeso 4.- Obesidad

3.0 Organización de la Investigación

3.1 Análisis estadístico

Se utiliza estadística descriptiva a través de tablas de frecuencia y medidas de tendencia central, como el promedio aritmético, así como medidas de dispersión, como desviación estándar, en las variables cuantitativas.

Para contrastar las hipótesis planteadas se utiliza estadística inferencial con la prueba de coeficiente de correlación de Pearson cuando las variables fueron medidas a nivel escalar y el coeficiente Rho de Spearman, cuando el nivel de medición fue ordinal.

Para comparar los resultados del cuestionario BSQ en función del sexo y la edad se utilizó la prueba t de student de muestras independientes.

Para contrastar hipótesis se estableció un nivel de significancia de 0.05

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15

3.2 Instrumentos de captación de la información

Para la identificación de los datos de cada participante, se utiliza la (Cedula de identificación), la cual consta de Nombre, Edad, Sexo, Grado escolar, IMC = Índice de Masa Corporal (Peso/talla 2). Esta es proporcionada de manera confidencial por cada uno de los participantes.

(ANEXO # 2)

Para la evolución de la insatisfacción de la imagen corporal en adolescentes, se utilizara el Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cuestionario sobre Forma Corporal) diseñado por Cooper, Tayler, Cooper y Fairburn (1987) y adaptado a población española por Raich et al. (1996a). (ANEXO # 2).

La decisión de utilizar este cuestionario se fundamenta en varias cuestiones: estar adaptado en población española, ser una prueba específica para la evaluación de insatisfacción corporal, su brevedad (34 ítems) y su facilidad de aplicación. El cuestionario consta de 34 ítem referentes a la autoimagen que se evalúan mediante una escala de frecuencia de seis puntos.

(1=Nunca, 2=Raramente, 3=A veces, 4=A menudo, 5=Muy a menudo, 6=Siempre).

De modo que el rango de prueba es 34 – 204.¹⁰

Para determinar la percepción de la imagen corporal se diseñó un cuestionario de autoregistro validado por expertos, especialistas en nutrición, medico-nutriólogos sociólogos y psicólogos clínicos (Preventing and Managing the Global epidemic (1997) con cuatro alternativas diferentes. (Delgado, Normal, Sobrepeso y obesidad).⁽⁹⁾

Se utiliza para contestar el cuestionario el permiso de sus padre o tutor, para esto se otorga, la carta de consentimiento de participación voluntaria, la cual tiene que ser firmada

3.3 Cronograma de actividades

Ver anexo 3.

3.4 Recursos

3.4.1 Recursos humanos

Dra. Catalina Monrroy Caballero

MC Alberto González Pedraza Avilés

Dr. José Luis Aceves Palma

3.4.2 Recursos materiales y físicos

Lápices	Hojas	Memoria USB	Computadora laptop	Carpeta	Estadiómetro	Bascula	Aula de la secundaria
2	100	1	1	1	1	1	1

3.4.3 Recursos financieros

Estuvieron a cargo del investigador

3.5 Consideraciones éticas

Esta investigación cumple con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan los seres humanos contenidos en la declaración de “Helsinki” de la Asociación Medica Mundial, de 1964, enmendada en la 52ª. Asamblea General Mundial, celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre de 2000, así como de sus posteriores modificaciones, incluyendo Seúl, Corea 2008.³⁵

La investigación cumplió los criterios de acuerdo al Reglamento General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país. ³⁶, el presente trabajo se apega al título segundo, capítulo 1 (uno), “investigación sin riesgo” debido a que los individuos que participan en el estudio, únicamente aportan datos a través de la entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales.

Así también la investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

Se solicitó además la participación voluntaria a los padres de los Escolares “Adolescentes” mediante un texto que les fue enviado, invitado que dejaran participar

a sus hijos. Dicho texto constituye la sección de consentimiento de participación voluntaria.

4. RESULTADOS

El número total de alumnos en el estudio fue de 253 con un promedio de edad de 13.1+/- 0.8, de los cuales 122 (48.2%) eran del sexo masculino y 131 (51.8%) eran del sexo femenino. Los resultados de las características del grupo se presentan en la **tabla 1**.

Con respecto al cuestionario de insatisfacción de la imagen corporal BSQ (*Body Shape Questionnaire*) 30 alumnos (11.9 %) tuvieron una insatisfacción de su imagen regular y sólo 8 (3.2%) calificaron como con mala insatisfacción de su imagen. Los resultados se presentan en la **tabla 2**.

Respecto a la imagen corporal de los participantes, el 60.5 % se perciben con una imagen corporal normal, el 20.2 % se perciben delgados, un 17.4 % se perciben con sobre peso y sólo el 2.0 % con obesidad. Los resultados se presentan en la **tabla 3**.

En relación a los resultados del Índice de Masa Corporal (según OMS) 38 alumnos (15 %) tuvieron un IMC menor a 18, esto es, considerados de peso bajo según la clasificación, 40 alumnos, (15.8%) presentaron sobre peso, y sólo nueve, (3.6%) algún grado de obesidad. Los resultados se presentan en la **tabla 4**.

Con respecto a la correlación entre el índice de masa corporal y la insatisfacción de la imagen medida a través del cuestionario BSQ, se tuvo una correlación baja (.141) pero con significancia estadística ($p=.025$), cuando las variables fueron medidas a

nivel ordinal.

El mismo análisis pero con nivel de medición escalar en ambas variables, presentó un coeficiente de correlación de .279 (igualmente bajo), y una significancia estadística de 0.000007. Estos resultados se presentan en **tablas 5 y 5A**.

Al realizar el análisis estadístico inferencial en función de las variables de estudio, se obtuvo lo siguiente:

Para el sexo: el coeficiente de correlación fue bajo para ambos grupos pero ligeramente superior el de los hombres (.355 vs .215), aunque ambos con significancia estadística ($p=.000$ en hombres y $p=.014$ en mujeres). Resultados en **tabla 6**

Al analizar si se presentan diferencias entre los sexos en el cuestionario de insatisfacción de la imagen (BSQ), se obtuvo significancia estadística ($p=0.000$) puntuando más alto las mujeres ($X= 53.8$ para los hombres vs 72.8 para las mujeres).

Para la edad: los resultados muestran en mismo comportamiento que para el sexo, baja correlación pero con significancia estadística. Resultados en **tabla 7**.

Al analizar si se presentaron diferencias entre los grupos de edad del mismo cuestionario, no se obtuvo significancia estadística ($p=.909$), con promedio de 63.1 para los alumnos de 11 y 12 años y de 63.8 para los de 13 y 14 años.

Al hacer el análisis de correlación entre el cuestionario de insatisfacción de la imagen BSQ y el cuestionario de auto percepción se obtuvo una moderada correlación (.516), pero ésta es del tipo lineal inversa ($p= -.041$) con significancia estadística. Resultados en **tabla 8**.

El mismo análisis pero al dividir al grupo por sexo, se obtienen igualmente coeficientes de correlación moderados (.685 para hombres y .664 para mujeres), también en

ambos casos con significancia estadística y correlación lineal inversa. Resultados en **tabla 9**.

Para la edad, el coeficiente de correlación para los alumnos de 11 y 12 años fue alto (.929) con significancia inversa ($p=-0.11$), mientras que para los de 13 y 14 años fue moderada (.487) y sin significancia estadística ($p=0.51$) resultados en **tabla 10**.

TABLA 1.- Características de la población de estudio

Grado escolar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
primero	80	31.6	31.6
segundo	105	41.5	73.1
tercero	68	26.9	100.0
Total	253	100.0	
Sexo de los alumnos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
masculino	122	48.2	48.2
femenino	131	51.8	100.0
Total	253	100.0	
Edad de los alumnos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
11	1	.4	.4
12	66	26.1	26.4
13	92	36.4	62.8
14	94	37.2	100.0
Total	253	100.0	

TABLA 2.- Resultados del cuestionario (BSQ) insatisfacción de la imagen corporal

Resultados del cuestionario BSQ ordinal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
34 a 90 puntos	215	85.0	85.0
91 a 147 puntos	30	11.9	96.8
148 a 204 puntos	8	3.2	100.0
Total	253	100.0	

TABLA 3.- Resultados de auto percepción según cuestionario español

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Delgado	51	20.2	20.2	20.2
Normal	153	60.5	60.5	80.6
Sobrepeso	44	17.4	17.4	98.0
Obesidad	5	2.0	2.0	100.0
Total	253	100.0	100.0	

TABLA 4.- Resultados del índice de masa corporal (IMC)

IMC ordinal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 18	38	15.0	15.0
18 a 24.9	166	65.5	80.6
25 a 29.9	40	15.8	96.4
30 a 34.9	7	2.8	99.2
35 a 39.9	2	.8	100.0
total	253	100.0	

TABLA 5.- Resultados del análisis de correlación entre el IMC y el Cuestionario BSQ con variables ordinales

Medición		Ordinal	Índice de masa corporal ordinal	Resultados cuestionario BSQ ordinal
Rho Spearman	Índice de masa corporal IMC	Coeficiencia de correlación Sig. bilateral N	1.000 253	.141* .025 253
	Resultados cuestionario BSQ	Coeficiencia de correlación Sig. bilateral N	.141* .025 253	1.000 253

TABLA 5A.- Resultados del análisis de correlación entre el IMC y el cuestionario BSQ con variables escalares

Medición	Escarlar	Índice de Masa corporal IMC	Resultados del cuestionario BSQ
Índice de masa corporal IMC	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 253	.279** P=000007 253
Resultados del cuestionario BSQ	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.279** .000 253	1 253

****La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)**

TABLA 6.- Resultados del análisis de correlación por sexo entre el IMC y el cuestionario BSQ

Sexo	de los	alumnos	Índice de masa corporal (IMC)	Resultados del cuestionario (BSQ)
Masculino	IMC	Correlación de Pearson	1	.355 **
		sig. (bilateral)		.000
		N	122	122
	BSQ	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.355**	1
		N	000	122
		N	122	122
Femenino	IMC	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1	.215*
		N	131	.014
		N	131	131
	BSQ	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	.215*	1
		N	.014	131
		N	131	131

**** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral) *La correlación es**

significativa al nivel 0.05 (bilateral)

TABLA 7.- Resultados del análisis de correlación por edad entre el IMC y el cuestionario BSQ

Edad	Por	Grupos	Índice de Masa Corporal	Resultados del Cuestionario BSQ
11 y 12 años	IMC	Correlación de Pearson	1	.295*
		Sig. (bilateral)		.015
		N	67	67
	BSQ	Correlación de Pearson	.295*	1
		Sig. (bilateral)	.015	
		N	67	67
13 y 14 años	IMC	Correlación de Pearson	1	.280**
		Sig. (bilateral)		.000
		N	186	186
	BSQ	Correlación de Pearson	.280**	1
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	186	186

- La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral) ** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

TABLA 8.- Resultados de la correlación entre el cuestionario BSQ insatisfacción de la imagen y el cuestionario de auto percepción

			Resultados cuestionario BSQ ordinal	Resultados autoimagen cuestionario español
Rho de Spearman	Resultados cuestionario BSQ ordinal	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1.000 253	-.041 .516 253
	Resultado de autoimagen cuestionario español	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	-.041 .516 253	1.000 253

Tabla 9.- Correlación entre el BSQ de insatisfacción de la autoimagen y la auto percepción en función del sexo

Sexo de los alumnos				Resultados cuestionario BSQ ordinal	Resultados cuestionario autoimagen
masculino	Rho de Spearman	Resultados cuestionario BSQ ordinal	Coeficiente de correlación sig. (bilateral) N	1.000 122	-.037 .685 122
		Resultado de autoimagen cuestionario español	Coeficiente de correlación sig. (bilateral) N	-.037 .685 122	1.000 122
femenino	Rho de Spearman	Resultados cuestionario BSQ ordinal	Coeficiente de correlación sig. (bilateral) N	1.000 131	-.038 .664 131
		Resultado de autoimagen según cuestionario español	Coeficiente de correlación sig. (bilateral) N	-.038 .664 131	1.000 131

Tabla 10.- Correlación entre el cuestionario BSQ de insatisfacción de la imagen y la auto percepción en función de la edad

Edad	por	grupos		Resultados cuestionario BSQ ordinal	Resultados cuestionario autoimagen
11 y 12 años	Rho de Spearman	Resultados cuestionario BSQ ordinal	Coeficiente de correlación sig. bilateral N	1.000 67	-.011 .929 67
		Resultados de autoimagen	Coeficiente de correlación sig. bilateral N	-.011 .929 67	1.000 67
13 y 14 años	Rho de Spearman	Resultados cuestionario BSQ ordinal	Coeficiente de correlación sig. bilateral N	1.000 186	-.051 .487 186
		Resultados de autoimagen	Coeficiente de correlación sig. bilateral	-.051 .487 186	1.000 186

5.- DISCUSION

Banfield y McCabe (2002),³⁷ han señalado que en los últimos años la imagen corporal ha tomado un inmenso auge en las sociedades modernas, muchas de las cuales han creado toda una subcultura basada en la percepción y la importancia de la imagen ideal. De igual forma, los referidos autores han resaltado la influencia de los medios de comunicación y la presión social entre los factores de mayor influencia para seguir una imagen ideal, que en muchas ocasiones es imposible o difícil de alcanzar.

Según Brown, Cash y Milkulka (1990),³⁸ la imagen corporal incluye múltiples dimensiones como las actitudes, la cognición, el comportamiento, los afectos, el miedo a ser obeso, la distorsión del cuerpo, la insatisfacción corporal, la evaluación, la preferencia por la delgadez, la restricción al comer y la percepción.

La percepción de la imagen corporal es parte integral del funcionamiento de una persona y una distorsión de la misma puede llevar o contribuir a una condición más seria, como lo son los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TAC). Los más prevalentes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

No existen muchos estudios realizados en México sobre la evaluación de la insatisfacción corporal, y menos todavía en la población de adolescentes, así mismo son pocos los estudios acerca de la autoimagen en este mismo grupo poblacional.

En relación con la auto imagen, en este estudio obtuvimos un 15.1% de alumnos con valores medios y bajos, Vázquez A y col,³⁴ utilizando el mismo cuestionario obtuvieron 6.6% pero realizando un punto de corte en 110, ajustando nuestros resultados a ese mismo punto, obtuvimos 10.1% de alumnos con mala auto imagen.

El promedio en la puntuación del cuestionario en nuestro estudio fue de 63.6, (53.8 para los hombres y 72.8 para las mujeres). Estos resultados están por debajo de los reportado por autores como Cooper y col,³⁹ en la validación del *BSQ*, informan que la media en mujeres anglosajonas sin patología es 81,5. Raich y col,⁴⁰ en la adaptación en España del *BSQ* en 1996, encontraron entre estudiantes universitarias una puntuación media de 84,75 y una desviación típica de 30,42. Las diferencias en los resultados bien pudieran estar dadas por el tipo de poblaciones de estudio.

En cuanto a la percepción de la imagen corporal de los estudiantes, el 20.2% se percibieron como delgados y el 17.4% con sobrepeso, López A y col⁹, reportaron en su artículo con estudiantes venezolanos resultados similares con 25.9% que se percibieron como delgados y 11.6% con sobre peso

En relación con la influencia en los resultados de las variables consideradas, se obtuvo que para el sexo si se presentaron diferencias con significancia estadística, encontrándose auto imagen más negativa en las niñas. López Atencio P y col,⁹, refieren que la población femenina reportó una media de insatisfacción significativamente más alta en relación con los hombres. Lo que parece evidenciar, que la insatisfacción con la imagen corporal se asocia con el sexo y debería

analizarse desde esta perceptiva.

La distorsión de la imagen corporal como lo revelan este y otros estudios, ha demostrado que afecta particularmente al género femenino, que por motivos de índole comercial constituyen el centro en la promoción de una imagen corporal ideal, creando un culto a la delgadez.

Según lo refieren Ramos Valverde y col,⁴¹ las diferencias de sexo comentadas no sólo tienen importancia en la valoración de la imagen corporal que realizan los adolescentes, sino también en las conductas que los jóvenes llevan a cabo para controlar su peso, concretamente la de hacer dieta para adelgazar es mucho más frecuente en las chicas (15%) en comparación con los chicos (9.5%), así como el hecho de no hacer dieta, pero creer que deberían perder algo de peso (31.3 y 21% respectivamente)

La imagen corporal hoy constituye la base de muchos estudios desde el punto de vista sociológico en virtud de que la percepción de la misma es uno de los factores de riesgo asociado a los trastornos de la conducta alimentaria. Dichos trastornos ya no constituyen solamente un problema de salud pública en los países desarrollados, sino también en aquellos donde su perfil de salud está caracterizado por altos niveles de pobreza.

Con respecto a la otra variable de análisis, los grupos de edad, en este estudio no encontramos diferencias estadísticas significativas, Baile A y col,¹⁰ mencionan en su artículo, que los niños de 12 y 13 años muestran niveles bajos de insatisfacción

corporal y que ésta aumenta sólo cuando se incrementa la edad. Esta afirmación habría que matizarla con la apreciación de si el BSQ es capaz de evaluar la insatisfacción corporal en éste intervalo de edad con la suficiente sensibilidad.

Al realizar el análisis para correlacionar la insatisfacción de la imagen corporal y la percepción, obtuvimos una correlación de moderada a alta con significancia estadística. López A y col,⁹ observaron en su estudio que los sujetos con percepción de sobre peso registraron niveles de insatisfacción superiores a la media (120 puntos), y los que se percibieron como delgados alcanzaron valores por debajo de la misma. Refieren también que las diferencias entre las medias de insatisfacción según el tipo de imagen corporal percibida fueron estadísticamente significativas ($p= 0.001$), por lo tanto es evidente que el nivel de insatisfacción de los participantes puede estar asociado con su imagen corporal percibida.

6.- CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

El adolescente tiene como tarea esencial, elaborar y construir una identidad propia, definida y diferente, que le permita presentarse al mundo de manera autónoma, coherente y responsable.

Algunas veces, este desarrollo puede configurarse con un alto riesgo, y puede con mayor probabilidad comprometer el desarrollo presente y futuro del adolescente.

Los hallazgos encontrados en este estudio pudieran tener implicaciones para la prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos de los adolescentes con alteraciones en la distorsión de su imagen corporal, particularmente aquellos que manifiestan niveles de insatisfacción con su imagen más altos.

En relación con el sexo, las conclusiones están en la línea de lo investigado hasta

ahora. Las mujeres tienen una mayor presión social hacia una determinada imagen corporal, y quizás menos recursos personales de crítica y auto aceptación, lo que genera una mayor insatisfacción corporal que en los hombres. Muchas adolescentes no presentan ningún problema con su peso, sin embargo se perciben con algún grado de sobrepeso e incluso con obesidad, lo que puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria.

Los responsables de las escuelas, directivos, supervisores maestros, junto con personal de salud y los padres de familia les corresponden involucrarse más con la educación de sus hijos así como con su salud. La creación de estrategias encaminadas a la prevención e identificación oportuna de estos trastornos es de vital importancia, pues de ella se pueden derivar no solo problemas relacionados con la salud física, también con la salud mental, con una mala socialización e incluso con su rendimiento académico y ser incluso una forma de violencia.

En las escuelas la aplicación real de un examen médico, en el que se incluya la identificación a priori de algún grado de insatisfacción de su imagen corporal, podría dar la pauta para la vigilancia del comportamiento del adolescente.

Es por eso que se exhorta a las autoridades, la realización de algún programa piloto encaminado a esta vigilancia.

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Canizales-QS, Aspectos genéticos de la obesidad humana. Rev. Endocrinol Nutri. 2008; 16 (1): 9-15
- 2.- R. Martínez y Martínez. La salud del niño y del adolescente. 5th ed. Manual Moderno
- 3.- Jerry M. Wiener, Mina K. Dulcan. Tratado de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia
- 4.- Fanghanel S. Obesidad principal problema de salud del nuevo siglo. Rev. Endocrinol Nutri. 2001; 9 (2): 48
- 5.- Holgado B, Martínez MA, Martínez JA. Obesidad. In: J. Alfredo Mz, Iciar An, Herlinda MI. Alimentación y Salud pública. New York: McGraw-Hill. Interamericana; 2002. p 189-197
- 6.- Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. 2007; 24 (1): 22-26
- 7.- Ortiz-RO: Obesidad en la niñez: La pandemia. Rev. Mex Pediatr 2009; 76 (1): 38-43
- 8.- Vázquez-VV, López-AJ, Psicología y obesidad. Rev. Endocrinol Nutri 2001; 9 (2): 91-96
- 9.- López-AP, Prado-PJ, Montilla-M, Molina-VZ, Da Silva-G, Arteaga-F, Insatisfacción por la imagen corporal y baja autoestima por la apariencia física en estudiantes de la facultad de medicina de la universidad de los andes del estado de Mérida Venezuela. Rev. MHSalud, 2008; 5 (1): 1-5
- 10.- Baile-AJ, Guillen-GF, Garrido-E, Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. Rev. Int Psicol Clín y de Salud 2002; 2 (3): 439-450.
- 11.- Rubinstein-A, Terrasa-S, Durante-E, Rubinstein -E, Carrete-P, Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Panamericana 2001. p 1009-1019

- 12.- Greenspan-F, Gordener-D, Endocrinología Básica y Clínica, Manual Moderno 2005. p 851-872
- 13.- Vargas Ancona L. Obesidad consenso. México. Fundación Mexicana para la salud, A.C. McGraw-Hill Interamericana. 2002; 49-59
14. - American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR. Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- 15.- Xi B, Liu C, Chou CP, Xia J, Spruit-Metz D, Gong J. Weight perception and psychology factors in adolescents. J adolescents Health. 2003; 33: 202-210.
16. - Buddeberg B, Klaghofer F, y Ree V. Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female adolescents. Psychotherapy and Psychosomatics.1999; 68: 325-338
- 17.- Ramos VP, Rivera SF, Moreno RC, Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. Rev. Científica de America Latina, el Caribe, España y Portugal. 2010; 22 (1): 77-83.
18. - Rudolph CD, Rudolph AM, Hostetter MK, Lister G, Siegel NJ. Pediatría de Rudolph. 21. a ed. Mc Grauw-Hill. Interamericana. Pp 253-256
- 19.- Sánchez OC, Díaz RJ, Aispuro RM. Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México. Arch Med Fam. 2008; 10 (1): 7-9
- 20.- Petrillo G, Osorio GM, Donizzetti A. Contribución a la validación de la escala de Auto percepción del riesgo en Adolescentes Mexicanos. Rev. Electrónica de Psicología Iztacala. 2009, 12 (3), 133-154.
- 21.- Nieto ZJ, Bracho BE, Ondorica FR. Cirugia bariátrica en los niños: Necesidad o exageración. Bol. Med. Hosp. Infantil de México Federico Gómez. 2009
- 22.- Solange Heller-R. La transición nutricia: un fenómeno mundial. Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hosp Infant Méx. Federico Gómez. 2009, 66: 107-108

- 23.- González HM, Bastidas RB, Ruiz MB, Godínez S. Funciones endocrinas de la célula adiposa. Rev. Endocrinol y Nutr. 2002; 10 (3): 140-146.
- 24.- García Soto N. Leptina. Rev. Endocrinol y nutr, 2007, 15 (3):132-137
- 25.- Domínguez Reyes C. Adiponectina: El tejido adiposo más allá de la reserva inerte de energía. Rev. Endocrinol y nutr 2007; 15 (3): 149-155.
- 26.- Rincón Jarero J. Ghrelina, un péptido modulador del metabolismo energético. Rev. Endocrinol y nutr 2007; 15 (3): 138-148.
- 27.- Romero Zazueta A. Polipéptido insulínotropo dependiente de glucosa y péptido semejante al glucagón tipo 1: acciones fisiológicas e implicaciones en la diabetes tipo 2 y la obesidad. Rev. Endocrinología y nutrición 2007; 15 (3): 156-164
- 28.- Blancas FG, Almazan PJ, Lopez RR, Alarcon AF, Garcia MR, Cruz M. La obesidad como un proceso inflamatorio. Bol Med Hosp Infant Mex, 2010, 67, pp. 88-97.
29. - De Ferranti S, Mozaffarian D. La tormenta perfecta: obesidad, disfunción del adipocito y consecuencias metabólicas. Art. Rev. Publicado en Clinical Chemistry.2009 34 (2), pp. 95-108.
- 30.- Ministerio de Sanidad y Política Social; Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantoyjuvenil. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. 2009.
- 31.- Garza ET, Ramírez AJ, Gutiérrez HR. Relación de colaboración médico-paciente-familia. Arch. Med Fam. 2006; 8 (2): 57-62
- 32.- Consenso académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, Elementos esenciales de la Medicina Familiar Conceptos Básicos para el Estudio de las familias Código de Bioética en Medicina Familiar, 2005
- 33.- Irigoyen CA, Morales LH. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar, Medicina Familiar Mexicana, 2000, 45-57.
- 34.- Vázquez AR, López AX, Álvarez RG, Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. Rev. Científica de América Latina 2006, 11, (1), pp. 187-197.

- 35.- Declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial. Adoptado en la 18ª. Asamblea Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y Enmendada en la 52ª. Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre de 2000.
- 36.- Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaria de salud, México. 3 feb. 1983
- 37.- Banfield SS, McCabe MP. An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*. 2002; 37, 373-393.
- 38.- Brown T A, Cash TF, Mikulka, PJ. Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*. 1990; 55,135-144.
- 39.- Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*. 1987; 6, 485-494.
- 40.- Raich RM, Mora M, Soler A, Avila C, Clos I, Zapater L. Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*. 1996; 7, 51-66.
- 41.- Ramos Valverde P, Rivera de los Santos F, Moreno RC. Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema* 2010, 22 (1): 77-83

8.- ANEXOS

ANEXO 1 Carta de Consentimiento Informado



ISSSTE



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.

Título del protocolo:

INSATISFACCION DE LA IMAGEN CORPORAL Y AUTOPERCEPCION EN ADOLESCENTES DE UNA SECUNDARIA DE LA CIUDAD DE MEXICO.

Investigador principal: Dr. JOSE LUIS ACEVES PALMA

Sede donde se realizará el estudio: SECUNDARIA TECNICA No. 18 PLAN DE AYALA

Nombre del alumno: _____

A usted se le está invitando permitir que su hijo participe en este estudio de investigación médica. Este proceso se conoce como consentimiento informado.

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido.

La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en que mi hijo (a) participar en este estudio de investigación.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

ANEXO 2 Cedula de Identificación

Nombre.-

Edad.-

Grado escolar

Índice de Masa Corporal (IMC)

Sexo.-

Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cuestionario Sobre Forma Corporal) de Cooper et al. Adaptado a la Población Española por Raich et al. (1996).

(1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = A veces, 4 = A menudo, 5 = Muy a menudo, 6 = 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 tus músculos no sea los suficientemente firmes?
- 6.- ¿Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿ te ha hecho sentirte gordo/a?
- 7.- ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?
- 8.- ¿Has evitado correr para que tu cuerpo no botara?
- 9.- ¿Estar con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho fijar en su 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/do (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda/o?
- 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/o ?
- 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 o redondeada/o?
- 20.- ¿Te has sentido/a 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 estomago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana?)
- 23.- ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?
- 24.- ¿Te ha preocupado que otra gente vea llantas alrededor de tu cintura y Estómago ?
- 25.- ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/ que tu?
- 26.- ¿Has vomitado para sentirte más delgada/o?
- 27.- Cuando estas 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 cuerpo tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?
- 29.- Verte reflejada/o 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 cuanta grasa tenias?
- 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 mas delgada/o ?
- 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

ANEXO 3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Etapa/actividad	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Marco teórico	X	X	X									
Material y métodos			X	X								
Registro y autorización del proyecto					X							
Prueba piloto					X							
Etapa de ejecución del proyecto					X	X						
Recolección de datos					X	X						
Almacenamiento de datos						X	X					
Análisis de datos							X	X				
Descripción de resultados								X				
Discusión de resultados								X	X			
Conclusiones del estudio									X			
Integración y revisión final										X		
Reporte final										X		
Autorizaciones										X		
Impresión de trabajo											X	X
Solicitud de examen de tesis												X