

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FUNDACIÓN CLÍNICA MÉDICA SUR

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

**PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN
UN SUBGRUPO DE RESIDENTES DE LA
FUNDACIÓN CLÍNICA MÉDICA SUR.**

PRESENTA:

Dra. Carmen Zavala García

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Javier Lizardi Cervera

México, D.F.; marzo 2009.



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.

Dr. Misael Uribe Esquivel

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Interna

Dr. Javier Lizardi Cervera

Director Académico

Y

Director de Tesis

ÍNDICE.

1. MARCO TEÓRICO	4
1.1. Definición	4
1.2. Antecedentes	4
- Incidencia, prevalencia.	
- Identificación de grupos y factores de riesgo	
- Causas probables	
1.3. Justificación	10
1.4. Objetivos	11
2. TIPO DE ESTUDIO	11
2.1. Definición del universo	11
3. MATERIAL Y MÉTODOS	11
3.1. Descripción de los instrumentos de medición utilizados	12
3.2. Criterios de inclusión	13
3.3. Criterios de exclusión	13
3.4. Criterios de eliminación	13
4. RESULTADOS	13
5. CONCLUSIONES	15
6. BIBLIOGRAFÍA	16
7. ANEXOS	17

1. MARCO TEÓRICO.

1.1. DEFINICIÓN.

La definición de Imagen Corporal se compone principalmente de dos aspectos, por un lado Cuerpo que es la estructura física de un organismo y por el otro lado Imagen que es la representación mental de una idea o concepto. Las imágenes derivan de percepciones y están influidas por factores personales y culturales por lo que en conjunto, la Imagen Corporal se puede definir como la representación interna de la apariencia externa¹.

La Imagen Corporal fue descrita por Schilder en 1935 como la “imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo”. Por lo que no es necesariamente consistente con nuestra apariencia física real y resalta la importancia de las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su cuerpo. Bruch en 1962, fue la primera autora que propuso que la distorsión de la Imagen Corporal evidenciada por la sobre-estimación de su tamaño era característica patognomónica de la anorexia nerviosa. Por otra parte algunos estudios hechos por Parpiñá en 1988 y Wardle en 1987 ponen de manifiesto la relevancia que tienen actitudes y conductas asociadas a conseguir un cuerpo socialmente deseable, factores todos ellos que son comunes tanto en pacientes con anorexia, bulimia y adolescentes sanas².

1.2. ANTECEDENTES.

- Incidencia, prevalencia.

Es interesante ver como al inicio de un Nuevo año, millones de personas tienen como resolución bajar de peso, de éstos pocos lo habrán logrado y aún menos habrán sostenido la pérdida. Si se toma un periodo en cualquier periodo del año, entre el 15 y

35% de los americanos están tratando de perder peso ya sea con dietas bajas en calorías o grasa, evitando postres, consumiendo solo bebidas con edulcorantes artificiales, uniéndose a Clubs, tomando medicamentos, realizándose cirugía plástica y con ejercicio extremo. Todo lo anterior con la meta “ideal” de estar delgado, en forma y por siempre joven. En 1998 la cantidad de dinero gastada en clubs, sitios de elaboración de comidas especiales y otros remedios se estimó entre los 30 y 50 billones de dólares. Los intentos fallidos usualmente traen al individuo sentimientos de culpa y odio y prejuicios sociales como el ser una persona floja, indisciplinada y con poco autocontrol. A pesar de que la mortalidad de la anorexia y bulimia en algunas poblaciones alcanza el 20% y que las mujeres en su mayoría conocen el peligro de adoptar dietas bizarras, ayuno, consumo de laxantes o vómitos autoinducidos; prefieren correr el riesgo para alcanzar la “figura ideal”³.

Un estudio realizado en 7000 mujeres entre 9 y 14 años encontró que las que querían verse como estrellas de televisión o cine estaban doblemente preocupadas por su peso, realizaban dietas constantemente o tenían vómitos autoinducidos. En España se realizó otro estudio de 3000 mujeres entre los 12 y 21 años de edad en un periodo de 19 meses, se encontró que aquellas que leían revistas tenían 50% mayor riesgo de tener trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En un estudio sociológico, en una isla del pacífico en Fiji, se introdujo televisión con programación de los EU, posterior al tiempo de estudio determinado, el 15% de las mujeres refirieron vómitos autoinducidos como conducta compensatoria para control de peso⁷. Entre el 30 y 60% de los personajes femeninos de los programas de televisión están por debajo del peso considerado como normal⁴.

- **Identificación de grupos y factores de riesgo.**

Hay múltiples factores que contribuyen a la construcción de la imagen corporal. La adolescencia es un periodo crítico en esta construcción en la que la asociación con la autoestima es única y muy importante. La adolescencia representa un periodo de transición en el que se enfrentan cambios físicos, cognitivos y sociales. Los cambios físicos convergen con sentimientos de tensión sexual y atracción física, expectativas inciertas de las relaciones sociales lo que le da a la imagen corporal un sentido de plasticidad o cambios constantes⁴.

A pesar de que al término distorsión en la Imagen Corporal se le ha relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la preocupación sobre la misma en los sujetos con obesidad fue descrita en los años 60's. El sobrepeso y la obesidad sobre todo en mujeres, ha reportado mayor insatisfacción relacionada con la Imagen Corporal que las mujeres con peso normal y en una sociedad en la que la delgadez se considera un "plus", esto no es de sorprenderse. Además el impacto clínico es muy importante ya que se le relaciona con aumento en síntomas depresivos independientemente del grado de sobrepeso u obesidad. En los sujetos con obesidad mórbida que acuden a cirugía bariátrica y que presentan frecuentemente problemas serios como hipertensión y diabetes, su principal motivación para la cirugía es mejorar su apariencia y no mejorar su salud⁵.

La insatisfacción en la Imagen Corporal es un fenómeno creciente que no solo se presenta en población con TCA, sobrepeso u obesidad. Debido a que el aspecto cultural juega un papel importante en la formación de la Imagen Corporal, no es de sorprender que haya diferencias raciales en la definición de la "figura ideal". En varios estudios se ha encontrado que las mujeres afro-americanas en contraste con las caucásicas y con un

índice de masa corporal (IMC) mayor, se consideraban socialmente atractivas y aceptadas. En lo que respecta a las preferencias del sexo masculino con la figura femenina ideal, los resultados fueron similares entre ambas razas⁶.

En lo que respecta a la Imagen Corporal, las mujeres adolescentes son una población altamente vulnerable. La noción de lo que significa delgadez ha cambiado de manera considerable a lo largo del tiempo. Hace 20 años las modelos promedio pesaban 8% menos que las mujeres de la población general para el peso y edad; el día de hoy pesan 23% menos. Las niñas son bombardeadas diariamente con imágenes de modelos y estrellas de cine anoréxicas lo que explica el porqué un tercio de las niñas de tercer año de primaria han hecho ya alguna dieta en los EU y para el sexto año, alcanza hasta el 60%; y porque hasta la mitad de las adolescentes en peso normal, se consideran en sobrepeso. Los tele-espectadores son alentados para comprar productos que en teoría mejoraran su aspecto como: shampoo para abrillantar el pelo, dientes mas blancos, mejorar la piel. Otra cosa que también es importante tomar en cuenta, es el fenómeno creciente de los “Reality Shows” que tratan de competencias sobre mejorar la imagen con: Extreme Makeover o The Swan⁴.

Algo que es importante hacer notar es que no hay muchos datos con respecto a la percepción de la “figura ideal” en el sexo masculino. Sin embargo, en un estudio que observó la proporción de exposición corporal tanto de hombres como mujeres en dos revistas líderes para mujeres de 1958 a 1998, se encontró que la proporción de mujeres desnudas prácticamente no cambió, pero la cantidad de hombres desnudos aumentó dramáticamente particularmente desde 1980. El autor Bordo sugiere que estos anuncios que simulan un fenotipo “Adonis”, se inició con diseñadores de moda como Calvin

Klein para atraer tanto a hombres homo como heterosexuales. Mientras que la mujer tiene más frecuentemente insatisfacción corporal en la parte media y baja de su figura así como en las mamas; los hombres tienen insatisfacción en la parte superior y media particularmente abdomen, tórax y brazos. Los últimos son particularmente enfatizados en los medios. En los colegios en Austria, Francia y EU se ha encontrado que los hombres eligieron como su figura ideal, una 28 libras mas muscular que la propia. En un estudio realizado por una universidad en EU se pidió a los hombres que describieran su “ideal social”, todos listaron aspectos relacionados con la musculatura tales como grande, bien definido, torneado, con buen tono o un cuerpo en forma de V, funcional, atlético. La mayoría de los participantes ejemplificaban o comparaban su ideal con modelos de revistas de fitness, anuncios de ropa interior, jugadores de basketball, actores de miniseries, estrellas de rock y actores como Brad Pitt y Edward Norton. Todos los participantes expresaron su convicción de que el “abdomen de lavadero” era atractivo y hacían notar que la gente que se encontraba “en forma” era más exitosa y tratada mejor por otros⁷.

- Causas probables

A través del ayuno o de la selección alimentaria, con o sin ayuda de otros factores como el ejercicio, se han extendido entre la población una serie de mecanismos individuales dirigidos a adecuar la Imagen Corporal a unos criterios estéticos orientados hacia la delgadez. Los antropólogos de la alimentación coinciden en señalar que las relaciones entre Imagen Corporal y comportamiento alimentario vienen netamente marcadas por la abundancia alimentaria propia de nuestras sociedades contemporáneas y sus efectos; en el que la accesibilidad suficiente a los alimentos no garantiza una elección alimentaria nutricionalmente adecuada. En un estudio en el que se realizaron entrevistas a jóvenes

de los dos géneros destaca que cuando se habla de sobrepeso o incluso de obesidad, se hace referencia a ellas como si fueran fundamentalmente el producto de las decisiones individuales, una mala alimentación o mala construcción de la dieta. En cambio, cuando se habla de anorexia o bulimia, se hace referencia a factores sociales y predisposición individual que se vincula a la falta de autoestima. Además es interesante el que a pesar de que una dieta pueda ser contraproducente para el organismo, al no asociarse globalmente el término dieta a una mala práctica alimentaria, no se considera que el dejar de hacerla favorezca la promoción de la salud. La contención alimentaria es considerada como el “factor clave” en la regulación de la ingesta, la cual se expresa a través de tres mecanismos: eliminación, restricción y sustitución. Lo anterior hace que el sujeto vaya comiendo cada vez menos dando como resultado entre otras cosas deficiencias nutricionales y riesgo de TCA.

Su relación con la autoestima, el concepto que tiene una persona sobre si misma y otros aspectos claves del desarrollo humano como la sexualidad, relaciones familiares e identidad impactan de manera directa sobre ésta percepción. Si en conjunto, todo lo anterior es suficientemente intenso, puede ser un factor catalizador de comportamientos que tengan por objeto cambiar la psique para reducir el descontento. En sus extremos, puede convertirse en un desorden alimentario y/o depresión¹.

Por lo anterior podríamos concluir que la insatisfacción con la Imagen Corporal parece ser mas la regla que la excepción. Es un estudio publicado en el Psychology Today en 1996, el 56% de las mujeres y el 43% de los hombres no estaban satisfechos con su apariencia actual. Hay diferencias raciales, las mujeres afro-americanas típicamente reportan menor insatisfacción⁵.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La discriminación en contra de las personas con sobrepeso y obesidad juega un papel social muy importante en la insatisfacción con la Imagen Corporal y la autoestima tanto en las escuelas como en los sitios de trabajo en conjunto con el bombardeo por los medios de comunicación.

El papel del médico como educador de la población y la importancia en la prevención y detección temprana tanto de los TCA como en lo que respecta al sobrepeso, obesidad es vital³.

Sin embargo, como parte de la población, el propio médico puede tener insatisfacción con su Imagen Corporal e incluso ser parte de la población que discrimina o es discriminada y esto mermar su papel.

Es por esto que investigamos la Percepción de la Imagen Corporal en un subgrupo de residentes en la Fundación Clínica Médica Sur; que finalmente son especialistas y subespecialistas en formación que tendrán un contacto futuro con pacientes en riesgo.

Además es importante mencionar, que no existen estudios que evalúen la percepción de la imagen corporal en médicos.

1.4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

1. Determinar la percepción corporal en un subgrupo de residentes de la Fundación Clínica Médica Sur

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

1. Determinar la prevalencia de peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad
2. Determinar los hábitos alimentarios
3. Determinar la actividad física realizada

2. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo.

2.1. Definición del universo

En el presente estudio, se evaluaron un total de 32 residentes de los cursos de especialización y subespecialización en medicina interna, radiología e imagen, medicina del enfermo en estado crítico; en un periodo comprendido del 10 al 28 de abril de 2006.

Todos ellos residentes de la Fundación Clínica Médica Sur.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para poder cuantificar de alguna manera la percepción de la Imagen Corporal, habitualmente se procede a la comparación de parámetros objetivos, es decir, peso y

talla medidos contra los referidos por el sujeto de estudio⁷. Para la determinación de los hábitos alimentarios y actividad física, se realizaron encuestas.

3.1. Descripción de los instrumentos de medición utilizados

Escala de la Imagen Corporal de Gardner: ésta escala esta compuesta por 13 siluetas que representan la silueta de la figura humana sin atributos reconocibles. La central representa la mediana de distribución de peso (edad media de 19 años y peso de 63.99kg) y a ambos lados se sitúan otras 6 siluetas que representan en orden creciente y decreciente el incremento y decremento progresivo de peso (5, 10, 15, 20, 25 y 30%). Uno de los extremos representa una figura extremadamente obesa y el otro, delgada. Es una escala autoaplicada y heteroaplicada en la que el paciente realiza dos valoraciones: marcar su percepción actual de su imagen corporal y otra marca en su imagen ideal. El evaluador por otro lado marca la imagen real del paciente. (anexo 1)

Para la determinación de peso, talla e índice de masa corporal, se utilizo un analizador de la composición corporal BC-418.

Se realizó además una encuesta utilizada en los pacientes de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del CIDYT en Médica Sur para tratar de detectar conductas de riesgo para TCA y conocer sus hábitos de alimentación, periodos de ayuno, actividad física. (anexo 2)

Se aplicó el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, validado en población mexicana SNUT (Instituto Nacional de Salud Pública), para valorar cuantitativamente la dieta habitual de los residentes. (anexo 3).

3.2. Criterios de inclusión

Se incluyeron a todos aquellos residentes que se encontraran rotando dentro del hospital (Fundación Clínica Médica Sur)

Aquellos en que la propia rotación les permitiera acudir a contestar las encuestas y a valoración por nutrición.

3.3. Criterios de exclusión

Se excluyeron residentes que por motivos de rotación o de servicio no estaban en el hospital.

Aquellos que no pudieron contestar la encuesta

Aquellos que no pudieron acudir a valoración de nutrición.

3.4. Criterios de eliminación

Embarazo

4. RESULTADOS

Se evaluaron un total de 32 residentes (medicina interna, radiología e imagen y medicina del enfermo en estado crítico), 16 hombres y 16 mujeres, edad promedio de 26 años.

La talla menor encontrada es de 1.48mts., la mayor 1.83m. con una moda de 1.60mts. y talla promedio de 1.66mts.

El peso promedio fue de 69.1kg. El menor peso encontrado fue de 47kg y el mayor 116kg.

El 53% de los residentes se encontró con un IMC entre 19 y 24, 31% con sobrepeso, 12% con obesidad grado I y el 3% con obesidad grado II. El IMC promedio fue de 24.5.

Se les solicitó a los residentes que en la encuesta anotaran la talla que ellos creían tener, sin utilizar ningún tipo de medida; posteriormente se les realizó la medidas de la talla y comparamos ambas. Encontramos que el 78.1% de los residentes anotaron una talla mayor a la que realmente tenían. (Tabla 1).

Posteriormente se les pidió que anotaran el peso que ellos creían tener y después se les midió ya también se compararon ambos. El 65.5% de los residentes tuvieron un peso real menor al referido. (Tabla 2.).

En cuanto a la escala de Gardner encontramos lo siguiente. Al elegir la figura referida como “ideal” contra la percibida como real encontramos que el 65.6% desean estar mas delgados y solo uno de los residentes escogió como ideal una figura mayor a la referida como la real. Sin embargo, al calcular el Gardner de acuerdo a el peso y talla real de los residentes, el 84.3% eran consistentes tanto el calculado como el referido como ideal. Al comparar el análisis del Gardner calculado con el percibido como actual, el 40.6% el calculado fue mayor que el percibido como actual. (Tabla 3.)

En lo que respecta a las respuestas de la encuesta que se realiza en la Clínica de TCA encontramos lo descrito en la tabla 4. Es importante mencionar que de los que

contestaron que estaban inconformes con su cuerpo (13), el 92% se concibe así mismo como “gordo” y uno solo de los residentes se describió como muy delgado (mujer). Lo que concuerda con el porcentaje del Gardner calculado vs el “ideal” en ésta subpoblación (84.6%). De estos residentes que se autodescriben como “gordos” solo tres de ellos sienten culpa después de comer y solo el 46.1% realiza actividad física.

En cuanto a los hábitos alimentarios se encontró que el consumo de carbohidratos está disminuido en 19% de acuerdo a los requerimientos de recomendación diaria (RDA) y las proteínas exceden la RDA en un 1.3%. En lo que se refiere a las grasas, se encontraron 4.2gr de grasa saturada por arriba de la RDA. El consumo de cafeína es elevado y de fibra es alto. En la tabla 5 se observa con detalle el consumo de cada grupo de alimentos.

5. CONCLUSIONES.

No hay en la literatura estudios sobre la percepción de la imagen corporal en residentes.

En el presente estudio se evidencia que aunque se trata de una población previamente sana, sin trastornos de la conducta alimentaria y que además se trata de personal médico, si hay un trastorno en la percepción de la imagen corporal. No hay ningún estudio realizado ni en residentes ni en médicos de éstas características.

Los promedios de consumo de los macronutrientes indican que la dieta de los residentes no es equilibrada y que además no tienen la actividad física recomendada para una adecuada salud cardiovascular.

De acuerdo a lo anterior habrá que valorar posteriormente que factores son los que directamente influyen sobre la población estudiada para tener esta distorsión y además si la propia distorsión influye sobre la empatía hacia los pacientes con extrema delgadez, sobrepeso u obesidad.

Relacionado con lo anterior es de hacer notar que aunque se perciben con mayor peso y que un porcentaje importante siente culpa después de comer, solo al 46% de éstos realiza actividad física. Siendo la actividad física y la dieta dos temas preponderantes que forman parte del tratamiento en las enfermedades mas prevalentes de nuestro tiempo como las que forman parte del síndrome metabólico; será entonces que el propio personal de la salud no refleja a sus pacientes la importancia de ambas ni físicamente y mucho menos en su papel educador de la sociedad.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Cáceres J. *La incidencia de la preocupación por la imagen corporal en las elecciones alimentarias de los jóvenes. Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía* 2005; 27: 165-177.
2. Perpiñá C, Baños R. *Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. Anales de psicología* 1990; 6: 1-9.
3. Kassirer Jerome, Angell Marcia. *Losing Weight-An Ill-Fated New Year's Resolution. NEJM Editorial* 1998; 338: 52-54.
4. Sarwer D, et al. *Body Image and Obesity in Adulthood. Psychiatr Clin N Am* 2005; 28: 69-87.
5. Borzekowski D, Bayer A. *Body Image and Media Use Among Adolescents. Adolesc Med* 2005; 16: 289-313.
6. Strasburger V. *Risky Business: What Primary Care Practitioners Need to Know About the Influence of the Media on Adolescents. Prim Care Clin Office Pract* 2006; 33: 317-348.
7. Montero P, et al. *Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. Antropo* 2004; 8: 107-116.
8. Peixoto M. *The male body ideal: perspectives of readers and non-readers of fitness magazines. jmhg* 2005; 2(2): 223-229.

7. ANEXOS

Tabla 1.

TALLA REAL VS REFERIDA	NÚMERO DE RESIDENTES (%)
Mayor	1 (3.1%)
Igual	6 (18.7%)
Menor	25 (78.1%)

Tabla 2.

PESO REAL VS REFERIDO	NÚMERO DE RESIDENTES (%)
Mayor	5 (15.6%)
Igual	6 (18.7%)
Menor	21 (65.5%)

Tabla 3.

	Figura referida como ideal vs percibida como actual	Gardner calculado vs referido como ideal	Gardner calculado vs percibido como actual
Menor	21 (65.6%)	2 (6.2%)	8 (25%)
Igual	10 (31.2%)	27 (84.3%)	11 (34.3%)
Mayor	1 (3.1%)	3 (9.3%)	13 (40.6%)

Tabla 4.

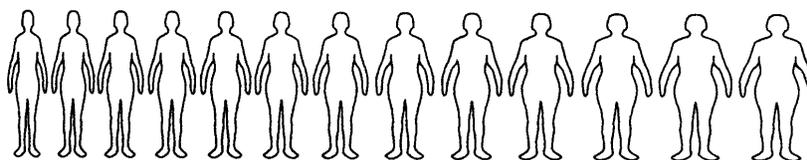
Pregunta	Hombre n(%)	Mujer n(%)
Al sentirse tenso, ¿come vorazmente?	6 (37.5%)	4 (25%)
¿Le agrada su cuerpo?	10 (62.5%)	9 (56.2%)
¿Siente culpa después de comer?	2 (12.5%)	2 (12.5%)
¿Realiza ejercicio?	8 (50%)	7 (43.7%)
Haga lo que haga sienta que no logro la figura que deseo	3 (18.7%)	5 (31.2%)

Están incluidos los que contestaron de manera positiva

Tabla 5.

NUTRIMENTOS	TOTAL
Kcal totales	1,685 ± 715
Proteínas (gr)	69 ± 29.5
Proteínas de origen animal (gr)	46.7 ± 26.4
Carbohidratos (gr)	174.1 ± 66.3
Fructuosa (gr)	26.2 ± 12.7
Glucosa (gr)	23 ± 10.8
Fibra (gr)	17.6 ± 4.1
Fibra cruda (gr)	4 ± 1.3
Calcio (mg)	526.9 ± 188.7
Hierro (mg)	10.4 ± 4.3
Sodio (mg)	1355 ± 624
Colesterol (mg)	236.4 ± 141
Alcohol (gr)	1.5 0.7
Cafeína (mg)	116.4 ± 32.6
Grasa animal (gr)	45.4 ± 21.8
Grasa Vegetal (gr)	33.6 ± 15.2
Grasa Total (gr)	79 ± 32.5
AGS (gr)	24.2 ± 11.1
AGMI (gr)	33.5 ± 14
AGPI (gr)	14 ± 6.1

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL DE GARDNER.



**ENCUESTA PARA LA DETECCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO PARA
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

- ¿Usa Diuréticos? ¿Con que frecuencia? _____
- ¿Usa laxantes? ¿Con que frecuencia? _____
- ¿Usa enemas? ¿Con que frecuencia? _____
- ¿Siente culpa después de comer?
- ¿Vomita después de comer?
- ¿Siente culpa después de vomitar?
- ¿Realiza ejercicio? ¿Cuántas horas al día? _____
- ¿Se mantiene en ayuno frecuentemente? ¿Cuántas horas? _____
- ¿Cuántos días a la semana?
- ¿Prefiere comer a solas?
- ¿Pesa los alimentos?
- ¿Corta los alimentos en pedazos muy pequeños?
- ¿Cada vez come menos?
- ¿Ha dejado de comer grupos de alimentos? ¿Cuales? _____
- ¿Prefiere comer verduras?
- ¿Prefiere comer carne?
- ¿Prefiere comer dulces?
- ¿Aunque tenga hambre no come?
- ¿Le molesta salir a comer a restaurantes?
- ¿Cuando se siente tensa/o come vorazmente?
- ¿Aunque haya comido ingiere gran cantidad de alimentos sin que la/o vean?
- ¿Esconde alimentos para comerlos después?
- ¿Esconde la envoltura de alimentos que ya se comió?
- ¿Mastica los alimentos y los escupe?
- ¿Padece de insomnio?
- ¿Le es difícil levantarse en la mañana?
- ¿Aunque haya dormido sus horas habituales se siente cansado/a?
- ¿Se despierta en la noche y le es difícil conciliar el sueño?
- ¿Cuando ya están dormidos sus familiares le dicen que hace mucho ruido en la noche?
- ¿Se siente débil durante el día?
- ¿Se siente sin energía para realizar sus actividades del día?
- ¿Tiene dolores musculares inexplicables?
- ¿Tiene sensación de depresión, angustia o intranquilidad?
- ¿Tiene mal carácter o se siente irritado/a constantemente?
- ¿Ha notado dificultad para concentrarse, recordar o pensar claramente?
- ¿Se siente apático/a?
- ¿Le es difícil tomar decisiones?
- ¿Siente pocas cosas o nada le sale bien?
- ¿Siente que no vale nada?
- ¿Le molesta cuando le hacen un halago?
- ¿Le agrada su cuerpo?
- ¿Se siente delgado/a?
- ¿Se siente gordo/a?
- ¿Siente que haga lo que haga no tiene la silueta que desea?

SNUT

FECHA: _____

NOMBRE: _____ PESO : _____

EDAD: _____ TALLA: _____

Durante el año previo a este día, con que frecuencia consumió usted los siguientes productos? Por favor indique con una cruz, en la columna, la opción que considere más cercana a su realidad.

	FOLIO:				VECES A LA SEMANA			VECES AL DÍA				
					MENOS DE UNA VEZ AL MES	1-3 VECES AL MES		1	2-3	4-5	6	
	LACTEOS	NUNCA										
1	UN VASO DE LECHE ENTERA											
2	UNA REBANADA DE QUESO FRESCO O ½ TZA COTTAGE											
3	UNA REBANADA DE QUESO OAXACA											
4	UNA REBANADA DE QUESO MANCHEGO O CHIHUAHUA											
5	UNA CUCHARADA DE QUESO CREMA											
6	UNA TAZA DE YOGURT O BÚLGAROS											
7	UN BARQUILLO CON HELADO DE LECHE											
	FRUTAS											
8	UN PLÁTANO											
9	UNA NARANJA											
10	UN VASO CON JUGO DE NARANJA O TORONJA											
11	UNA REBANADA DE MELON											
12	UNA MANZANA FRESCA											
13	UNA REBANADA DE SANDIA											
14	UNA REBANADA DE PIÑA											
15	UNA REBANADA DE PAPAYA											
16	UNA PERA											
17	UN MANGO											
18	UNA MANDARINA											
19	UNA PORCIÓN DE FRESAS (+ DE 10)											
20	UN DURAZNO, CHABACANO O NECTARINA											
21	UNA PORCIÓN DE UVAS (+ DE 10)											
22	UNA TUNA											
23	UNA PORCIÓN DE CIRUELAS											
24	UNA REBANADA DE MAMEY											
25	UN ZAPOTE											

					VECES A LA SEMANA			VECES AL DÍA			
					1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6
	CARNES Y EMBUTIDOS	NUNCA	MENOS DE UNA VEZ AL MES	1-3 VECES AL MES							
26	UN HUEVO DE GALLINA										
27	UNA PIEZA DE POLLO										
28	UNA REBANADA DE JAMON										
29	UN PLATO DE CARNE DE RES										
30	UN PLATO DE CARNE DE CERDO										
31	UNA PORCION DE ATUN										
32	UN PEDAZO DE CHICHARRÓN										
33	UNA SALCHICHA										
34	UNA REBANADA DE TOCINO										
35	UN BISTEC DE HIGADO O HIGADITOS DE POLLO										
36	UN TROZO DE CHORIZO O LONGANIZA										
37	UN PLATO DE PESCADO FRESCO										
38	UN PLATO DE SARDINAS										
39	MEDIA TAZA DE MARISCOS										
40	UN PLATO DE CARNITAS										
41	UN PLATO DE BARBACOA										
	VERDURAS										
42	UN JITOMATE EN SALSA O QUISADO										
43	UN JITOMATE CRUDO O EN ENSALADA										
44	UN PAPA O CAMOTE										
45	MEDIA TAZA DE ZANAHORIA										
46	UNA HOJA DE LECHUGA										
47	MEDIA TAZA DE ESPINACAS U OTRA VERDURA VERDE										
48	MEDIA TAZA DE CALABACITAS O CHAYOTES										
49	MEDIA TAZA DE NOPALITOS										
50	UN PLATO DE SOPA DE CREMA DE VERDURAS										
51	MEDIO AGUACATE										
52	MEDIA TAZA DE FLOR DE CALABAZA										
53	MEDIA TAZA DE COLIFLOR										
54	MEDIA TAZA DE EJOTES										
55	UNA CUCHARADITA DE SALSA PICANTES O CHILES CON SUS ALIMENTOS										
56	CHILES DE LATA										
57	UN PLATILLO CON CHILE SECO										
58	UN ELOTE										

					VECES A LA SEMANA			VECES AL DÍA			
					1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6
	LEGUMINOSAS	NUNCA	MENOS DE UNA VEZ AL MES	1-3 VECES AL MES							
59	UN PLATO DE FRIJOLES										
60	MEDIA TAZA DE CHICHAROS										
61	UN PLATO DE HABAS VERDES										
62	UN PLATO DE HABAS SECAS										
63	UN PLATO DE LENTEJAS O GARBANZOS										
	CEREALES										
64	UNA TORTILLA DE MAIZ										
65	UNA TORTILLA DE CHARINA										
66	UNA REBANADA DE PAN BLANCO DE CAJA										
67	UNA REBANADA DE PAN INTEGRAL DE CAJA										
68	UN BOLILLO O TELERA										
69	UNA PIEZA DE PAN DULCE										
70	UN PLATO DE ARROZ										
71	UN PLATO DE SOPA DE PASTA										
72	UN PLATO DE AVENA										
73	UN TAZONDE CEREAL DE CAJA (hojuelas de maiz)										
	¿CUÁL?										
74	CEREAL ALTO EN FIBRA										
	¿CUÁL?										
	GOLOSINAS										
75	UNA REBANADA DE PASTEL										
76	UNA CUCHARADA DE ATE DE MIEL, MERMELADA, CAJETA O LECHE CONDENSADA										
77	UNA CUCHARADA DE CHOCOLATE EN POLVO										
78	UNA TABLILLA DE CHOCOLATE										
79	UNA BOLSA DE FRITURAS										
	BEBIDAS										
80	UN REFRESCO DE COLA MEDIANO										
81	UN REFRESCO GASEOSO DE SABOR										
82	UN REFRESCO DIETETICO										
83	UN VASO DE AGUA DE SABOR AZUCARADA										
84	UNA TAZA DE CAFE SIN AZUCAR										
85	UNA TAZA DE ATOLE SIN LECHE										
86	UNA TAZA DE ATOLE CON LECHE										
87	UNA CERVEZA										
88	UNA COPA DE VINO DE MESA										
89	UNA BEBIDA CON RON, BRANDY, TEQUILA, VODKA, ETC										

					VECES A LA SEMANA						VECES AL DÍA			
					MENOS DE UNA VEZ AL MES	1-3 VECES AL MES	1	2-4	5-6	1	2-3	4-5	6	
	GRASAS	NUNCA												
90	ACEITE DE MAIZ													
91	ACEITE DE SOYA													
92	ACEITE DE GIRASOL													
93	ACEITE DE CARTAMO													
94	ACEITE DE OLIVA													
95	UNA CUCHARADITA DE MARGARINA													
96	UNA CUCHARADITA DE MANTEQUILLA													
97	UNA CUCHARADITA DE CREMA													
98	UNA CUCHARADITA DE MAYONESA													
99	UNA CUCHARADITA DE MANTECA VEGETAL													
100	UNA CUCHARADITA DE MANTECA ANIMAL													
	ANTOJITOS													
101	UN TACO AL PASTOR													
102	UN SOPE O QUESADILLA													
103	UN PLATO CONFOZOLE													
104	UN TAMAL													

¿Cuántas cucharaditas de azúcar le agrega usted a sus alimentos , a lo largo del día? Tome en cuenta lo que le pone al café, licuado, aguas frescas, etc. _____ cucharaditas.

¿Le agrega usted sal a sus alimentos antes de probarlos? SI _____ NO _____

¿Se come usted el pellejo del pollo? SI _____ NO _____

¿Se come usted el gordito de la carne? SI _____ NO _____

¿Cuántos meses del año pasado consumió usted vitaminas?

0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12

¿Cuál o cuáles? _____

¿Cuántos meses del año pasado consumió usted suplementos de calcio?

0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12

¿Cuál o cuáles? _____

¿Considera usted que su alimentación ha cambiado durante el último año? SI _____ NO _____

¿Porqué? _____