



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACION E  
INVESTIGACION EN SALUD  
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR



**ASOCIACION DE LA PERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES CON SOBREPESO U OBESIDAD  
DE LA UMF NO. 33 "EL ROSARIO"**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DR. JOSE CASTILLO HEREDIA**

MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33 "EL ROSARIO"

ASESORAS DE TESIS:

**DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO**

MÉDICO FAMILIAR Y PROFESORA ADJUNTA DEL  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO

**DRA. TERESITA DE JESUS MARQUEZ SIMONS**

MÉDICO FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO



JEFATURA DE ENSEÑANZA  
U. M.F. No. 33

CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



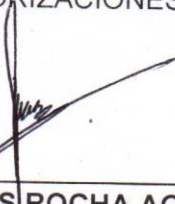
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.

AUTORIZACIONES



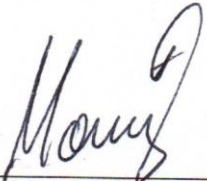
---

**DR. ANDRES ROCHA AGUADO**  
COORDINADOR CLINICO DE  
EDUCACION E INVESTIGADOR EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO".



---

**DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO EN ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO".



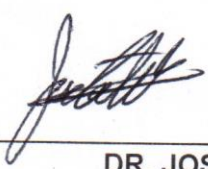
---

**DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO**  
PROFESORA ADJUNTA AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO".  
ASESORA DE TESIS



---

**DRA. TERESITA DE JESUS MARQUEZ SIMONS**  
MÉDICO FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"  
ASESORA DE TESIS



---

**DR. JOSE CASTILLO HEREDIA**  
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO".  
AUTOR DE LA INVESTIGACIÓN

## AGRADECIMIENTOS

Al excelentísimo hermano Naasón Joaquín García, con todo mi corazón y amor fraternal, mi más amplio reconocimiento a su alta investidura de Apóstol, Predicador y Maestro en Fe y en Verdad; porque él fue quien sembró en mí la fe y por su predicación hizo presente a Cristo en mi alma y, en el ejercicio de su cátedra, me enseñó a ser adorador en espíritu y en verdad de Dios Omnipotente.

A mi esposa Loida, compañera de vida y Fe, a mi hijo Saharaim Ozem, mi hija Génesis En-hacore.

Padres: Catarina y José, a mi hermano Atlai.

Suegros: Guillermina y Gertrudis.

Asesores, Autoridades, en especial a la Doctora Mónica, por ejercer los pilares de la educación y facilitar el aprendizaje.

A todos ellos, que **Dios les pague y les bendiga siempre.**

## ÍNDICE

<b><u>APARTADOS</u></b>	<b><u>PAGINA</u></b>
1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Antecedentes	11
4. Planteamiento del problema	12
5. Objetivos	13
6. Material y métodos.	14
7. Resultados	15
8. Tablas y gráficas	15
9. Criterios de selección	16
10. Discusión	16
11. Conclusiones	17
12. Bibliografía	18
13. Anexos	20

## 1. RESUMEN

Castillo HJ<sup>1</sup>, Osorio GM<sup>2</sup>, Márquez ST<sup>3</sup>. Asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres de la UMF no. 33 "el rosario"

**Introducción:** La discrepancia en la imagen corporal podría ser un determinante para no buscar atención nutricional o modificar estilos de vida. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres de la UMF no. 33 "el rosario". **Material y métodos:** Se realizó un estudio correlacional, de casos y controles, calculando una muestra (IC 95%) de 140 mujeres que se percibían más delgadas de lo que en realidad eran (Casos) y 240 mujeres que se percibían igual o más obesas (controles). Se utilizó un método pictórico para determinar la percepción de la imagen corporal y se contrastó con la imagen de acuerdo al índice de masa corporal; se les aplicó un cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario y variables sociodemográficas. El análisis se realizó con la prueba estadística ji-cuadrada  $\chi^2$ . **Resultados:** no se observó asociación entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria (P 0.641). Se observó asociación entre la discrepancia en la imagen corporal y la dificultad para leer etiquetas nutrimentales (p= 0.053) y no tener un horario fijo para ingerir alimentos en fin de semana (p=0.015); hay asociación entre percibirse igual o más obesa de lo que en realidad es y evitar alimentos para cuidarse (P 0.004). **Conclusiones:** Se deben realizar más investigaciones para determinar los factores que contribuyen a la discrepancia en la imagen corporal y malos hábitos alimenticios.

**Palabras clave:** conducta alimentaria, imagen corporal, mujeres

<sup>1</sup>Médico Residente de Tercer año del CEMF de la UMF No. 33 "El Rosario".

<sup>2</sup>Médico Familiar y profesora adjunta del curso de especialización en medicina familiar de la UMF 33 "El Rosario".

<sup>3</sup>Médico Familiar adscrita a la UMF 33 "El Rosario".

## **2. INTRODUCCIÓN.**

El incremento de la prevalencia de la obesidad en México, se encuentra documentado como uno de los más acelerados en los últimos años a nivel mundial. Tal magnitud, se puede identificar en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016, la cual muestra una prevalencia de obesidad en mujeres del 73 %.

En la actualidad, existen creencias que se han perpetuado desde la antigüedad, como el hecho de que una persona obesa, es una persona sana, o bien, que hay personas cuya complexión es robusta y por tanto, es adecuada. Estas creencias fundamentales respecto al sobrepeso y la obesidad, se han relacionado con una percepción inadecuada de la imagen corporal, que puede o no coincidir con la apariencia física real.

Cabe mencionar, que la percepción de la imagen corporal se ha evaluado mediante guías de tamaño corporal (BSG) específicas del género que incorpora imágenes de cuerpos humanos reales con valores de IMC conocidos, desde bajo peso hasta obesos, herramienta visual clara para ampliar nuestra comprensión de la percepción de la imagen corporal, desarrollado por Harris *et al.* (2008), donde se solicitó seleccionar las percepciones ideales de diez figuras que varían desde bajo peso a sobrepeso.

Por otro lado, la evidencia científica ha mostrado que la alimentación juega un papel determinante en el proceso salud-enfermedad. Por lo que, llevar a cabo buenos hábitos alimenticios como parte de los estilos de vida saludables, permite prevenir enfermedades futuras y promover la salud de la población en riesgo. Así mismo, se pueden favorecer o prevenir alteraciones a nivel metabólico y, por lo tanto, contribuir al desarrollo o prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Diversos factores son los que contribuyen con una percepción inadecuada de la imagen corporal, así como con los hábitos de vida poco saludables que favorecen el sobrepeso y la obesidad. Entre ellos, se ha observado que el sobrepeso y la obesidad se incrementan conforme aumenta la edad. Por otro lado, contar con un mayor nivel educativo y contar con pareja, se han relacionado con un menor riesgo de sobrepeso y obesidad.

México produce y distribuye alimentos saludables a nivel mundial, además de contar con una reserva culinaria variable, sin embargo, un grave problema, es la transculturización de nuestra alimentación (Americanoide), destruyendo nuestra soberanía alimentaria, propiciando el consumo de alimentos ricos en grasa, azúcar y sal, procesados y ultra procesados, trayendo como consecuencia un incremento en las enfermedades crónicas, derivadas del sobrepeso / obesidad, lo que conlleva a muertes prematuras, con el costo que implica esto. De ahí, la importancia de determinar la frecuencia de buenos hábitos alimentarios y su asociación con otros factores, como la percepción de la imagen corporal.

La motivación para llevar a cabo la presente investigación, deriva de que resulta relevante analizar los efectos de la discrepancia en la percepción de la imagen corporal (percibirse más delgada de lo que realmente es) y las conductas alimentarias, en diversas experiencias personales y contextos de vida.

Se planteó como objetivo determinar la asociación en la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso u obesidad de la UMF No. 33 "el rosario"



### **3. ANTECEDENTES.**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1980 la obesidad se ha duplicado en todo el mundo, hacia el año 2014 se registró a más de 1, 900 millones de adultos mayores de 18 años con sobrepeso, de los cuales, 600 millones presentaban obesidad, documentando una prevalencia en adultos mayores de 18 años de 39% de sobrepeso y 13% de obesidad.<sup>1</sup>

Desde el punto de vista de salud pública, es mucho más relevante la subestimación que la sobreestimación, dado los altos niveles de sobrepeso y obesidad existentes en la actualidad, ambas cobran relevancia.<sup>1</sup>

En la actualidad el Índice de Masa Corporal (IMC) es la moneda con la que definimos el problema de sobrepeso y obesidad en todo el mundo occidental, herramienta muy útil, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación: sobrepeso: IMC igual o superior a 25, obesidad clase I; 30-34.9, obesidad clase II; 35-39.39, obesidad clase III;  $\geq 40$ .<sup>1</sup>

El sobrepeso y obesidad constituyen uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles (ENT), como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).<sup>1</sup>

Realidad de muchos países de ingresos bajos y medianos que afrontan una «doble carga» de morbilidad, México no es la excepción, desnutrición y obesidad coexistiendo en el mismo país, la misma comunidad y el mismo hogar, también experimentan un rápido aumento en los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, tanto en entornos rurales como urbanos.<sup>1</sup>

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en la región de las Américas el 58 % de los habitantes vive con sobrepeso y obesidad (360 millones de personas), siendo Chile (63%), México (64 %) y Bahamas (69%) los que presentan las tasas más elevadas, la tasa de obesidad femenina es 10 puntos porcentuales mayores que la de los hombres.<sup>2</sup>

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (Ensanut MC) 2016, 7 de cada 10 adultos mexicanos (72.5%) presentan sobrepeso u obesidad; la mayor prevalencia se presenta en las mujeres (75.6%), especialmente en el medio rural.<sup>3, 4, 5,</sup>

Para López et al. (2003), priorizar la salud dentro de la sociedad, es un derecho constitucional que debería ser incluyente y equitativo, sin embargo, existen desigualdad entre mujeres y hombres, en particular afecta a la mujer, simulando un logro social en áreas de la salud sexual y reproductiva, de la violencia de género, este aparente éxito no contribuye a la deconstrucción de la inequidad.<sup>6</sup>

En este sentido Corona et al. (2014), menciono que una desigualdad conocida a nivel mundial es que las mujeres mueren más que los hombres de problemas de salud que pueden ser prevenibles, experimentan mayor morbilidad que la

población masculina, superando a los hombres, entre otras, en enfermedades reumatológicas como la artritis, cefalea, migraña, lumbalgia y las enfermedades endocrinológicas.<sup>7</sup>

Ayudarnos a explicar tales fenómenos y su transformación, Lafaurie et al. (2011), en su estudio identifico como un factor la importancia del análisis estadístico con perspectiva de género la cual permitiría adquirir conciencia para generar nuevas prácticas de salud, un proceso de transformación personal que lleva al individuo a tomar más control sobre su vida y su medio ambiente, asimismo desarrollar un modelo de educación sobre salud, de las mujeres.<sup>8,9</sup>

Schilder (1935), define la imagen corporal como; "la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo; es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta", la percepción que tengamos de nuestra imagen corporal, puede o no coincidir con nuestra apariencia física real.<sup>10</sup>

En este sentido Pino et al. (2014), al estudiar la imagen corporal, diseño un cuestionario para evaluar el estado nutricional, documentando que los estudiantes con malnutrición por exceso tuvieron mayor porcentaje de error en la autopercepción del estado nutricional que los alumnos con peso adecuado, es decir, no perciban su imagen corporal real.<sup>3,4,5</sup>

La imagen corporal se ha evaluado mediante escalas de clasificación de figuras (FRS), que contienen dibujos lineales o siluetas, el más utilizado fue desarrollado por Stunkard et al. (1983), donde se solicitó seleccionar las percepciones ideales de 9 figuras que varían desde bajo peso a sobrepeso.<sup>10</sup>

Ferreira et al. (2011), Identifico la percepción de la imagen corporal con tres dimensiones: cognitiva, subjetiva y conductual, el aspecto cognitivo está relacionado con la percepción de su apariencia física (peso, tamaño y forma del cuerpo); la dimensión subjetiva está relacionada con la satisfacción o preocupación y la ansiedad acerca de la apariencia; y el aspecto del comportamiento se asocia con la evitación de la exposición, así como la ansiedad y la incomodidad.<sup>11</sup>

Thompson et al. (1995), desarrollo una escala para seleccionar las percepciones ideales de nueve figuras esquemáticas desde bajo peso a sobrepeso.<sup>12</sup>

Williamson et al. (1989), desarrollo un procedimiento de evaluación de la imagen corporal, donde se selección la imagen de uno mismo y la ideal a partir de nueve figuras de diferentes tamaños.<sup>12</sup>

Gruber et al. (1999), desarrollo un programa informático el cual nombro Matriz somatomorfo, el cual permite la selección de cuerpos propios e ideales a partir de 100 figuras esquemáticas femeninas, que van desde personas musculosas hasta obesidad.<sup>12</sup>

Peterson et al. (1984), en su estudio elabora un Cuestionario de autoimagen para jóvenes adolescentes, subescala de imagen corporal diseñado para niños de 10

a 15 años. La subescala de imagen corporal de 11 elementos evalúa los sentimientos positivos hacia el cuerpo.<sup>12</sup>

Escala de estados de imagen corporal Cash et al. (2002), seis elementos evalúan los estados momentáneos de la imagen corporal evaluativa / afectiva.<sup>12</sup>

Cuestionario de auto-relaciones con cuerpos multidimensionales BSRQ Cash et al. (1990), útil en relación con las medidas de imagen corporal existentes.<sup>12</sup>

La gente come una variedad de alimentos todos los días, Moeller et al. (2006), analizaron la contribución de la ingesta dietética de un individuo o una población en la salud, así como comprender el impacto real de la distribución de alimentos por frecuencia y / o cantidad.<sup>13</sup>

Una de las creencias fundamentales del sobrepeso/obesidad se relacionó con la percepción de la imagen corporal, y las conductas alimentarias, Pino et al. (2014), diseño y valido un cuestionario para evaluar el aumento de la malnutrición por exceso, con base al comportamiento alimentario.<sup>3</sup>

Al respecto, Osorio et al. (2002) menciona que la conducta alimentaria tiene gran trascendencia, considero que esta se forma y se aprenden, mas no se heredan, mediante un proceso que ocurre en los primeros años de vida, por tanto, sus trastornos también se establecerán en etapas tempranas de la infancia, lo cual, con mucha frecuencia no serían percibidos como tales en la adultez, pues formarían parte de la conducta "habitual", estas desviaciones pueden presentar dos situaciones extremas: desnutrición, sobrepeso y obesidad.<sup>14</sup>

Cabe mencionar que no podemos aislar el desarrollo de la conducta alimentaria, de los complejos proceso fisiológicos que participan en la regulación de la ingesta de los alimentos, en el crecimiento y en la ganancia de peso corporal, al respecto Pérez (2010), asocio al entorno sociocultural y económico ya que están de la mano, así como en las distintas sociedades y culturas, pues cada una de ellas poseen grandes particularidades derivadas de cada uno de estos factores, las alteraciones de estos, podrían contribuir en la alimentación y a desarrollar fracaso en las conductas alimentarias adecuadas.<sup>15</sup>

Soto et al. (2015), diseñó y validó un cuestionario para evaluar el consumo de alimentos y nutrimentos, como parte de una estrategia para evaluar y mejorar la alimentación.<sup>16</sup>

Garner et al. (1983), en su cuestionario Eating Disorder Inventory (EDI) contiene 64 reactivos agrupados en ocho subescalas, las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal.<sup>16</sup>

Spitzer et al. (1992), valido el cuestionario de patrones de alimentación y peso versión revisada (QEWPR) compuesto por 13 reactivos, se utiliza en la investigación como prueba de filtro para identificar individuos que podrían tener trastorno por atracón.<sup>16</sup>

Fairburn et al. (1994), en su cuestionario auto aplicado (EDE-Q), para trastornos de la alimentación desarrollado para evaluar aspectos como: preocupación por el peso, la figura y la alimentación, así como restricción alimentaria, es una buena prueba de filtro para identificar individuos con conductas de riesgo.<sup>16</sup>

Lønnebotn et al. (2018), realizaron un estudio observacional de 1991-1993, En siete centros del norte de Europa (Reykjavik, Islandia; Bergen, Noruega; Umeå, Uppsala y Gotemburgo, Suecia; Aarhus, Dinamarca; y Tartu, Estonia), para analizar la correlación de la siluetas corporales con índice de masa corporal (IMC) medido previamente (9-23 años) todos los que respondieron a la primera encuesta postal (ECRHS I) fueron seguidos en dos momentos ( RHINE II y RHINE III con 1,215 mujeres ) estudio de Salud respiratoria en Europa del Norte RHINE.<sup>17</sup>

Al realizar el análisis por rango de edad 16 a 23 años, el 12% se clasificó incorrectamente cuando la silueta corporal # 5 se usó como límite para la clasificación de la obesidad. El AUC para detectar obesidad en mujeres a los 45 años fue algo más bajo que para detectar obesidad a los 30 años, con AUC 0,82 (IC 95% 0,75; 0,89), con una diferenciación retrospectiva de 9 a 15 años y 0,80 (IC 95% 0,72). 0.89) en un recuerdo de 16-23 años. La silueta del cuerpo n. ° 5 tuvo el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad para detectar la obesidad en mujeres de 45 años de edad con diferenciación retrospectiva de 9 a 15 años. Para un recuento de 16 a 23 años, body silhouette # 4 tuvo la mejor compensación. La clasificación errónea fue del 20% con una diferenciación retrospectiva de 9 a 15 años y del 50% de 16 a 23 años.<sup>17</sup>

La capacidad de la silueta corporal para clasificar correctamente a los participantes de acuerdo con los valores de corte del índice de masa corporal se investigó mediante curvas características no operativas (ROC) no paramétricas y el cálculo del área bajo la curva (AUC) con las siluetas del cuerpo especificadas como clasificación ordinal variables.<sup>17</sup>

Entre las mujeres obesas (IMC  $\geq$  30) a la edad de 30 años, el análisis de mediante curvas características no operativas (ROC) no paramétricas arrojó un valor de cálculo del área bajo la curva (AUC) de 0,92 (IC 95% 0,87, 0,97) cuando el tiempo de recuperación fue de 9 a 15 años, y El valor de AUC fue de 0,88 (IC 95% 0,80, 0,96) cuando el tiempo de recuperación fue de 16 a 23 años.<sup>17</sup>

El estudio identificó a las mujeres obesas de 30 años, con una diferenciación retrospectiva de 9-15 años de acuerdo a la silueta corporal # 5 tuvo la mejor compensación entre sensibilidad y especificidad para la obesidad a los 30 años arrojando un 16% de errores de clasificación, es decir, el 16% de los participantes no eran obesos y estaban clasificados como obesos o eran obesos y clasificado como no obeso.<sup>17</sup>

Durante la historia de la imagen corporal se han mostrado siluetas un tanto abstractas con características de imagen robustas que proporcionan la Forma de un cuerpo humano, Boisvert et al. (2013), realizó un estudio validando la Inferencia tridimensional de formas humanas a partir de la reconstrucción de siluetas, frontal y lateral, el método se compone de tres pasos sucesivos primero,

conecta las apariencias de silueta y las formas del cuerpo se aprenden y se utiliza para crear una primera aproximación, entonces, la forma del cuerpo es deformado globalmente a lo largo de las principales características de la población para seguir los contornos de las siluetas, finalmente, la forma del cuerpo se deforma localmente para asegurar que se ajuste, lo mejor posible. resultados experimentales mostró un error medio absoluto en 3D de 8 mm con extracción de siluetas ideales, además, experimentos sobre medidas corporales (circunferencias o distancias entre dos puntos en el cuerpo) dio lugar a un error medio de 11 mm.<sup>18</sup>

Harris et al. (2008). En su estudio observacional, en 335 mujeres desarrollo un método pictórico, las guías de tamaño corporal basadas en (IMC), encontró correlación entre el IMC medido y el IMC corporal *actual* fueron de 0,86 para las mujeres ( $p < 0,001$ ); las correlaciones entre el IMC auto informado y el IMC corporal *actual* fueron de 0,88 para las mujeres ( $p < 0,001$ ), las mujeres identificaron cuerpos *ideales* más pequeños ( $F(1,388) = 12.22, P < 0.0005$ ), los encuestados de peso normal eligieron cuerpos más pequeños que los encuestados con sobrepeso y obesidad, y los encuestados con sobrepeso eligieron cuerpos más pequeños que los obesos. ( $F(2,388) = 32.74, P < 0001$ ). No hubo interacción significativa de clase de sexo por peso.<sup>19</sup>

Madrigal et al. (1999), en su estudio observacional, con 483 mujeres mayores de 15 años, Comparo la percepción de la imagen corporal con el índice de masa corporal (IMC), observó que el sobrepeso y la obesidad se incrementan conforme aumenta la edad, y con mayor educación disminuyen, ( $p < 0.01$ ), la comparación entre el IMC y la imagen corporal notificó valores superiores a 0.90 para sensibilidad y especificidad, en mujeres mayores de 55 años, sobrestimaba el sobrepeso y la obesidad, a diferencia de los grupos de 15 a 34 años y de 35 a 54 años, que subestimaba la delgadez, por tanto, al dar menor valor del que verdaderamente tiene o le corresponde, no identifican tener, una nutrición normal y deficiente o excesiva.<sup>20</sup>

Sámano et al. (2015), en su estudio observacional, con 217 adultos, 82% correspondió a mujeres adolescentes y 73% mujeres adultas, la edad en años de los adolescentes fue de  $16 \pm 2$  para mujeres mientras que en adultas esto correspondió a  $52 \pm 11$ , para Correlacionar el IMC auto percibido con el real y su relación con la satisfacción de la IC en una muestra de adolescentes y adultos mexicanos, el IMC fue mayor entre adultos  $23 \pm 6$  vs  $29.3 \pm 5$   $p < 0.001$ , quienes duplicaron la cifra de sobrepeso y obesidad de los adolescentes 79% vs 43%, la mitad de todos los participantes tuvo concordancia de su IMC percibido con el real ( $p < 0.001$ ), en la mitad de los participantes hubo concordancia entre la IC auto percibido y el IMC real, todas las participantes se ubicaron en el nivel socioeconómico medio y medio bajo.<sup>21</sup>

Oliva et al. (2016), en su estudio observacional en una población de 84 alumnos, 45.9% mujeres, con edades entre 10 y 17 años, para determinar la concordancia entre el índice de masa corporal y la percepción de la imagen corporal en un grupo de adolescentes, los hallazgos, respecto a la percepción de la imagen corporal, mostraron, una concordancia insignificante ( $k = 0.067, p < 0.5$ ); en mujeres es baja, con un valor de  $k = .223$ ; se perciben normales aun cuando

presentan bajo peso, mientras que, las que presentan obesidad, subestiman su estado, 41,6% en las mujeres tienden a subestimar el bajo peso y la obesidad, también se encontró una sobrestimación del peso de 29,2% en las mujeres, en condición de bajo peso.<sup>22</sup>

Con respecto a la conducta alimentaria Misrha et al, (2010), en su estudio observacional, en tres cohortes de mujeres de 18 a 23 años, de 45 a 50 años y de 70 a 75 años, el objetivo de este estudio fue evaluar los principales patrones dietéticos de dos cohortes de mujeres, determinar en qué medida los patrones dietéticos difieren entre las cohortes y evaluar si varían según las características sociodemográficas, de comportamiento y los patrones de ingesta de nutrientes, los resultados revelaron, que una conducta alimentaria más saludable se asoció con un mayor estatus socioeconómico y la vida en áreas urbanas ( valores de  $p < 0.05$ ), tener un IMC mayor se asoció con una conducta alimentaria mayor en ingesta carne procesada, así como productos lácteos reducidos en grasa y con puntuaciones más bajas en los patrones de alimentos con alto contenido de grasa y azúcar y con puntuaciones más bajas en el patrón de estilo mediterráneo, (es decir, las mujeres con sobrepeso adoptan una dieta más saludable para perder o controlar su peso).<sup>23</sup>

Ramos et al. (2016), en su estudio observacional, incluyo 11.000 adolescentes escolarizados de 13 a 18 años, para conocer las diferencias en función del sexo en el IMC, la imagen corporal (percepción y satisfacción) y las conductas de hacer dieta, examinar las diferencias de sexo en la relación del IMC con la percepción y la satisfacción con la imagen corporal, así como la relación entre percepción y satisfacción corporal, realizado en la comunidad autonómica de Andalucía, España, y de cada provincia aledañas, encontrando diferencias significativas entre el IMC y su percepción con la imagen corporal, en mujeres,  $\chi^2(4, N = 5361) = 578.520, p < .001, V = .232$ , las chicas que tienen sobrepeso y obesidad se perciben con más frecuencia como gordas, el 79.9%, las adolescentes que no tienen sobrepeso ni obesidad, se perciben gordas en más del doble (35.6%).<sup>24</sup>

Morales et al. (2018), en su estudio observacional, Food4Me incluyo 1,441 participantes (58% mujeres y el 97% caucásicas), realizado en siete países de Europa, reclutadas de; Universidad de Maastricht (Países Bajos), University College Dublin (Irlanda), Universidad de Navarra (España), Universidad de Reading (Reino Unido, Reino Unido), Universidad Harokopio (Grecia), Universidad Técnica de Munich (Alemania) y el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (Polonia), para identificar los predictores de obesidad en adultos e investigar hasta qué punto estos predictores son independientes de otros factores, el estudio encontró que las ingestas de carne procesada y roja se asociaron con un aumento de la adiposidad y el riesgo de obesidad, independientemente de otros factores de confusión, como la ingesta total de energía, los azúcares totales, el comportamiento sedentario y la actividad física, se utilizó un cuestionario para medir la conducta alimentaria encontrando lo siguientes grupos alimenticios; los principales factores asociados (  $p < 0.05$ ) con un mayor IMC por aumento de 1- desviación estándar (SD),el consumo de carne procesada, la carne roja, grasa saturada, grasa monoinsaturada, en contraste, los principales factores asociados con un menor IMC por aumento de

1-SD en la exposición fueron, ingesta de cereales integrales, fibra, frutas y verduras, nueces, grasa poliinsaturada, índice de alimentación saludable, puntuación de la dieta mediterránea, pescado graso, lácteos y jugo de fruta.<sup>25</sup>

Schulze et al. (2006), en su estudio observacional Nurses Health Study II, con 116,671 enfermeras de EE. UU., las participantes tenían entre 24 y 44 años de edad al inicio del estudio en 1989, para asociar la adherencia en patrones dietéticos y el cambio de peso en las mujeres, el aumento de peso pareció ser mayor en las mujeres que tuvieron una puntuación del patrón occidental, el aumento de peso ajustado multivariante fue de 4,90 kg para las mujeres con puntaje de patrón occidental bajo-bajo y 5,62 kg para las mujeres con puntaje de patrón occidental alto-alto para el período 1991-1999 ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, el aumento de peso promedio ajustado para la edad de referencia fue mayor entre las mujeres que aumentaron su puntaje del patrón occidental (1991 a 1995, 5,20 kg; 1995 a 1999, 3,23 kg; 1991 a 1999, 7,81 kg) y menor entre las mujeres que disminuyeron su edad occidental. puntuación del patrón (1991 a 1995, 2,10 kg; 1995 a 1999, 0,85 kg; 1991 a 1999, 4,04 kg) ( $p < 0,001$ ).<sup>26</sup>

Okubo et al. (2008), en su estudio observacional, de 3760 mujeres estudiantes de nutrición japoneses de 18 a 20 años, para determinar las asociaciones entre los patrones dietéticos y la obesidad, se identificaron cuatro conductas alimentarias, caracterizado por un alto consumo de verduras, champiñones, algas marinas, papas, pescado y mariscos, productos de soya, pescado procesado, frutas y vegetales salados, se asoció significativamente con un menor riesgo en incremento de IMC (odds ratio del quintil más alto vs. más bajo, 0.57; intervalo de confianza del 95%: 0.37–0.87;  $P < 0.05$  para la tendencia), en contraste, el patrón "tradicional japonés", caracterizado por un alto consumo de arroz, sopa de miso y productos de soya, así como el patrón "occidental", caracterizado por un alto consumo de carnes, grasas y aceites, condimentos, carnes procesadas y huevos, fueron ambos asociado significativamente con un mayor riesgo de incremento de IMC > 25 (OR: 1,77; IC 95%: 1,17–2,67;  $P < 0,01$  para tendencia y OR: 1,56; IC 95%: 1,01–2,40;  $P = 0,04$  respectivamente).<sup>27</sup>

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México la desigualdad en salud es amplia, pensar en una política fiscal redistributiva, basada en la recaudación de impuesto para atender las enfermedades no transmisibles y sus complicaciones es impensable, el problema es cómo evitar la expansión del sobre peso y obesidad, como concientizar sobre las conductas alimentarias, que permitan mejorar la equidad en salud con enfoque de género y restablecer el estado de bienestar, reduciendo el costo generado a largo plazo por complicaciones en la salud.<sup>30</sup>

La percepción de la imagen corporal (IC) podría determinar la búsqueda de atención nutricional, aunque no siempre hay concordancia del índice de masa corporal (IMC) auto percibido con el real. Sámano et al. (2015), realizó un estudio transversal analítico, con 217 adultos, la mitad de los participantes tuvieron concordancia de su IMC percibido con el real ( $p < 0.001$ ), de los adultos con sobrepeso u obesidad 68% estuvieron satisfechos con su IC.<sup>12</sup>

Márquez et al, (2014), en su estudio observacional, valida un cuestionario para valorar el comportamiento alimentario (CA) en estudiantes universitarios mexicanos, el resultado fue de 0,76 para la reproducibilidad del instrumento, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,50 para la habilidad de los sujetos y de validez (alfa de Cronbach 0.98).<sup>3</sup>

Harris et al. (2008), en su estudio observacional, Desarrolla y evalúa un instrumento basado en el IMC incorpora imágenes de cuerpos humanos adultos reales, los resultados, las correlaciones entre el IMC medido y el IMC corporal *actual* fueron de 0,86 para las mujeres ( $p < 0,001$ ); las correlaciones entre el IMC auto informado y el IMC corporal *actual* fueron 0,88 para las mujeres ( $p < 0,001$ ).<sup>19</sup>

Pérez (2018), aplicó un cuestionario a 564 mujeres entre 15 y 60 años de 13 comunidades rurales de 7 estados de la república mexicana: de las mujeres con IMC normal, 45.7% se percibieron con delgadez (se subestimaron), 7% se percibieron con sobrepeso, 1.1% se percibieron con obesidad, mujeres con sobrepeso 16.9% se perciben con delgadez (se subestimaron), 58.4% se perciben normales (se subestimaron), 4.2% se perciben con obesidad (se sobreestimaron), mujeres en rango de obesidad, el 5.1% se percibe con delgadez (se subestimaron), 32.9% se ven normales (se subestimaron), 34.2% con sobrepeso (se subestimaron).<sup>15</sup>

En la unidad de medicina familiar 33 el "Rosario", en 2015 se reportó un estudio en adolescentes con sobrepeso/obesidad, encontró insatisfacción con imagen corporal en adolescentes con sobrepeso/obesidad ( $p=0.510$ ); el antecedente heredofamiliar de obesidad predominó en el grupo de adolescentes con sobrepeso/obesidad ( $p=0.000$ ); el antecedente de obesidad en la infancia también predominó en el grupo con obesidad ( $p=0.000$ ); no se identificaron diferencias al comparar ambos grupos respecto a sexo, grado escolar y edad.<sup>31</sup>



Con base en lo anterior, me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la asociación en la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso u obesidad de la UMF No. 33 "el rosario"?**

## **5. OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Asociar la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso u obesidad de la UMF No. 33 "El Rosario".

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Analizar la percepción de la imagen corporal y la influencia de información en el etiquetado de los alimentos con la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso u obesidad de en la UMF No. 33 "El Rosario".
- Analizar la percepción de la imagen corporal y la evitación con algún alimento con las conductas alimentarias en mujeres con sobrepeso u obesidad de la UMF No. 33 "El Rosario".
- Analizar la percepción de la imagen corporal y las grasas visibles de la carne con las conductas alimentarias en mujeres con sobrepeso u obesidad de la UMF No. 33 "El Rosario".
- Analizar la percepción de la imagen corporal y el número de masticación por bocado con la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso u obesidad de la UMF No. 33 "El Rosario".
- Analizar la percepción de la imagen corporal y la influencia social con la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso u obesidad de la UMF No. 33 "El Rosario".

## **6.- MATERIAL Y MÉTODOS.**

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario de la delegación Norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Avenida Renacimiento y Avenida de la Culturas S/N Colonia El Rosario Delegación Azcapotzalco, Ciudad de México, en el servicio de consulta externa, con el fin de asociar la percepción de la imagen corporal y conductas alimentarias en mujeres de la UMF No. 33 "El Rosario".

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, correlacional, de casos y controles, que se realizó en una muestra calculada, con un intervalo de confianza del 95% y porcentaje de error del 5%, de 340 mujeres con sobrepeso u obesidad.

El grupo de casos estaba integrado por 93 mujeres con sobrepeso u obesidad, con índice de masa corporal mayor o igual a  $25 \text{ kg/m}^2$ , a las cuales, al aplicar el método pictórico para determinar la percepción de la imagen corporal, eligieron una silueta que tuvo una discrepancia de 2 o más siluetas por debajo de la imagen corporal real (se perciban más delgadas de lo que en realidad son).

El grupo de controles estuvo integrado por 247 mujeres con sobrepeso u obesidad, con índice de masa corporal mayor o igual a  $25 \text{ kg/m}^2$ , a las cuales, al aplicar el método pictórico para determinar la percepción de la imagen corporal, eligieron una silueta similar o que tuviera una discrepancia de 2 o más siluetas por encima de la imagen corporal real (se percibían igual o más obesas de lo que en realidad eran).

Cabe mencionar, que se excluyeron del estudio, mujeres que se encontraran en tratamiento farmacológico y/nutricional para sobrepeso u obesidad.

Para determinar la congruencia de la percepción de la imagen corporal con la imagen corporal real, se utilizó un método pictórico y se contrastó con el índice de masa corporal (IMC). El método pictórico contiene figuras representativas del estado nutricional con base el índice de masa corporal. La percepción se determinó con base en la figura que la participante consideró que es similar a su imagen corporal y la imagen corporal real se determinó a través de la imagen correspondiente de acuerdo al IMC.

Así mismo, el estado nutricional se calculó a través del Índice de Masa Corporal, utilizando la fórmula peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros. El peso y la talla de las participantes, se tomó del último registro de peso y talla anotado en la cartilla de salud o en el expediente, siempre y cuando, no fuera mayor a 2 meses.

Previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario, el cuestionario fue contestado por las participantes con la orientación del investigador y el médico residente. El cuestionario incluyó las siguientes respuestas: leer y entender las etiquetas nutrimentales, evitar

algún alimento por cuidado, quitar toda la grasa visible de la carne o quitar la mayoría, estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en masticar cada bocado más de 25 veces, alimentarse en horario fijo entre semana y alimentarse en horario fijo en fin de semana.

Se consideró que la participante cursaba con una conducta alimentaria saludable cuando contestó de forma positiva todas las preguntas. Para determinar la conducta alimentaria poco saludable se consideró contestar de forma negativa al menos 1 de las 4 preguntas.

Así mismo se determinaron factores sociodemográficos, como son: edad, pareja, escolaridad y ocupación. El análisis de resultados se realizó utilizando la prueba estadística ji-cuadrada  $\chi^2$ .

Posterior a obtener los datos recabados de las encuestas, se procedió a realizar el análisis estadístico de los resultados, concentrando primero los datos en el programa Microsoft Excel 2010 y posteriormente se estableció la asociación entre variables usando la prueba estadística ji-cuadrada  $\chi^2$ . Los resultados se representaron de manera gráfica utilizando gráficas de sectores y de barras.

Este estudio se considera sin riesgo para las participantes, ya que, no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada a variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las mujeres participantes. Cabe mencionar, que la presente investigación se llevó a cabo siguiendo los lineamientos éticos institucionales, nacionales e internacionales que rigen la investigación en seres humanos, bajo la autorización del comité local de ética e investigación.

## **7. RESULTADOS.**

En la presente investigación, que tuvo como objetivo determinar la asociación entre percepción de la imagen corporal y conducta alimentaria en 340 mujeres de la UMF 33, se observaron los siguientes resultados:

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución de acuerdo a conducta alimentaria se observó de la siguiente forma: 84 (90%) presentó conducta alimentaria inadecuada y 9 (10%) conducta alimentaria adecuada. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 227 (92%) presentó conducta alimentaria inadecuada y 20 (8%) presentó conducta alimentaria adecuada. No se observó una asociación significativa entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria (OR 1.216, IC 0.532 - 2.776, P 0.641). (Tabla y gráfica No. 1)

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución con base en la dificultad para leer etiquetas, se observó de la siguiente forma: 50 (54%) presentaron dificultad para leer etiquetas y 43 (46%) no presentaron dificultad para leer etiquetas nutrimentales. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 161 (65%) presentaron dificultad para leer etiquetas nutrimentales y 86 (35%) no presentaron dificultad para leer etiquetas nutrimentales. Se observó una asociación significativa entre la percepción de la imagen corporal y dificultad para leer etiquetas nutrimentales (OR 1.610, IC 0.991 - 2.613, P 0.053) (Tabla y gráfica No. 2)

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución de acuerdo a los motivos para evitar algún alimento: 44 (39%) refirió como motivo para cuidarse y 49 (43%) por otras razones. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 76 (33%) refirió como motivo para cuidarse y 171 (75%) refirió otras razones. Se observó una asociación significativa entre la discrepancia en la imagen corporal y evitar algún alimento para cuidarse (OR 2.020, IC 1.239 - 3.293, P 0.004). (Tabla y gráfica No. 3).

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución de acuerdo a retirar la grasa visible de la carne se observó de la siguiente forma: 71 (76%) refirió retirar toda o la mayoría y 22 (24%) refirió retirar poco o nada. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 188 (76%) refirió retirar toda o la mayoría de la grasa visible de la carne y 59 (24%) refirió retira poco o nada. No se observó una asociación significativa entre la percepción de la imagen corporal y retirar toda o la mayoría de a grasa visible de la carne (OR 1.012, IC 0.578 - 1.774, P 0.964) (Tabla y gráfica No. 4).

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución de acuerdo a masticar cada bocado más de 25 veces se observó de la siguiente forma: 27 (29%) están de acuerdo o totalmente de acuerdo y 66 (71%) están en desacuerdo. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 82 (33%) están de acuerdo o totalmente de acuerdo y 165 (67%) están en desacuerdo. No se observó una asociación significativa entre la percepción de la imagen corporal y masticar cada bocado más de 25 veces (OR 0.823, IC 0.489- 1.384, P 0.463). (Tabla y gráfica No. 5)

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución de acuerdo al horario fijo entre semana para ingerir alimentos se observó de la siguiente forma: 47 (46%) presentaron horario fijo y 46 (78%) no presentaron horario fijo. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 100 (42%) presentaron horario fijo entre semana para ingerir alimento y 147 (46%) no presentaron horario fijo. No se observó una asociación significativa entre la percepción de la imagen corporal y el horario fijo entre semana para ingerir alimentos. (OR 1.501, IC 0.929 - 2.425, P 0.095). (Tabla y gráfica No. 6)

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución de acuerdo a horario fijo en fin de semana para ingerir alimentos se observó de la siguiente forma: 23 (25%) presentaron horario fijo en fin de semana para ingerir alimentos y 70 (75%) no presentaron horario fijo. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 34 (14%) presentaron horario fijo en fin de semana para ingerir alimentos y 213 (86%) no presentaron horario fijo. Se observó una asociación significativa entre la percepción de la imagen corporal y el horario fijo en fin de semana para ingerir alimentos. (OR 2.058, IC 1.136 - 3.728, P 0.015). (Tabla y gráfica No. 7)

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución de acuerdo a la edad se observó de la siguiente forma: 44 (47%) estaban en el rango de 20 a 39 años y 49 (53%) estaban en rango de 40 a 59 años. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 125 (51%) estaban en el rango de 20 a 39 años y 122 (49%) de 40 a 59 años. No se observó una asociación significativa entre la percepción de la imagen corporal y la edad. (OR 0.876, IC 0.543-1.412, P 0.588). (Tabla y gráfica No. 8)

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución de acuerdo al grado de estudios se observó de la siguiente forma: 27 (29%) de universidad y postgrado y 66 (71%) bachillerato o menos. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 84 (34%) de universidad y postgrado y 163 (66%) bachillerato o menos. No se observó una asociación significativa entre la

percepción de la imagen corporal y el grado de estudios. (OR 0.793, IC 0.472 - 1.334, P 0.383). (Tabla y gráfica No. 9)

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución de acuerdo a tener pareja se observó de la siguiente forma: 26 (28%) refirió contar con pareja y 67 (72%) sin pareja. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 171 (69%) refirió contar con pareja y 76 (31%) sin pareja. No se observó una asociación significativa entre la percepción de la imagen corporal y contar con pareja. (OR 1.145, IC 0.675 - 1.940, P 0.614). (Tabla y gráfica No.10)

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución de acuerdo a la ocupación se observó de la siguiente forma: 44 (47%) refirió contar con empleo remunerado y 49 (53%) sin empleo remunerado. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 118 (48%) refirió contar con empleo remunerado y 129 (52%) sin empleo remunerado. No se observó una asociación significativa entre la percepción de la imagen corporal y estar empleado. (OR 1.366, IC 0.866 - 2.152, P 0.178). (Tabla y gráfica No.11)

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución de acuerdo al número de buenos hábitos alimenticios se observó de la siguiente forma: 6 (6%) refirió no realizar ningún hábito, 29 (31%) refirió realizar 1 hábito, 26 (28%) refirió realizar 2 hábitos, 23 (25%) refirió realizar 3 hábitos, 9 (10%) refirió realizar 4 hábitos. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 22 (9%) refirió no realizar ningún hábito, 88 (36%) refirió realizar 1 hábito, 81 (33%) refirió realizar 2 hábitos, 36 (15%) refirió realizar 3 hábitos, 20 (8%) refirió realizar 4 hábitos. (Tabla y gráfica No.12)

De las 93 (100%) mujeres del grupo de casos (con discrepancia en la imagen corporal), la distribución de acuerdo a IMC se observó de la siguiente forma: 43 (46%) presentó sobrepeso, 31 (33%) presentó obesidad I, 5 (5%) presentó obesidad II, 14 (15%) presentó obesidad III. Y de las 247 (100%) mujeres del grupo de controles (con congruencia en la imagen corporal): 94 (38%) presentó sobrepeso, 101 (41%) presentó obesidad I, 36 (15%) presentó obesidad II, 16 (6%) presentó obesidad III. (Tabla y gráfica No.13)

## 8. TABLAS Y GRÁFICAS.

**TABLA 1**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A CONDUCTA ALIMENTARIA DE LAS MUJERES CON SOBREPESO Y OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

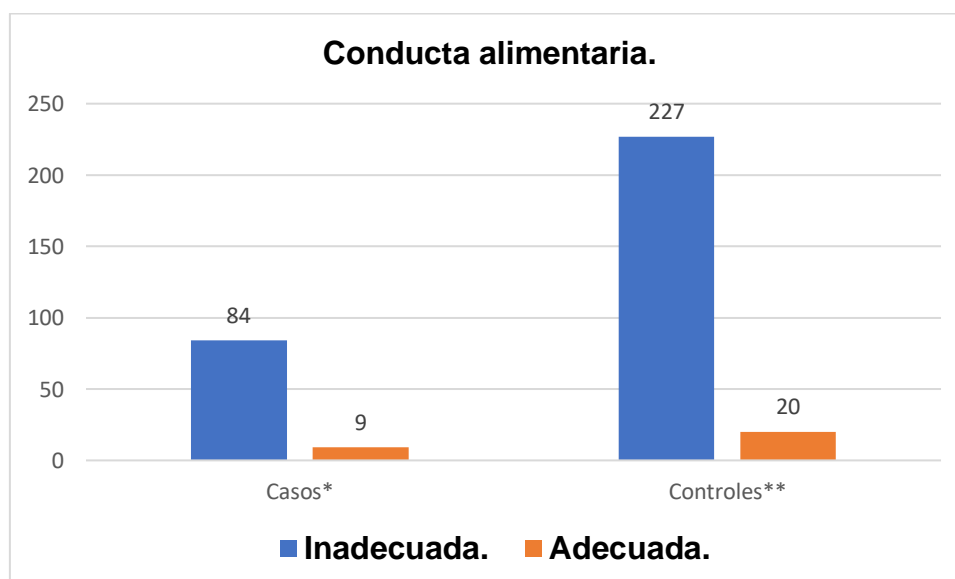
Conducta alimentaria.	Casos*	%	Controles**	%
Inadecuada.	84	90%	227	92%
Adecuada.	9	10%	20	8%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>
<b>(OR 1.216, IC 0.532 - 2.776, P 0.641)</b>				

\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICA 1**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA ASOCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de años de la UMF no. 33 "el rosario".



**TABLA 2**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA DIFICULTAD PARA LEER LAS ETIQUETAS NUTRIMENTALES DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

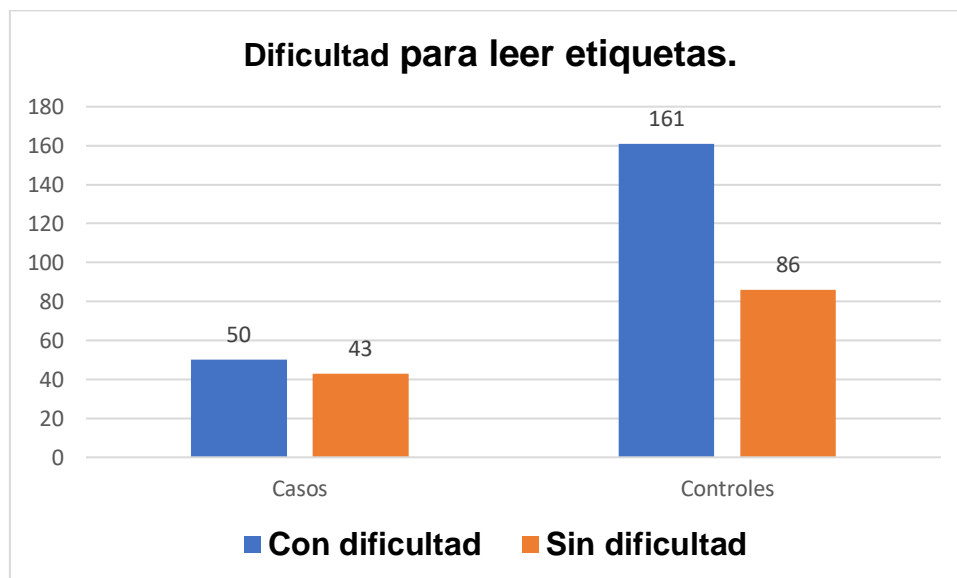
Dificultad para leer etiquetas	Casos*	%	Controles**	%
Con dificultad	50	54%	161	65%
Sin dificultad	43	46%	86	35%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>
<b>(OR 1.610, IC 0.991 - 2.613, P 0.053)</b>				

\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICA 2**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA DIFICULTAD PARA LEER LAS ETIQUETAS NUTRIMENTALES DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**TABLA 3**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LOS MOTIVOS PARA EVITAR ALGÚN ALIMENTO DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

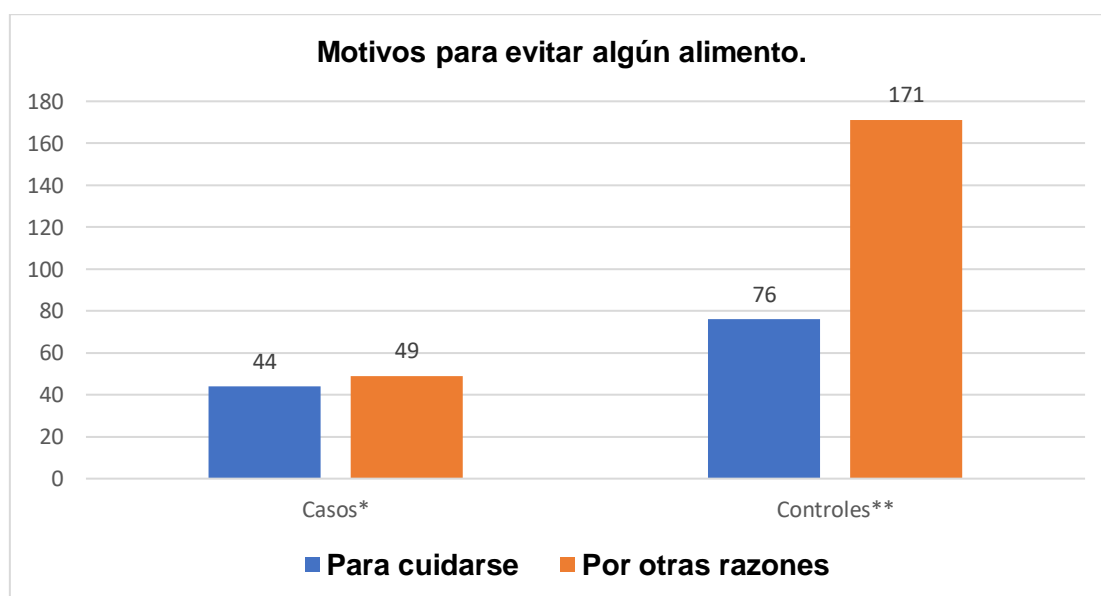
Motivos para evitar algún alimento	Casos*	%	Controles**	%
Para cuidarse	44	39%	76	33%
Por otras razones	49	43%	171	75%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>
<b>(OR 2.020, IC 1.239 - 3.293, P 0.004)</b>				

\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICO 3**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LOS MOTIVOS PARA EVITAR ALGÚN ALIMENTO DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**TABLA 4**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A RETIRAR LA GRASA VISIBLE DE LA CARNE DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

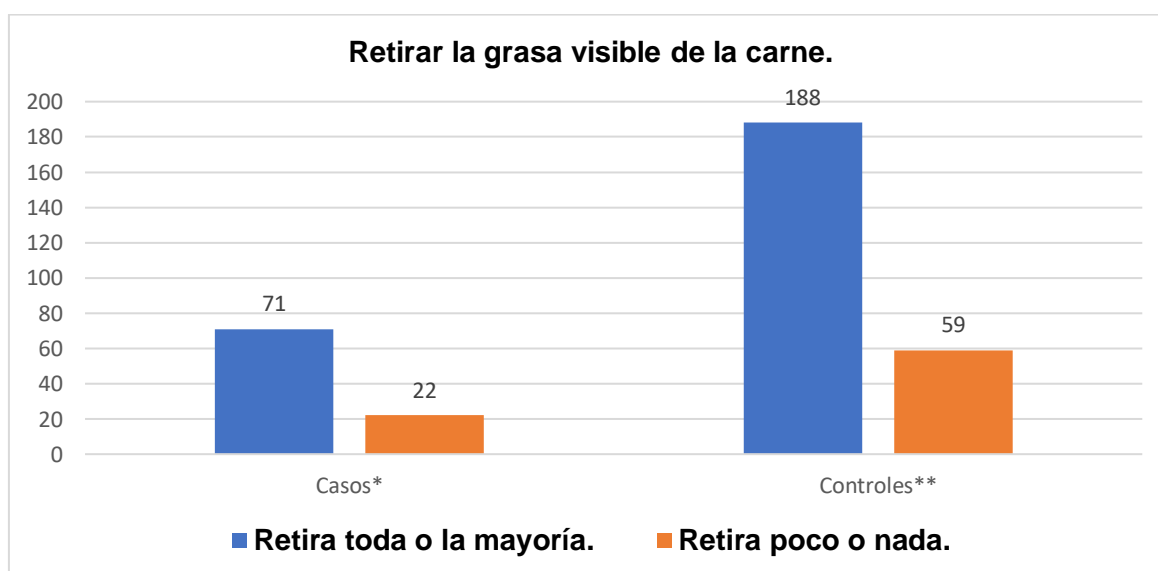
Retirar la grasa visible de la carne	Casos*	%	Controles**	%
Retira toda o la mayoría.	71	76%	188	76%
Retira poco o nada.	22	24%	59	24%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>
<b>(OR 1.012, IC 0.578 - 1.774, P 0.964)</b>				

\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso u obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICA 4**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A RETIRAR LA GRASA VISIBLE DE LA CARNE DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**TABLA 5**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A MASTICAR CADA BOCADO MÁS DE 25 VECES DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

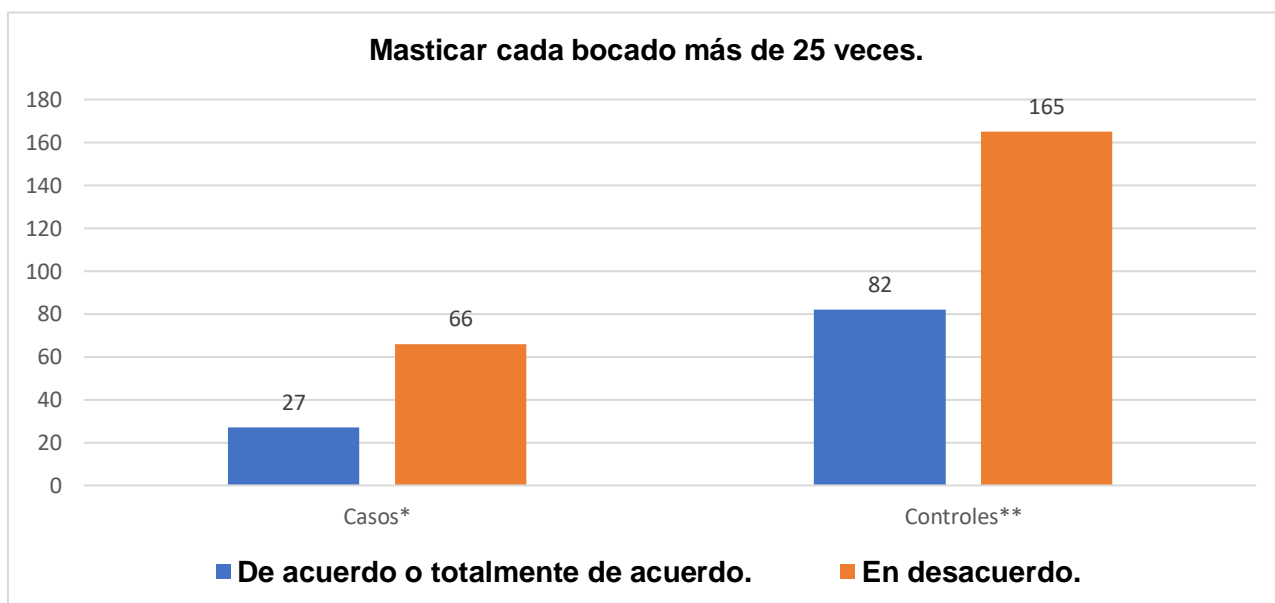
Masticar cada bocado más de 25 veces	Casos*	%	Controles**	%
De acuerdo o totalmente de acuerdo.	27	29%	82	33%
En desacuerdo.	66	71%	165	67%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>
<b>(OR 0.823, IC 0.489- 1.384, P 0.463)</b>				

\*Mujeres sin mastican bocado más de 25 veces, \*\* Mujeres que mastican bocado más de 25 veces.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICA 5**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A MASTICAR CADA BOCADO MÁS DE 25 VECES DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres

con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**TABLA 6**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A CONTAR CON UN HORARIO FIJO PARA INGERIR ALIMENTO ENTRE SEMANA DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

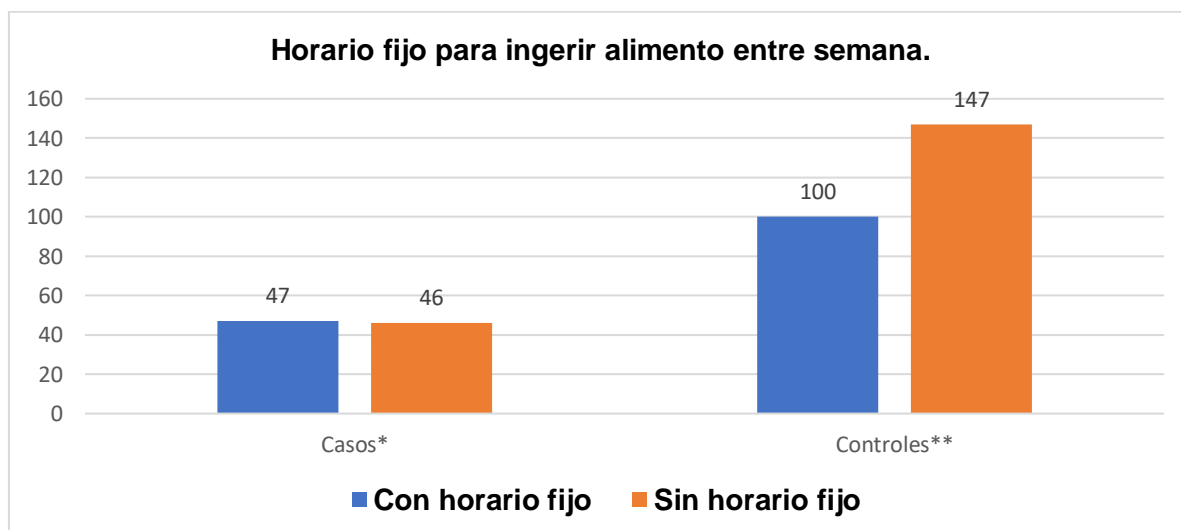
Horario fijo entre semana para ingerir alimento	Casos*	%	Controles**	%
Con horario fijo	47	46%	100	42%
Sin horario fijo	46	78%	147	46%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>
<b>(OR 1.501, IC 0.929 - 2.425, P 0.095)</b>				

\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICA 6**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A CONTAR UN HORARIO FIJO PARA INGERIR ALIMENTO ENTRE SEMANA DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso u obesidad la UMF no. 33 "el rosario".

**TABLA 7**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A CONTAR CON UN HORARIO FIJO PARA INGERIR ALIMENTO EN FIN DE SEMANA DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

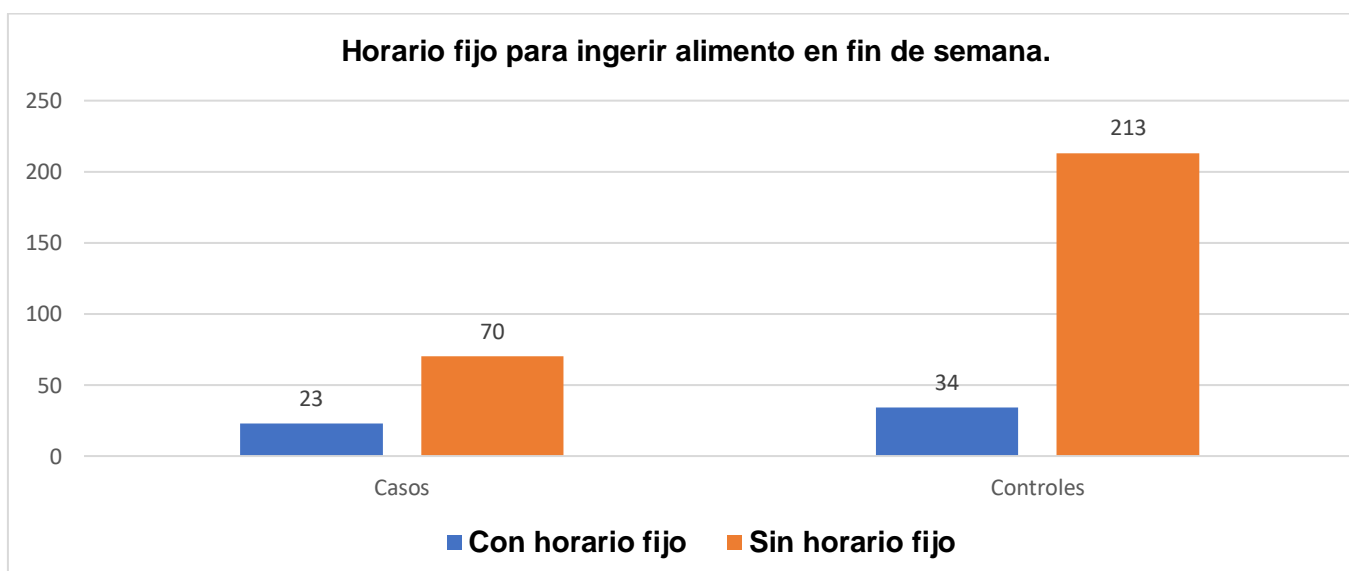
Horario fijo para ingerir alimento en fin de semana.	Casos*	%	Controles**	%
Con horario fijo	23	25%	34	14%
Sin horario fijo	70	75%	213	86%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>
<b>(OR 2.058, IC 1.136 - 3.728, P 0.015)</b>				

\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICA 7**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A CONTAR CON UN HORARIO FIJO PARA INGERIR ALIMENTO EN FIN DE SEMANA DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**TABLA 8**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A EDAD DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

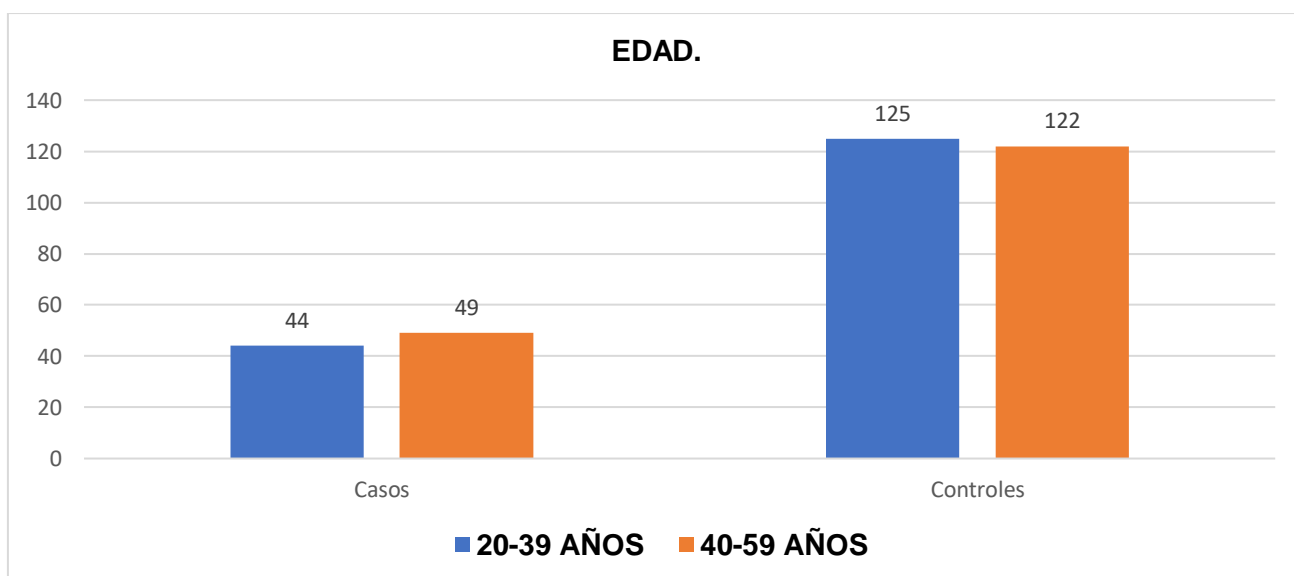
EDAD	Casos*	%	Controles**	%
<b>20-39 AÑOS</b>	44	47%	125	51%
<b>40-59 AÑOS</b>	49	53%	122	49%
<b>Total</b>	93	100%	247	100%
<b>(OR 0.876, IC 0.543-1.412, P 0.588)</b>				

\*Mujeres con discrepancia en la silueta elegida por debajo de la imagen corporal real. \*\*Mujeres con discrepancia en la silueta elegida por encima de la imagen corporal real.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICA 8**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A EDAD DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**TABLA 9**

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL GRADO DE ESTUDIOS DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

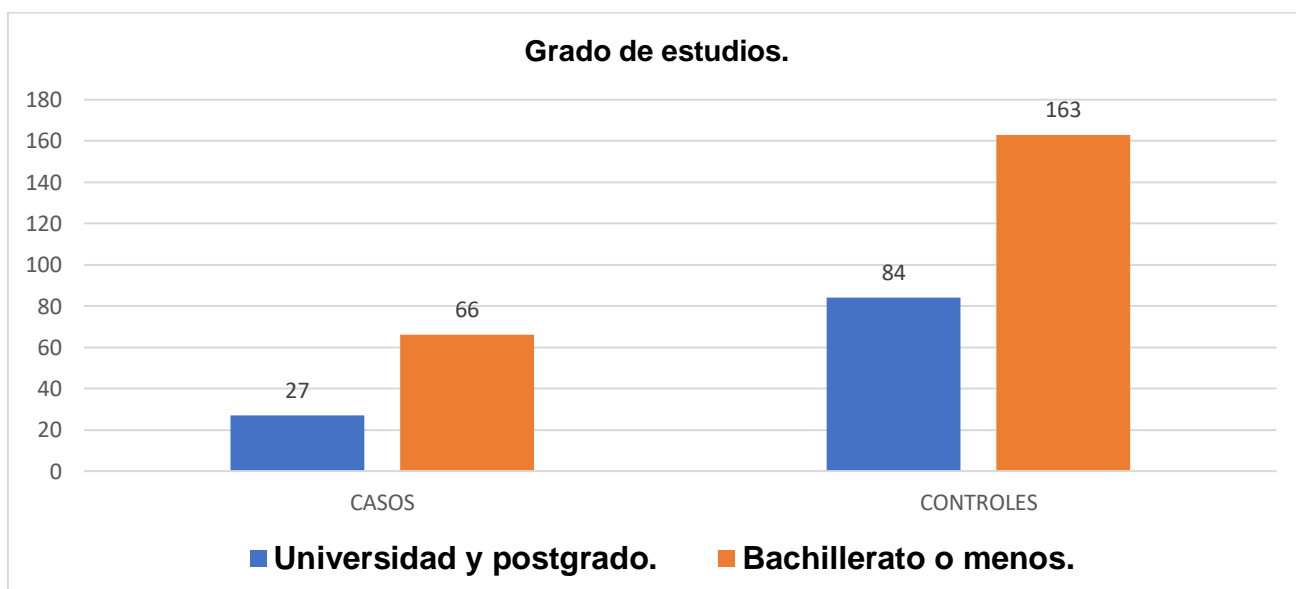
Grado de estudios.	Casos*	%	Controles**	%
Universidad y postgrado.	27	29%	84	34%
Bachillerato o menos.	66	71%	163	66%
	93	100%	247	100%
<b>(OR 0.793, IC 0.472 - 1.334, P 0.383)</b>				

\*Mujeres con menor grado de estudios. \*\*Mujeres con mayor grado de estudios.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICA 9**

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL GRADO DE ESTUDIOS DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".



**TABLA 10**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A TENER PAREJA DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

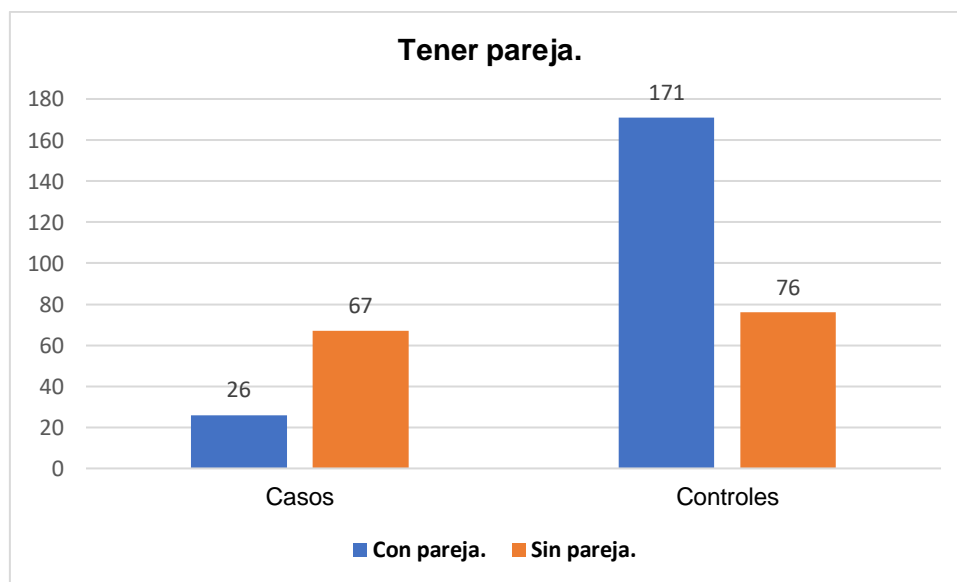
Tener pareja.	Casos*	%	Controles**	%
Con pareja.	26	28%	171	69%
Sin pareja.	67	72%	76	31%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>
<b>(OR 1.145, IC 0.675 - 1.940, P 0.614)</b>				

\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICA 10**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A TENER PAREJA DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**TABLA 11**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A OCUPACIÓN DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

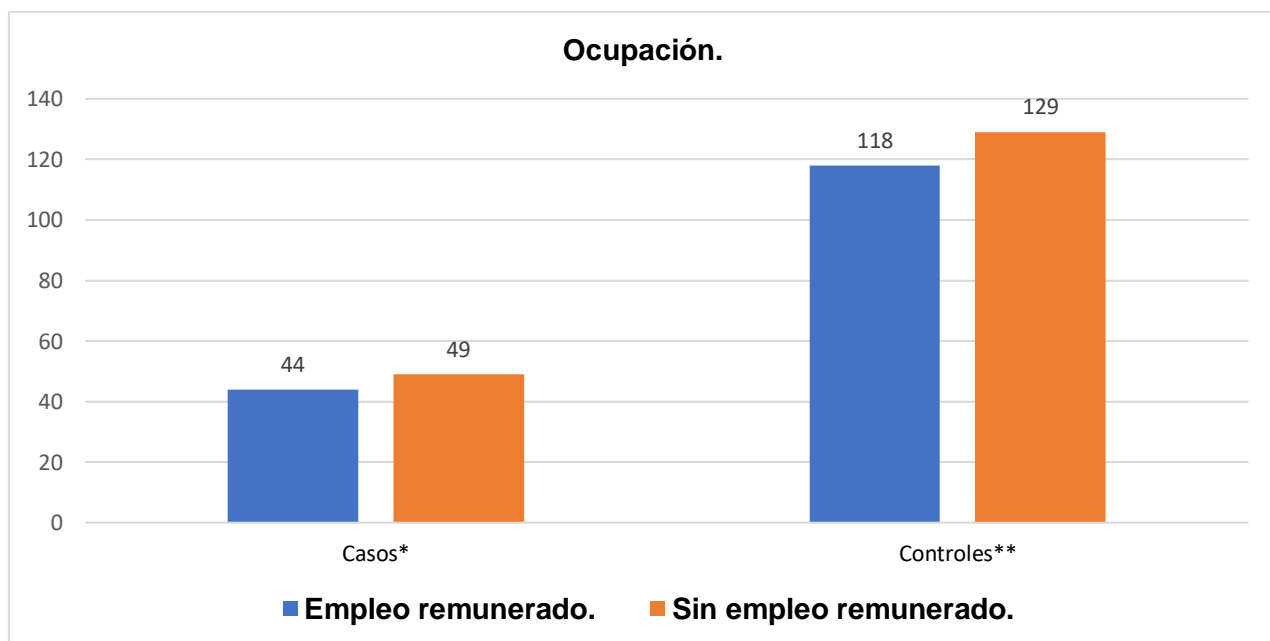
Ocupación.	Casos*	%	Controles**	%
<b>Empleo remunerado.</b>	44	47%	118	48%
<b>Sin empleo remunerado.</b>	49	53%	129	52%
<b>Total</b>	93	100%	247	100%
<b>(OR 1.366, IC 0.866 - 2.152, P 0.178)</b>				

\*Mujeres sin ocupación, \*\*Mujeres con ocupación.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICA 11**

DISTRIBUCION DE ACUERDO A OCUPACIÓN DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**TABLA 12**

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL ESTADO NUTRICIO REAL DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

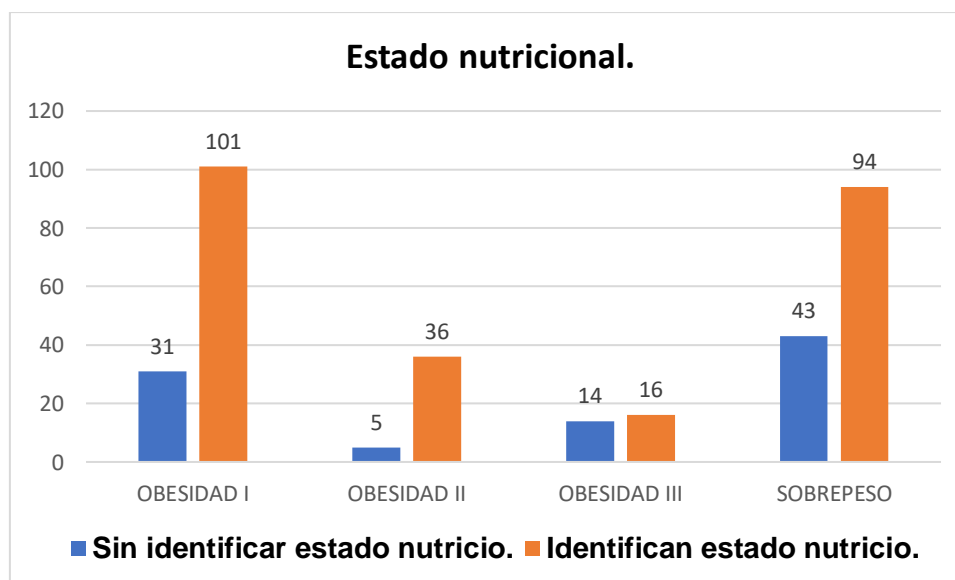
IMC	Casos*	%	Controles**	%
<b>SOBREPESO</b>	43	46%	94	38%
<b>OBESIDAD I</b>	31	33%	101	41%
<b>OBESIDAD II</b>	5	5%	36	15%
<b>OBESIDAD III</b>	14	15%	16	6%
<b>Total general</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>

\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICA 12**

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL ESTADO NUTRICIO REAL DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**TABLA 13**

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL NUMERO DE HABITOS ALIMENTICIOS DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

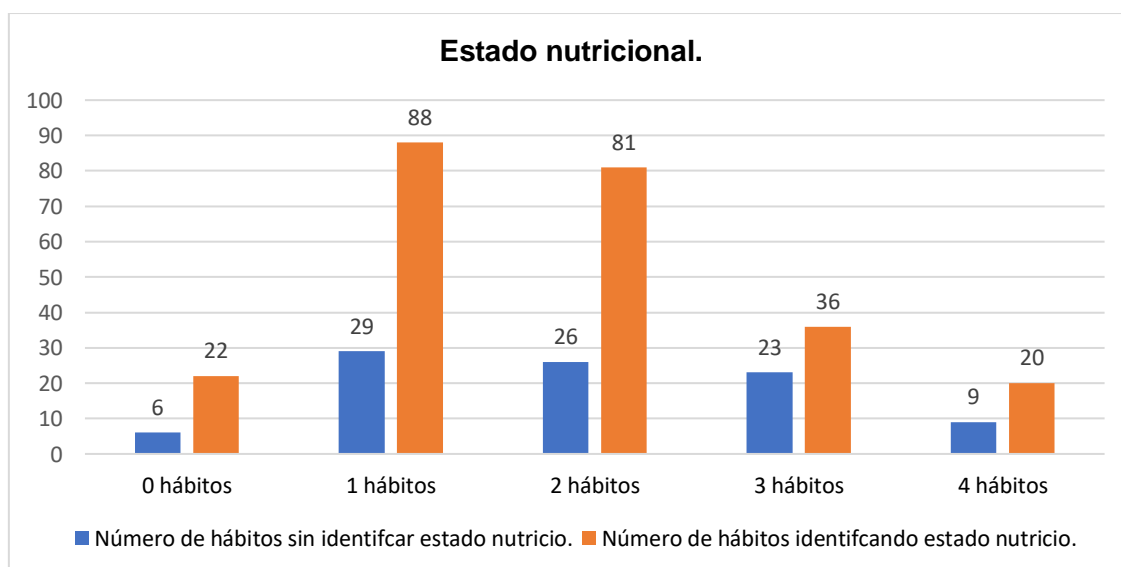
Buenos hábitos alimenticios	Casos*	%	Controles**	%
0 hábitos	6	6%	22	9%
1 hábitos	29	31%	88	36%
2 hábitos	26	28%	81	33%
3 hábitos	23	25%	36	15%
4 hábitos	9	10%	20	8%
<b>Total general</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>247</b>	<b>100%</b>

\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**GRAFICA 13**

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL NUMERO DE HABITOS ALIMENTICIOS DE LAS MUJERES CON SOBREPESO / OBESIDAD QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



\*Mujeres con discrepancia en la percepción de la imagen corporal, \*\* Mujeres con congruencia en la percepción de la imagen corporal.

Fuente: "Cuestionario asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso / obesidad de la UMF no. 33 "el rosario".

**TABLA 14.**

CONCENTRADO DE DISTRIBUCIÓN DE HABITOS ALIMENTICIOS Y FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON Y SIN DISCREPANCIA EN LA IMAGEN CORPORAL DE LA UMF 33 EL ROSARIO.

<b>Variables</b>	<b>Mujeres con discrepancia en la imagen corporal (Casos)</b>	<b>Mujeres con congruencia en la imagen corporal (Controles)</b>	<b>Valor P</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Conducta alimentaria.</b>					
Inadecuada.	84 (90%)	227 (92%)	0.641	1.216	0.532 - 2.776
Adecuada.	9 (10%)	20 (8%)			
<b>Dificultad para leer etiquetas</b>					
Con dificultad	50 (54%)	161 (65%)	0.053	1.31	0.991 - 2.613
Sin dificultad	43 (46%)	86 (35%)			
<b>Motivos para evitar algún alimento</b>					
Para cuidarse	44 (39%)	76 (33%)	0.004	2.02	1.239 - 3.293
Por otras razones	49 (43%)	171 (75%)			
<b>Retirar la grasa visible de la carne</b>					
Retira toda o la mayoría.	71 (76%)	188 (76%)	0.964	1.012	0.578 - 1.774
Retira poco o nada.	22 (24%)	59 (24%)			
<b>Masticar cada bocado más de 25 veces</b>					
De acuerdo o totalmente de acuerdo.	27 (29%)	82 (33%)	0.463	0.823	0.489 - 1.384
En desacuerdo.	66 (71%)	165 (67%)			
<b>Horario fijo entre semana para ingerir alimento</b>					
Con horario fijo	47 (46%)	100 (42%)	0.095	1.501	0.929 - 2.425
Sin horario fijo	46 (78%)	147 (46%)			
<b>Horario fijo para ingerir alimento en fin de semana.</b>					
Con horario fijo	23 (25%)	34 (14%)	0.015	2.058	1.136 - 3.728
Sin horario fijo	70 (75%)	213 (86%)			
<b>Edad</b>					
20-39 años	44 (47%)	125 (51%)	0.588	0.876	0.543 - 1.412
40-59 años	49 (53%)	122 (49%)			
<b>Grado de estudios.</b>					
Universidad y postgrado.	27 (29%)	84 (34%)	0.383	0.793	0.472 - 1.334
Bachillerato o menos.	66 (71%)	163 (66%)			

**ASOCIACION DE LA PERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES  
CON SOBREPESO U OBESIDAD DE LA UMF NO. 33 "EL ROSARIO".**

<b>Tener pareja.</b>					
Con pareja.	26 (28%)	171 (69%)	0.614	1.145	0.675 - 1.940
Sin pareja.	67 (72%)	76 (31%)			
<b>Ocupación.</b>					
Empleo remunerado.	44 (47%)	118 (48%)	0.178	1.366	0.866 - 2.152
Sin empleo remunerado.	49 (53%)	129 (52%)			

## **9. DISCUSIÓN.**

En la presente investigación, observamos que de acuerdo al grupo de edad (mujeres de 20 a 39 años y mujeres de 40 a 59 años), el porcentaje de mujeres es muy similar respecto a sentirse más delgadas de lo que en realidad son (47% vs 53%), lo cual se corroboró al no encontrar una diferencia significativa ( $p=0.58$ ). Lo anterior es similar a lo encontrado por Madrigal et al. (1999), quienes observaron en los rangos de edad de 15 a 54 años el 39%, subestimaban la delgadez, por tanto, no identificaban tener una nutrición deficiente o excesiva. Esto podría deberse a que, derivado de aspectos culturales como el hecho de pensar que la complexión robusta es sinónimo de estar sano, se subestima la delgadez, por tanto, no se identifica el estado de malnutrición por exceso, independientemente de la edad. Sería conveniente realizar nuevos estudios en búsqueda de aspectos culturales que contribuyen a la percepción inadecuada de la imagen corporal.

Respecto a la revisión adecuada de las etiquetas en los alimentos, esta predominó en mujeres con congruencia en imagen corporal en contraste con las que presentaron discrepancia (65% vs 35%), similar a lo referido por Ramos et al. (2017), en su estudio observacional, donde el 68,6% de los participantes del estudio afirmaron leer el etiquetado nutricional. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el total de la muestra eran mujeres con sobrepeso y obesidad, por lo que valdría la pena aplicar una estrategia donde se propicie la correcta interpretación de las etiquetas y evaluar el impacto en los hábitos alimenticios.

En relación a los motivos para evitar algún alimento, en las mujeres con congruencia en la imagen corporal predominó el motivo "por otras razones" excepto cuidarse (75%) y en las mujeres con discrepancia en la imagen corporal el resultado fue similar, predominó, aunque en menor porcentaje, por otras razones, excepto cuidarse (39%). Al respecto, López et al. (2014) documentó en su estudio, que 47% de los encuestados respondió que lo hacía por el sabor o gusto y por tradición, mientras solo 16% manifestó que lo consumía por recomendación médica. Lo anterior podría estar relacionado con las preferencias culinarias de la población, evidenciando la poca preocupación por el cuidado de la salud al momento de elegir un alimento. Valdría la pena realizar una investigación en torno no solo a la forma en que eligen los alimentos, sino también al tipo de alimentos que se eligen y la persona o lugar donde se preparan.

En cuanto al horario fijo para ingerir alimentos entre semana, en el grupo de mujeres que se percibían más delgadas de lo que en realidad son, predominó no tener un horario fijo (78%), en contraste con las mujeres que se percibían igual o más obesas de lo que en realidad son, donde solo el 42% refirieron tener un horario fijo para comer. Similar a Reséndiz et al. (2015), en su estudio observacional, donde 52.8% tuvieron como hábitos semanales, ayunos prolongados. En relación a la similitud de los resultados, sería conveniente

realizar un estudio identificando los principales factores que impiden tener un horario fijo para consumir los alimentos entre semana, o bien, realizar una estrategia de intervención donde se propicien acciones para el consumo de alimentos en un horario fijo, evitando los ayunos prolongados.

Con relación al grado de estudios, observamos que tanto en el grupo de mujeres que se percibían más delgadas de lo que en realidad eran como en el grupo de mujeres que se percibían igual o más obesas de lo que en realidad son, predominó el grado de estudios bachillerato o menos (71 vs 66%), no identificando una asociación significativa entre el grado de escolaridad y la discrepancia en la imagen corporal ( $p=0.38$ ). Al respecto, López et al. (2014) en su estudio observacional, concluye que el nivel educativo más frecuente en las mujeres con obesidad fue el nivel superior con un 61%. Lo anterior, nos hace pensar que se tendrían que considerar otros aspectos que influyen en la percepción de la imagen corporal, quizás identificar la percepción familiar respecto a estar delgado o cursar con obesidad.

Por último, se observó que la discrepancia en la imagen corporal (mujeres que se percibían más delgadas de lo que en realidad eran) predominó en las mujeres que tenían pareja (69% vs 28%), en contraste con las mujeres que tenían congruencia en la imagen corporal (se percibían igual o más obesas), sin embargo, no hubo una asociación significativa ( $p=0.61$ ). Referente a esto, Ortiz et al. (2006) en su estudio observacional concluye que existe una asociación significativa entre obesidad y estar casada ( $p= 0.05$ ). Al respecto, valdría la pena considerar una investigación donde se identifique la percepción de la imagen corporal de la pareja y contrastarla con la imagen corporal real de acuerdo al IMC, ya que nos hace pensar en la hipótesis de que quizás la pareja envía mensajes de que la mujer es más delgada de lo que en realidad es.



## **10. CONCLUSIONES.**

De las 340 usuarias de la UMF 33, que participaron en el estudio, concluimos que no se observó una asociación significativa entre la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria (P 0.641). Por el contrario, se observó una asociación significativa entre la discrepancia en la imagen corporal y la dificultad para leer etiquetas nutrimentales ( $p=0.053$ ) así como con no tener un horario fijo para ingerir alimentos en fin de semana ( $p=0.015$ ); así mismo, se observó una asociación entre percibirse igual o más obesa de lo que en realidad es y evitar alimentos para cuidarse (P 0.004). No se observó una asociación significativa entre la percepción de la imagen corporal y retirar toda o la mayoría de la grasa visible de la carne (P 0.964).

La distribución de los casos de acuerdo al número de buenos hábitos alimenticios se observó de la siguiente forma: 6 (6%) refirieron no realizar ningún hábito, 29 (31%) refirieron realizar 1 hábito, 26 (28%) refirieron realizar 2 hábitos, 23 (25%) refirieron realizar 3 hábitos, 9 (10%) refirieron realizar 4 hábitos. De las 93 (100%) mujeres, la distribución de acuerdo a IMC se observó de la siguiente forma: 43 (46%) presentaron sobrepeso, 31 (33%) presentaron obesidad I, 5 (5%) presentaron obesidad II y 14 (15%) presentaron obesidad III.

Los resultados de la presente investigación serán de utilidad a los médicos familiares y al personal de salud, ya que los resultados obtenidos, evidencian la importancia de considerar incluir dentro de la educación para la salud de mujeres con obesidad y de la población con sobrepeso y obesidad en general, la capacitación la lectura adecuada de las etiquetas de los productos, a fin de que sea de fácil comprensión y que la selección de los alimentos se oriente a aquellos cuyo contenido calórico sea menor.

Por otro lado, también se aborda la importancia de interrogar dentro de la consulta médica, los horarios de consumo de alimentos, tanto de comidas como de colaciones y orientar a mujeres y sus familias respecto a la importancia de tener horarios fijos para el consumo de alimentos tanto entre semana como en fines de semana, como parte los hábitos alimenticios saludables.

Cabe mencionar que la presente investigación, invita a realizar nuevos estudios en búsqueda de aspectos que contribuyen en la construcción evolutiva de la percepción inadecuada de la imagen corporal en sus diferentes etapas de la vida, la vivencia del cuerpo que en el caso de las mujeres sufre variaciones importantes, como fuente de identidad, autoconcepto, autoestima, y autoescrutinio en el estado nutricional el cual se modifica a través de los medios de comunicación influyendo en los hábitos y practicas alimentarias que son la causa principal o más importante de malnutrición por deficiencia o exceso.

Así mismo, la presente investigación servirá como preámbulo para futuras investigaciones relacionadas con la conducta alimentaria y la percepción de la imagen corporal, como la determinación de aspectos culturales que contribuyen a la percepción inadecuada de la imagen corporal, aplicación de estrategias

educativas donde se propicie la correcta interpretación de las etiquetas y consumo de alimentos en horarios fijos evitando ayunos prolongados, y evaluar el impacto en los hábitos alimenticios. Por otro lado, habría que profundizar respecto al tipo de alimentos que se eligen y la persona o el lugar donde se preparan. Por último, se tendrían que considerar otros aspectos que influyen en la percepción de la imagen corporal, como la percepción familiar respecto a estar delgado o cursar con obesidad de aquellos que cursan con sobrepeso u obesidad.

## 11. BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Organización mundial de la salud. (2018). Obesidad y sobrepeso. Enero 2019, de Organización Mundial de la salud Sitio web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- 2.- Shafran R, Michelle L, Payne E, Christopher G. Fairburn. An experimental analysis of body checking. Behaviour Research and Therapy. 2007; 45 (1): 113-121.
- 3.-Márquez YF, Salazar EN, Macedo G, Altamirano MB, Bernal MF, Salas J, Vizmanos B. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el comportamiento alimentario en estudiantes mexicanos del área de la salud. Nutr Hosp. 2014;30(1):153-164 .
- 4.- Sistema Nacional de Encuestas de Salud. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Enero 2019, de ENSANUT Sitio web: <https://ensanut.insp.mx/index.php>
- 5.- Pino JL. López MA. percepción de la imagen corporal, del estado nutricional y de la composición corporal de estudiantes de nutrición y dietética de la universidad del mar talca, chile. Rev Chil Nutr. 2010; 37(3): 321-328.
- 6.-López P, Rico B, Langer A, Espinoza G, Género y política en salud. salud pública de México, 2003; 45 (5), 413-421.
- 7.- Corona T, Medina ME, Ostrosky P. Sarti EJ, Uribe P. La mujer y la salud en México. Academia Nacional de Medicina, (2014), 1-354.
- 8.- Laufaurie MM. (2011 junio 02.). ¿por qué pensar en la salud de las mujeres?. Salud Bosque, 1, 79-90.
- 9.- Costa G, Petrucci D, Lessa B, Change in body weight and body image in young adults: a longitudinal study, Mintem et al. BMC Public Health. 2015 (15) 222.
- 10.- Negar Y. Sayed H, Masood A, SobhaniZ, Farkhondeh S, Khazraei H, Relación entre la imagen corporal y el bienestar psicológico en pacientes con obesidad mórbida,International Journal of Community Based Nursing and Midwifery. 2018; 6(2)175.
- 11.-Ferreira C , Pinto J , Duarte C . Physical appearance as a measure of social ranking: the role of a new scale to understand the relationship between weight and dieting. Clin Psychol Psychother. (2013);20(1):55-66.
- 12.-Thomas F. Cash, body-images 2002-2012 Sitio Internet, disponible en [www.body-images.com](http://www.body-images.com)

- 13.- Moeller SM, Reedy J, Millen AE, Dixon B, Newby PK, Katherine MS Tucker L, Krebs SM, Guenther PM, Dietary Patterns: Challenges and Opportunities in Dietary Patterns Research An Experimental Biology Workshop, April 1, 2006, Journal of the American Dietetic Association. Volume 107, Issue 7, (2007),1233-1239.
- 14.- Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. Rev. chil. nutr. 2002 Dic ; 29( 3 ): 280-285.
- 15.- Pérez SE, Romero G, Imagen corporal en mujeres rurales de la Sierra Juárez y la costa de Oaxaca: una aproximación nutrio-antropo-lógica, salud pública de México, 2010; (52) (2), 111-118.
- 16.- Iñárritu MC, Cruz VE, Morán IC. instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. respyn Revista de Salud Pública y Nutrición, 2004; 5.
- 17.- Lønnebotn M. Body silhouettes as a tool to reflect obesity in the past, PLoS One. 2018 Apr 25;13(4).
- 18.-Boisvert J, Chang S. Wuhrer X. Three-dimensional human shape inference from silhouettes: reconstruction and validation January 2013; 24, (1), 145–157.
- 19.-Harris CV, Bradlyn AS, Coffman J, Gunel E. BMI-based body size guides for women and men: development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts. International Journal of Obesity 2008: 32 (336–342).
- 20.-Madrigal H, Irala J. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. Salud pública de México. 1999; 41 (6); 479-486.
- 21.- Sámano R, Rodríguez AL, Sánchez B, Godínez EY, Noriega A, Zelonka R, Garza M, Nieto J. Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. Nutrición Hospitalaria. 2015;31(3):1082-1088.
- 22.-Oliva Y, Ordóñez M, Santana A, Marín AD, Andueza G, Alberto I, Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán Gómez Castillo, Rev Biomed 2016; 27:49-60.
- 23.- Mishra GD, McNaughton SA, Ball K, Brown WJ, Giles GG, Dobson AJ. Major dietary patterns of young and middle aged women: results from a prospective Australian cohort study. European Journal of Clinical Nutrition. 2010; 64, 1125–1133.
- 24.- Ramos P, Rivera F, Soledad R, Lara L, Moreno C, Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. Escritos de Psicología. 2016 ;9 (1). 42-50.

- 25.- Celis C, Livingstone KM, Affleck A, Navas S, Correlates of overall and central obesity in adults from seven European countries: findings from the Food4Me Study. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2017; 72 (2), 207-219.
- 26.- Schulze MB, Fung T, Manson E, Walter C, Willett Frank B, Dietary Patterns and Changes in Body Weight in Women, *OBESITY* 2006; 14 (8)
- 27.- Okubo H, Sasaki S, Murakami K, Kim MK, Takahashi Y, Hosoi Y, Itabashi M Three major dietary patterns are all independently related to the risk of obesity among 3760 Japanese women aged 18–20 years, *International Journal of Obesity* 2008; (32), 541 – 549.
- 28.- Bellucci M, De los estudios de la mujer a los estudios de género: Han recorrido un largo camino. *Las mujeres en la imaginación colectiva*. PAIDOS. Barcelona, 2007; 21-51.
- 29.- Castro AC, Autoestima, percepción y satisfacción de la imagen corporal en adolescentes con sobrepeso/obesidad de la UMF no. 33 El Rosario: estudio comparativo / tesis que para obtener el grado de Especialista en Medicina (Medicina Familiar).
- 30.- Mendoza JE. (2018, diciembre 23). Presupuesto 2019 y desigualdad. *El Universal*, opinión. Disponible en <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/jose-enrique-mendoza-mendez/nacion/presupuesto-2019-y-desigualdad>.
- 31.- Castro AC, Autoestima, percepción y satisfacción de la imagen corporal en adolescentes con sobrepeso/obesidad de la UMF no. 33 El Rosario: estudio comparativo / tesis que para obtener el grado de Especialista en Medicina (Medicina Familiar).

**12. ANEXOS**

**Anexo 1. Carta de Consentimiento para participación en protocolos de investigación**

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>
	<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)</b>
Nombre del estudio:	Asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso u obesidad de 20-59 años de la UMF no. 33 "el rosario"
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar UMF No. 33 "el rosario". Azcapotzalco ciudad de México. 2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo Asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres con sobrepeso u obesidad de la UMF no. 33 "el rosario", a fin de implementar estrategias de prevención.
Procedimientos:	Si decide aceptar participar en este estudio, firmara un consentimiento informado en el cual usted aceptara que se le pese y mida. Llenara dos cuestionarios que contienen información acerca de su percepción del peso, con las conductas alimentarias.
Posibles riesgos y molestias:	Se trata de un estudio clínico por lo que no se le ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. Tampoco recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Un posible beneficio que usted recibirá es que al término de su participación se le proporcionara información sobre su estado nutricional y hábitos de vida saludables. No omito mencionarle que los resultados del presente estudio contribuirán al avance de los factores que intervienen en la conducta alimentaria, información de utilidad para futuros programas de prevención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (a) (nombre y número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a los cuestionarios para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio <input type="checkbox"/> Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por _____ años tras lo cual se destruirá la misma.
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	
Investigador Responsable:	Médico Familiar Dra. Teresita de Jesús Márquez Simons Matrícula: 99359129 TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF N°33 El Rosario
Colaboradores:	Médico Residentes Dr. José Castillo Heredia. Matricula; 98354831 Residente de tercer año del curso de Especialización en Medicina Familiar TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF N°33 El Rosario
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	
_____ Nombre y firma del sujeto	<u>Dra. Teresita de Jesús Márquez Simons</u> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
<b>Clave: 2810-009-013</b>	

**ANEXO 2 CUESTIONARIO.**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION NORTE DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

**CUESTIONARIO**

**ASOCIACION DE LA PERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN MUJERES CON SOBREPESO U OBESIDAD DE LA UMF NO. 33 "EL  
ROSARIO"**

Le solicito atentamente su participación para resolver el siguiente cuestionario, el motivo es obtener información acerca de la asociación de la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria en mujeres en sobrepeso u obesidad de 20-59 de la UMF no. 33 "el rosario". La información que se obtenga será estrictamente **CONFIDENCIAL**. Agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

**Instrucciones:** Marque con una **X** la opción que más se asemeje a su realidad.

<p><b>1. ¿Cuál es su edad?</b></p> <p>a) 20-29 años. b) 30-39 años. c) 40-49 años. d) 50-59 años.</p> <p><b>2. ¿Tiene pareja?</b></p> <p>a) Si. b) No.</p> <p><b>3. ¿Cuál es su ocupación?</b></p> <p>a) Ama de casa. b) Obrera. c) Empleada. d) Estudiante. e) Comerciante. f) Desempleada.</p> <p><b>4. ¿Cuál es su grado máximo de estudios?</b></p> <p>a) Primaria. b) Secundaria. c) Bachillerato. d) Carrera técnica. e) Universidad. f) Posgrado.</p> <p><b>5. ¿Me es difícil leer las etiquetas nutrimentales?</b></p> <p>a) Por falta de tiempo. b) Porque no me interesa. c) Porque no las entiendo. d) Por pereza. e) Sí las leo y las entiendo.</p>	<p><b>6. Si evitas algún alimento, ¿Por qué motivo lo haces?</b></p> <p>a) Porque no me gusta. b) Por cuidarme. c) Porque me hace sentir mal. d) No suelo evitar ningún alimento.</p> <p><b>7. ¿Qué haces con la grasa visible de la carne?</b></p> <p>a) La quito toda. b) Quito la mayoría. c) Quito un poco. d) No quito nada.</p> <p><b>8. ¿Habitualmente mastico cada bocado más de 25 veces?</b></p> <p>a) Totalmente en desacuerdo. b) En desacuerdo. c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo. d) De acuerdo. e) Totalmente de acuerdo.</p> <p><b>9. ¿Tiene un horario fijo para ingerir alimentos entre semana?</b></p> <p>a) Si. b) No.</p> <p><b>10. ¿Tiene un horario fijo para ingerir alimentos el fin de semana?</b></p> <p>a) Si. b) No.</p> <p><b>Continúa al reverso...</b></p>
---	--

11. De las siguientes imágenes selecciona con un círculo la letra debajo de la imagen que corresponde con tu imagen actual.

