



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
R-2012-2001-30**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

PUEBLA, PUEBLA

**“CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA
AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADULTOS
OBESOS”**

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

PRESENTA:

DRA. ICELA PERALTA HERNÁNDEZ

PUEBLA, PUEBLA

2014



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.

**“CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA
AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADULTOS OBESOS”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

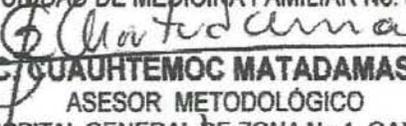
DRA. ICELA PERALTA HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. ITZEL GUTIERREZ GABRIEL. 
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DE BASE DEL IMSS EN PUEBLA


PSIC. JAIME ERNESTO VARGAS MENDOZA
ASESOR DE TEMA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 OAXACA

DRA. MARTHA TAPIA CHAVEZ
ASESOR DE TEMA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 65


DR. EN C. CUAUHTEMOC MATADAMAS ZARATE
ASESOR METODOLÓGICO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1 OAXACA


DRA. AKIHIKI MIZUKI GONZALEZ LÓPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 IMSS PUEBLA, PUE.

**“CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA
AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADULTOS
OBESOS”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

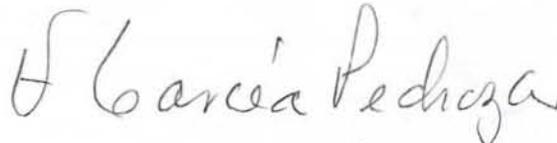
PRESENTA

DRA. ICELA PERALTA HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a Dios por darme la oportunidad de estar en esta vida, y de ser lo que soy; gracias por estar siempre conmigo y con mi familia.

A Oscar mi esposo: por brindarme su comprensión y paciencia durante mi vida profesional, por ser como eres, siempre te llevo en mi pensamiento, te amo: gracias por tu apoyo incondicional.

A mi hijo: Carlos, mi razón y fortaleza para vivir, motivo de seguir superándome, gracias por tu paciencia, y estar conforme de vivir con tus abuelos paternos, mostrando siempre estabilidad, me fue posible ausentarme de tu vida diaria, estando esporádicamente contigo, gracias a ello he terminado un nuevo ciclo de preparación, te amo, y eres el motor de mi vida.

A mis padres: por darme la vida y brindarme la oportunidad de crecer con una familia estable, especialmente a ti madre por no desfallecer en mi formación como profesional, por estar en cada momento decisivo de mi vida, por darme ese impulso de seguir adelante en cada momento, eres pilar fundamental de mis logros, te amo, ser maravilloso y único, siempre estarás en mi mente y en cada momento de mi vida.

A mis hermanos, Abel, Camelia, Eduardo y Oscar, que con su ejemplo, fueron el impulso diario para terminar mis estudios, le doy gracias a Dios por la familia que me dio.

A mis suegros, Rutila Jerónimo y Pedro Sánchez, que desde el momento que me integre a su familia me han brindado apoyo incondicional, y han sido segundos padres para mi hijo, gracias por el cariño, amor y respeto que nos han proporcionado, los llevare siempre en mi mente y en mi corazón.

A mis asesores de tesis, especialmente al Lic. En Psicología Jorge Vargas Mendoza, gracias por su ayuda incondicional, y dedicar tiempo en el análisis de esta tesis.

A mis profesoras de la Residencia de Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS, Dra. Itzél Gutiérrez Gabriel, profesora titular del curso y especialmente a la Dra. Martha Tapia Chávez quien desde que adquirió el compromiso de formarme como Médico Familiar no desfalleció y cumplió el objetivo de formarme como un Médico Familiar íntegro.

ÍNDICE

1	Resumen.....	6
2	Introducción.....	8
3	Marco Teórico.....	11
4	Planteamiento del problema.....	29
5	Justificación.....	30
6	Objetivos.....	31
	6.1. General.....	31
	6.2. Específicos.....	31
7	Hipótesis.....	32
8	Metodología.....	32
	8.1. Tipo de Estudio.....	32
	8.2. Población, lugar y tiempo de estudio.....	32
	8.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	32
	8.4. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	32
	8.5. Información a recolectar.....	33
	8.6. Definición operacional.....	34
	8.7. Método o procedimiento para captar la información.....	36
	8.8. Consideraciones éticas.....	37
9	Resultados.....	38
10	Discusión.....	51
11	Conclusiones.....	54
12	Bibliografía.....	55

1.- RESUMEN

CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADULTOS OBESOS.

¹Peralta-Hernandez I, ² Vargas-Mendoza JE, ³Matadamas-Zarate C.⁴Tapia-Chavez M

¹ Alumna de tercer año de medicina familiar modalidad para Médicos Generales de Base del IMSS UMF No. 1, Adscrita a la UMF No. 27, ²Lic, en Psicología Adscrito al Hospital General de Zona No.1 ³ Especialista en Medicina Interna Adscrito al Hospital General de Zona No.1. ⁴ Especialista en Medicina Familiar adscrita a la UMF No.65.

Introducción: El exceso de peso corporal constituye una pandemia que afecta no solo a los países desarrollados, sino a los subdesarrollados, en el año 2005 la Organización mundial de la Salud (OMS) estimó en 400 millones de adultos, aproximadamente el 7%, de los obesos en el mundo, una cifra que casi se duplica para el 2011. La obesidad es el principal factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en personas adultas en todo el mundo. Pero a la vez es más fácil de controlar que otros factores relacionados con diversas enfermedades y la muerte precoz.

El aumento en la prevalencia y gravedad de la obesidad impulsa la investigación desde múltiples perspectivas considerada un problema de Salud Pública, enfermedad metabólica más prevalente del mundo occidental tanto en países desarrollados como de manera creciente en países en vías de desarrollo.

Objetivo. Identificar la auto percepción de hombres y mujeres de 20 años a 60 años de edad con IMC igual o mayor a 25, en relación a figuras de cuerpos anatómicos con diferentes medidas en relación a la obesidad en adultos.

Material y Métodos. Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo. Los pacientes a estudiar serán aquellos que acudan a consulta de medicina familiar de la UMF 27 IMSS, del consultorio No. 1 de Ocotlán de Morelos, Oaxaca, en el periodo comprendido del primero de julio del 2012 al primero de julio del 2013.

Resultados: Hasta la fecha se ha realizado la encuesta en la que se presentan los datos de 300 pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 27 de la población de Ocotlán de Morelos, Oaxaca (UMF 27 Ocotlán de Morelos) cuyas edades oscilan entre 20 y 60 años de edad con una media estadística en la edad de 39.87.

Conclusiones:

- 1- El sobrepeso como la obesidad son elementos de riesgo para desarrollar distorsiones en la autopercepción de la imagen corporal.
- 2- El Grado de Preocupación de la Imagen Corporal corresponden a 126 pacientes con preocupación moderada para el género femenino y 81 para el género masculino. A 56 pacientes con preocupación grave para el género femenino y 35 para el género masculino.
- 3- El IMC medio de las mujeres se correlaciona con el IMC medio de los hombres que arroja una paridad significativa.
- 4- Tanto la pre obesidad, como la obesidad son elementos de riesgo para desarrollar distorsiones en la autopercepción de la imagen corporal.
- 5- La correlación entre Autopercepción de la Imagen Corporal y el Grado de Preocupación del paciente, encontramos que la preocupación moderada con una autopercepción de Obesidad grado II, le sigue una preocupación grave con una autopercepción de Pre obesidad. y una minoría tienen preocupación leve, teniendo una autopercepción de Obesidad Grado II.
- 6- La autopercepción de la obesidad se relaciona con la propia insatisfacción por la forma del cuerpo.

2.- INTRODUCCIÓN:

En la última década ha aumentado la importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles como problema prioritario de salud pública. Esta situación ha dejado de ser exclusiva de los países desarrollados y empieza a ser también motivo de preocupación en algunos países en vías de desarrollo. Esta situación se ha relacionado con cambios demográficos como el aumento en la esperanza de vida, la adopción de estilos de vida poco saludables y los acelerados procesos de urbanización. Las principales causas de mortalidad se han ido asemejando a las de los países industrializados (enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, diabetes mellitus). Al mismo tiempo sigue existiendo una importante mortalidad por enfermedades transmisibles, propias de países en vías de desarrollo; a esta coexistencia, se le ha denominado transición epidemiológica. Ante este panorama, la investigación en los países en desarrollo se ha propuesto estimar la magnitud de los problemas de salud, identificar factores de riesgo a fin de establecer las medidas convenientes para su control. Los principales factores relacionados con la creciente presencia de enfermedades crónicas no transmisibles están asociados con patrones y hábitos de vida inadecuados, entre los que se pueden mencionar: el exceso en la alimentación en términos de energía, el desequilibrio en el aporte y el tipo tanto de grasas como de hidratos de carbono, así como la baja ingesta de fibra y de algunos micronutrientes. Otros importantes factores asociados al estilo de vida son el hábito tabáquico, el excesivo consumo de alcohol, la falta de ejercicio físico, el sedentarismo y el estrés, que favorecen diversos grados de sobrepeso y obesidad, y que contribuyen al desarrollo de otros padecimientos y se han convertido en años recientes en un problema de salud pública en México, no solo en zonas urbanas, sino también en las rurales. El cuerpo, no el organismo desde la visión médica, se construye en parte por la percepción que los seres humanos tienen de él. El cuerpo es, entonces una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo y de ahí, que la mirada que busca darle un sentido no sea igual entre las diferentes sociedades. Las encuestas nacionales que se han llevado a cabo en varios países durante los últimos años han incorporado diversos indicadores dietéticos, antropométricos y bioquímicos que permiten una mejor estimación de los problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad. La obesidad ha alcanzado una prevalencia tal que hace imposible que todos los individuos afectados acudan con un médico especializado (ENSA 2000). La obesidad ocasiona en los pacientes baja autoestima y autovaloración negativa, perturbaciones en la imagen corporal, así como confusión y dificultad para reconocer los estados emocionales y las sensaciones viscerales, cuando se compara, tanto con sujetos sanos, como con pacientes con Trastornos de conducta alimentaria se observan elevados niveles de disfunción social, ansiedad y depresión en pacientes con obesidad. El diagnóstico de obesidad a través de la determinación del IMC resulta una medición confiable y simple para establecer el diagnóstico de obesidad. Uno de los indicadores más empleados para medir el estado de obesidad en la población adulta es el índice de masa corporal. Esta medida ha sido validada ampliamente y puede utilizarse sabiendo de antemano que subestima el peso y sobrestima la talla. Diagnosticar y clasificar es el primer paso para el adecuado tratamiento de un problema de salud. Esta tarea siempre difícil se

complica aún más en entidades complejas como la obesidad en los que una susceptibilidad genética interacciona con un ambiente determinado por factores psicológicos y económico sociales. Determinar la situación particular de un paciente dentro del heterogéneo espectro de la obesidad requiere de un trabajo clínico y de exámenes de laboratorio complementarios, debe enfatizarse que muchas de las expresiones de la obesidad y sus comorbilidades son un fenómeno funcional que puede modificarse hacia su mejoría o empeoramiento.

El sobrepeso se asocia con riesgo de comorbilidades. El sobrepeso en adultos jóvenes predice el desarrollo de obesidad subsecuente. La grasa visceral y la grasa subcutánea está ligada de manera particular con perfiles de riesgo cardiovascular elevados. En México la ENSA 2000 mostró una elevada prevalencia de hipertensión y de diabetes mellitus entre los individuos con sobrepeso y obesidad. El factor que impide cumplir la mayoría de los estudios en los que se basan los puntos de corte del IMC recomendados por diferentes grupos de expertos, consensos y normas de salud para el diagnóstico y tratamiento de la obesidad se basan en estudios realizados en caucásicos. En estos estudios se demuestra de manera consistente la utilidad del IMC para identificar adultos en riesgo elevado de mortalidad y morbilidad debidas al sobrepeso y a la obesidad, recientemente se ha cuestionado la pertinencia de los puntos de corte descritos para hacer el diagnóstico de sobrepeso y de obesidad en sus distintos grados en otras etnias -asiáticos, mexicanos, otras- especialmente cuando se trata de sujetos de talla baja. Un estudio realizado en población mexicana que incluyó a 119,975 sujetos, reveló que el IMC como herramienta de diagnóstico resulta inadecuado en sujetos con talla baja (< 150 cm para mujeres y < de 160 cm para hombres). En estos individuos la prevalencia de comorbilidades es mayor que en los sujetos que no tienen talla baja. La capacidad del IMC para predecir un exceso de la morbilidad y la mortalidad difiere entre distintos grupos étnicos. En caucásicos, el riesgo de tener complicaciones relacionadas con la obesidad se incrementa con IMC > de 25. En contraste, en poblaciones asiáticas, el riesgo se incrementa con un IMC mayor de 23. Las razones de esta discrepancia son una mayor masa de grasa para un determinado IMC en los asiáticos en relación con lo observado entre los caucásicos. La relación exponencial entre peso y talla del IMC resulta en discrepancias en los extremos de estas variables. En México la talla baja se encuentra en 29% de la población. La talla baja puede ser el resultado de una mala nutrición en las etapas tempranas de la vida y esta situación es un factor de riesgo para el desarrollo de síndrome metabólico y adiposidad abdominal. La NOM-174-SSAI-1998 ha fijado puntos de corte diferentes a los propuestos por las Normas y Consensos de otros países.

La Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología considera necesario determinar en todo paciente obeso: IMC, circunferencia de cintura, tensión arterial, glucemia —sujetando su interpretación a las recomendaciones de la American Diabetes Association, colesterol total, HDL y triglicéridos.

La intervención directa sobre la imagen corporal y la autoestima en pacientes con obesidad resulta necesaria, tanto para el tratamiento directo de la sintomatología

clínica, como para la adherencia al tratamiento dietético y el bienestar psicológico que presentan estos pacientes.

En estudios realizados entre pacientes con obesidad se emplea, asimismo, la imagen corporal real e ideal para captar el nivel de satisfacción que tienen respecto a su cuerpo, así como su grado de autoestima. También algunos autores han intentado validar la imagen corporal como un indicador de percepción del tamaño corporal.

En el presente trabajo se pretende comparar la percepción de la imagen corporal con el IMC del peso y la talla obtenidos de los 300 sujetos que integraron la muestra. El aumento en la prevalencia y gravedad de la obesidad impulsa la investigación desde múltiples perspectivas considerada un problema de Salud Pública, enfermedad metabólica más prevalente del mundo occidental tanto en países desarrollados como de manera creciente en países en vías de desarrollo. En este estudio, observacional, transversal, prospectivo y descriptivo, se intenta conocer la auto percepción de hombres y mujeres de 20 años a 60 años de edad con IMC igual o mayor a 25, en relación a figuras de cuerpos anatómicos con diferentes medidas en relación a la obesidad en adultos. La intervención directa sobre la imagen corporal y autoestima en pacientes con obesidad resulta necesaria, tanto para el tratamiento directo de la sintomatología clínica, como para la adherencia al tratamiento dietético y el bienestar psicológico que presentan estos pacientes. Beneficios al término del estudio.

3. MARCO TEÓRICO

Obesidad es la enfermedad caracterizada por exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25.

Sobrepeso, al estado pre mórbido de la obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27 en población adulta general; y en población adulta de talla baja mayor de 23 y menor de 25³⁰

El índice de masa corporal (IMC), calculada como el peso en Kg dividido por la estatura en metros al cuadrado. Los valores de referencia oscilan entre 18.5 y 24.9. Entre 25 y 29.9 es sobrepeso, y por arriba de 30 se considera que la persona es obesa³⁰

Talla baja, a la determinación de talla baja en la mujer adulta, cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre, menor de 1.60³⁰

La obesidad considerada una enfermedad crónica de difícil tratamiento se asocia con múltiples padecimientos, conjunto de anormalidades metabólicas, denominadas síndrome metabólico: Intolerancia a la glucosa, diabetes, dislipidemia, hipertensión arterial (HTA), incrementan el riesgo de enfermedades del corazón y de trombosis cerebral.¹

El exceso de peso corporal constituye una pandemia que afecta no solo a los países desarrollados, sino a los subdesarrollados, en el año 2005 la Organización mundial de la Salud (OMS) estimó en 400 millones de adultos, aproximadamente el 7%, los obesos en el mundo, una cifra que casi se duplicará para el 2011. La obesidad es el principal factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en personas adultas en todo el mundo. Pero a la vez es más fácil de controlar que otros factores relacionados con diversas enfermedades y la muerte precoz.

Las principales complicaciones médicas de la obesidad son: enfermedades pulmonares, síndrome metabólico, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, enfermedades del hígado, trastornos ginecológicos, así como enfermedad venosa y periodontal. Otras afecciones como la gota, la HTA, los problemas de la piel y la artrosis son también más frecuentes en personas con exceso de grasa. Las personas con obesidad también tienen un mayor riesgo quirúrgico. La asociación con estas enfermedades no siempre es causal, muchas cuestiones todavía están sometidas a debate y, a veces, estos son controversiales.¹

La atención de pacientes con obesidad es un reto al que se enfrentan los sistemas de salud debido al número creciente de enfermos, el aumento en la mortalidad, el desarrollo de incapacidad prematura y el elevado costo de su tratamiento.²

La prevalencia de obesidad difiere según la población analizada: desde valores del 64% en estudios realizados en población de Estados Unidos a 36% en población griega. En México, la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 reportó

una prevalencia de 36.3% para sobrepeso y del 29% para obesidad, y que la prevalencia de obesidad es mayor en mujeres que en varones. Para el estado de Veracruz, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 registro una prevalencia de 35% de sobrepeso y 31.6% de obesidad. A fin de explicar el aumento en la prevalencia de la obesidad, algunos autores han propuesto la participación de factores genéticos, metabólicos, dietéticos y poca o nula actividad física. ²

Método antropométrico utilizado de referencia será IMC: Índice de Quelet o Body Mass Index (BMI). Se obtiene de dividir el peso en kg entre la talla al cuadrado, en metros, estimador valido de la grasa corporal. ³

Existen muchos métodos para aproximarnos a la medición de la masa corporal, por lo general se utilizan métodos antropométricos, que se basan en la medición del peso y la talla, circunferencia y pliegues cutáneos: de forma que sugieren distintos tipos de índices. Índice peso- talla e índice de Benn. Mide la masa corporal total, no diferenciando la grasa corporal. ⁴

Circunferencias: es otro dato antropométrico que se añade a los anteriores, principalmente se consideran tres:

- a).- Circunferencia de la cintura
- b).- Circunferencia de la cadera
- c).- Circunferencia del muslo, Pliegues cutáneos; tricipital, subescapular, abdominal, muslo y pantorrilla.

Se considera una medida directa y sencilla para valorar los depósitos de grasa en determinadas regiones anatómicas. ⁴

En función a la distribución de la grasa corporal, la obesidad se puede clasificar en:

1. Obesidad de distribución homogénea: existe un exceso de grasa corporal sin que predomine en ninguna región concreta del organismo.
2. Obesidad gluteofemoral o ginoide. Existe un aumento de la grasa corporal localizado en cadera, glúteos y muslos.
3. Obesidad abdominal, central o androide. Acumulación excesiva de grasa en la región abdominal. ⁴

La OMS ha propuesto la clasificación cuantitativa de sobrepeso y obesidad basada en el IMC, recomendado en la práctica clínica como en estudios epidemiológicos, ya que es la que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal. ⁴

IMC	CLASIFICACIÓN DE LA OMS	DESCRIPCIÓN CLÍNICA
18.5-24.9	Normal	Normal
25.0-29.9	Grado 1 de sobrepeso	Sobrepeso
30.0-39.9	Grado 2 de sobrepeso	Obesidad
>40.0	Grado 3 de sobrepeso	Obesidad mórbida
IMC	CLASIFICACIÓN DE LA SEEDO (2000)	
18.5-24.9	Normo peso	
25.0-26.9	Sobrepeso grado I	
27.0-29.9	Sobrepeso grado II (Pre obesidad)	
30-34.9	Obesidad tipo I	
35- 39.9	Obesidad tipo II	
40-49.9	Obesidad tipo III (mórbida)	
>50	Obesidad tipo IV (extrema)	

Según la edad de aparición la obesidad se clasifica en:

1. Obesidad de inicio en la infancia o en la adolescencia: usando percentiles de las tablas normativas de peso y talla por sexos. La OMS sitúa en el percentil 85 el corte para el sobrepeso, otra alternativa es considerar obesidad infantil cuando se supera el 20% del peso que le corresponde para su talla.
2. Obesidad del adulto: es más frecuente que la obesidad infantil y la edad de inicio se sitúa entre los 20 y 40 años.⁴

En función de la distribución celular de la grasa se puede clasificar en:

1. Hipertrófica: el aumento de grasa se debe principalmente al incremento en el tamaño de los adipocitos, sin que se produzca un aumento de la cantidad. Este tipo se asocia aún mejor pronóstico.
2. Hiperplásica: Cuando existe un aumento de la grasa corporal secundario a un incremento en el número de los adipocitos. Es más frecuente en épocas de crecimiento, tiene peor pronóstico y presenta más riesgo de complicaciones.⁴

Según la causa que produce la obesidad se divide en:

1. Primaria: Entre el 95 y el 99%
2. Secundaria: Entre el 1 y el 5%. Dentro de ellas las más frecuentes son las de origen endocrino (síndrome de Cushing, de ovarios poli quísticos, Insulinoma, hipogonadismos, hipotiroidismos), las provocadas por el efecto secundario de fármacos y la de origen hipotalámico ya que el centro de la saciedad se encuentra en el hipotálamo ventral medial y el centro que controla la conducta alimentaria está situado en el hipotálamo lateral. Pueden producirse lesiones en el centro ventral medial por un traumatismo craneal, un tumor o una enfermedad inflamatoria. ⁴

GENÉTICA DE LA OBESIDAD: Enfermedad compleja y multifactorial, resultado de la interacción de factores genéticos, conductuales y multifactorial, tiende a agregarse en familias, con fenotipos asociados de heredabilidad aditiva (h^2) significativa. En el caso del IMC La h^2 tiene valores de 40 a 70%. La heredabilidad de muchos otros fenotipos asociados a la adiposidad, como peso corporal, porcentaje de grasa corporal, o masa libre de grasa, concentraciones circulantes de adipocitocinas y otros marcadores de inflamación, han sido estimados en distintas poblaciones y diferentes grupos de edad, con observaciones consistentes de la contribución de factores genéticos a la variación de estos rasgos. ⁵

Algunas de las características de las enfermedades complejas que dificultan la investigación de los factores genéticos que contribuyen al desarrollo de la obesidad, son:

1. Heterogeneidad genética, que implica que diferentes genes pueden afectar el riesgo de desarrollar una determinada condición en distintas poblaciones.
2. La heterogeneidad alélica en la que diferentes variantes dentro del mismo gen pueden dar lugar a alteraciones metabólicas similares y eventualmente dar lugar a la manifestación de la enfermedad.
3. Penetrancia incompleta es la característica de que las variaciones que se asocian a las enfermedades se expresan con gran variabilidad posiblemente por la interacción con otros factores genéticos o factores aleatorios.
4. Fenocopia, en la que la ocurrencia esporádica de una enfermedad es posible en presencia de un riesgo genético mínimo, pero en un ambiente altamente permisivo para el desarrollo de la enfermedad.

5. Herencia oligogénica, dependiendo de la estructura fisiológica de los productos genéticos, las variantes predisponentes deben estar presentes en varios genes simultáneamente para el desarrollo de la enfermedad.⁵

La obesidad en la infancia es un problema de salud que representa riesgos importantes para los individuos afectados, ya que favorece la aparición temprana de alteraciones metabólicas crónicas como la diabetes tipo 2, hipertensión, enfermedad cardiovascular, etc., fenotipo común a varias formas monogénicas de obesidad humana y a síndromes causados por anormalidades cromosómicas, existen 30 síndromes que presentan obesidad como parte del cuadro clínico, como el Síndrome de Prader Willi (forma más común, desorden autosómico dominante, asociado a rearreglo cromosómico caracterizado por obesidad, actividad fetal reducida, hipotonía muscular al nacimiento, estatura baja, hipogonadismo, retardo mental, manos y pies pequeños e hiperfagia que se desarrolla entre los 12 y 18 meses de edad), la osteodistrofia hereditaria de Albright (desorden autosómico dominante, caracterizado por obesidad, cara redonda, bradidactilia, calcificaciones subcutáneas, hipocalcemia y retardo mental), otros síndromes que presentan obesidad son el retardo mental ligado a X característico por mutación del gen MCP2 que codifica para una proteína que reprime la transcripción, síndrome de Barder-Biedl (forma rara de obesidad, anormalidad monogénica autosómica recesiva que frecuentemente se asocia a obesidad central, retardo mental, dismorfia de extremidades. Otras formas monogénicas de obesidad representan el 7% de obesidad infantil severa de inicio temprano.⁵

La alteración genética de los elementos que forman parte de la vía de la Leptina-melanocortina da lugar a obesidad desde etapas muy tempranas de la vida. Esta vía, integra señales tanto a la regulación del apetito como del gasto de energía.

La deficiencia de leptina es causada por una mutación que da lugar a una proteína trunca e inactiva característico por obesidad antes de los cinco años y la hiperfagia son fenotipos característicos de esta condición.⁵

La deficiencia de POMC, molécula precursora de varios péptidos activos del eje hipotalámico- pituitario-adrenal, incluyendo la hormona estimulante del melanocito (alfa-MSH), adrenocorticotropica (ACTH), Y B-endorfina, niños con piel pálida y cabello rojizo por falta de actividad de la alfa-MSH en los receptores de MC1, se asocia a hiperfagia y obesidad a edad temprana.⁵

Mutaciones del receptor MC4 (MCR4R), se expresa principalmente en el hipotálamo, induce una señal de saciedad, la prevalencia de estas mutaciones

puede ir de 0.5 a 1% en adultos obesos, a 6% en personas con obesidad severa desde la infancia.

Las mutaciones en el MC4R dan lugar a una menor de saciedad, que se manifiestan clínicamente como hiperfagia, menos grave que la observada en la deficiencia de Leptina, e inicia desde el primer año de vida, acumulación de grasa magra y libre de grasa, elevada densidad mineral ósea y talla elevada. Estos niños se convierten en adolescentes con obesidad y generalmente alcanzan la vida adulta con esta condición.⁵

La deficiencia de la carboxipeptidasa E y convertasa de la pro hormona I, es necesaria para la modificación postraducciona, que consiste en cortar los aminoácidos en la región N-terminal de varias pro hormonas y neurotransmisores como la pro-insulina, POMC, proneuropéptido Y.⁵

La obesidad común es considerada como una entidad poligénica, que resulta de la interacción del genoma con el ambiente y los alelos que contribuyen a la variación de los fenotipos estudiados pueden variar de una población a otra.⁵

En el caso de variaciones comunes en el gen de POMC existe un estudio que sugiere asociaciones modestas y consistentes con la obesidad en población México-americana, la variante Gln223Arg en el receptor de Leptina se ha asociado a la obesidad y anormalidades metabólicas y hemodinámicas relacionadas en adolescentes mexicanos. El polimorfismo Pro12A1a del PPAR gama se ha asociado con mayor IMC en población mexicana y amerindia, confirmando hallazgos en otras poblaciones donde se le ha asociado con diabetes tipo2. Los estudios de barrido del genoma, permite analizar la variación de rasgos como variables continuas, por ejemplo, el peso corporal o IMC, y no únicamente en forma dicotómica clasificando a los individuos en obesos y no obesos.⁵

DEFINICIÓN DE IMAGEN CORPORAL: Considerada como un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.⁶

En la década de los años 60 del siglo XX, proponiendo los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas, puso de manifiesto por primera vez la importancia de la alteración de la imagen corporal en dicho trastorno Brush.⁷

La evolución del concepto de Imagen Corporal definido por Fisher⁸ indica que Bunnier en 1905 acuña el término “Ashemata” para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral, o Pick⁹ para referirse a problemas con la propia orientación corporal utiliza el término de “autopagnosia” igualmente indicaba que cada persona desarrolla una imagen espacial del cuerpo, imagen que es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial, Henri Head (años 20) proponía que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un estándar, con el cual se comparan los movimientos del cuerpo y empezó a utilizar el término “Esquema corporal”, Paul Schilder¹⁰ la define: La Imagen Corporal es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir la forma en la cual nuestro cuerpo se nos presenta a nosotros mismos, Schilder es el pionero en el análisis multidimensional del concepto de imagen corporal “ La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos¹⁰

Pruxinsky Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual, se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva. Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo
- Una imagen emocional. Que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporcione nuestro cuerpo.¹¹

Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, que manifiestan que no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad y tiene las siguientes características:

- 1.- Es un concepto multifacético.
- 2.- La imagen corporal esta interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia “como percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente con cómo nos percibimos a nosotros mismos”.
- 3.- La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la auto percepción del cuerpo.

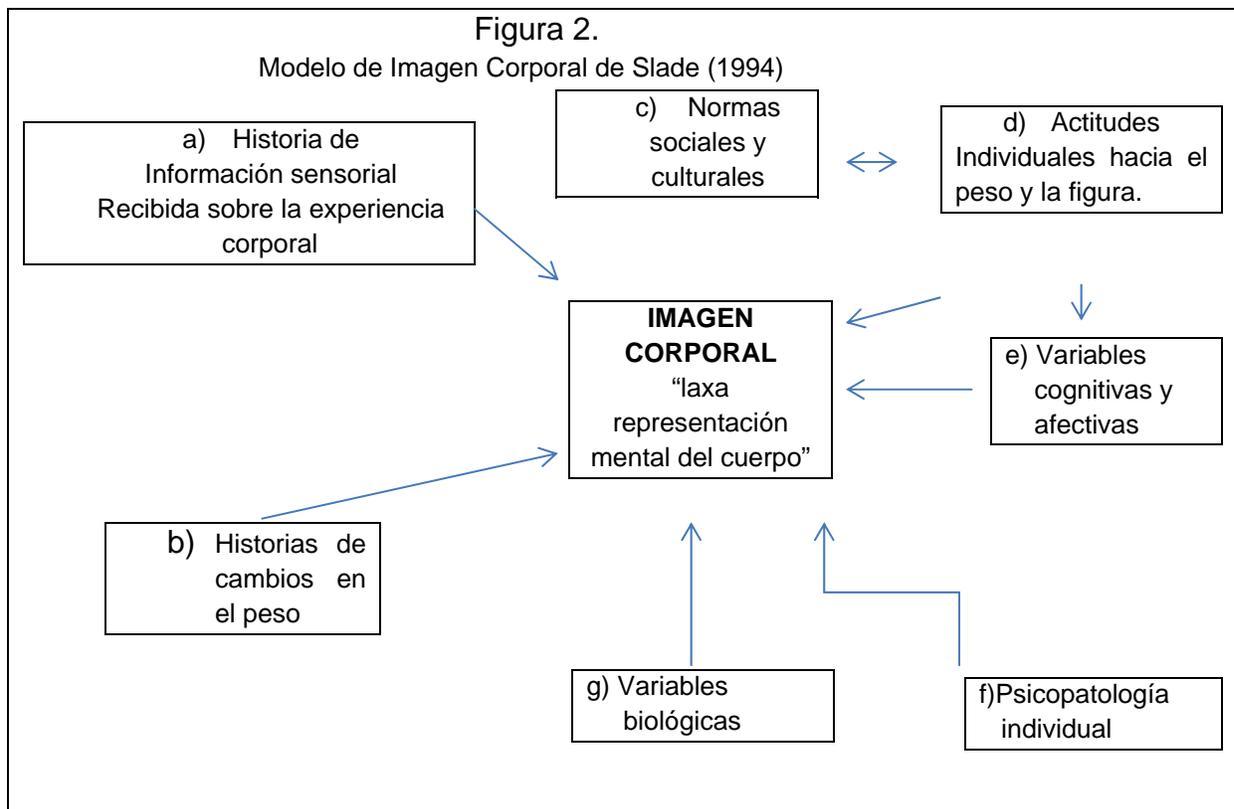
4.- La imagen corporal no es fija o estática, más bien, es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.

5.- La imagen corporal influye en el procesamiento de la información, la forma de percibir el mundo está influenciado por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.

6.- La imagen corporal influye en el comportamiento y no solo la imagen corporal consciente sino también la pre consciente y la inconsciente.¹²

Thompson amplía en término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados antes, incluiría un componente conductual que se fundamentaría en que conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él.

Otros autores como Slade, centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos, individuales y sociales, la define así: “la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo” Este autor ha elaborado un modelo explicativo sobre la imagen corporal.¹³



El factor ambiental, en la génesis de la obesidad que se padece en nuestro país ha sido plenamente demostrado por distintos estudios que evalúan los cambios en el estilo de vida de distintas comunidades.¹⁴

La cultura y el cuerpo: Los alimentos y el acto de comer se asocian a múltiples circunstancias que con frecuencia son significativas para todos los individuos, y la salud no es la única motivación para alimentarse como argumenta Gracia, la alimentación es funcional en cada una de sus circunstancias o contextos. Además de la nutricional, esta autora considera otras funciones importantes de la alimentación que tienen que ver con las necesidades más inmediatas y cotidianas y con los arreglos más prácticos para resolverlas. Así la alimentación es un acto social y el no comer también está revestido de múltiples significados sociales y psicológicos.¹⁵

Los aspectos socioculturales del cuerpo y los alimentos, relacionados con los valores materiales y simbólicos que se otorgan al hecho de comer y no comer, cobran relevancia si lo que se pretende es entender lo que es el cuerpo desde una perspectiva diferente a la biomédica, esto es, la sociocultural. Douglas señaló desde finales de los años sesenta que las propiedades fisiológicas del cuerpo son el punto de partida para la cultura; constituyen además, una mediación, y su identidad se despliega en símbolos significativos.¹⁵

Influencias de la Cultura en la Imagen Corporal

Se considera que la presión social a estar delgado, contribuye a los altos índices de insatisfacción corporal y seguimiento de dietas en adolescentes y aún en niños Bonilla y Martínez realizaron un estudio que evidencia los efectos negativos que las representaciones que la cultura construye en torno al cuerpo ideal femenino tienen sobre la estima corporal.¹⁶

La presión de los estándares culturales y la internalización de los modelos de género llevan a ambos sexos, sobre todo a las mujeres, a una posición de inadecuación respecto a su cuerpo, que repercute en una percepción y vivencias negativas, focalizando su atención y preocupación en la opinión que generan los demás sobre ellas, convirtiéndose así en juezas severas de sí mismas.¹⁶

McCabe y Ricciardelli investigaron la naturaleza de la imagen corporal y algunas de las influencias socioculturales sobre esta. Los investigadores encontraron que los padres juegan un rol importante en transmitir un mensaje sociocultural relacionado al cuerpo ideal a sus hijos, siendo este mensaje más claro para las adolescentes, ya que el ideal sociocultural de un cuerpo esbelto se ha convertido en

la norma aceptada, para esta población. Además encontraron que los medios de comunicación, en particular las revistas, juegan un papel muy importante en la imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes féminas. Más aún demuestran que la norma es que las niñas pierdan el mayor peso posible para lograr un cuerpo y una imagen ideal, mientras que para los varones es aumentar su masa muscular para lograr el cuerpo ideal.¹⁶

En un estudio realizado por Botta (1999) se midió el impacto de las imágenes de los medios de comunicación en la imagen corporal y la idea de delgadez en adolescentes féminas. Se encontró que los medios de comunicación tienen una influencia muy grande en el cuerpo ideal que aspiraban tener estas adolescentes. Para ellas, los cuerpos de las modelos y las imágenes femeninas que veían en los medios eran totalmente realistas y una de sus metas era poder lograr tenerlos.

Los investigadores recalcaron la importancia de la exposición a los medios, su influencia y la percepción social que se ha creado en torno al ideal de una figura perfecta y delgada como modelo básico de belleza. Es entonces cuando puede surgir la preocupación excesiva por la imagen corporal y aflorar los TCA.¹⁶

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), son un grupo de psicopatologías caracterizadas por serios disturbios en la ingesta, como restricción de alimentos, episodios de apetito voraz (atracones), excesiva preocupación por la figura corporal y/o por el peso. El Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR) subdivide los TCA en Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN).¹⁷

Se mencionan como factores de riesgo: el sexo femenino, la situación de pubertad, la personalidad previa, el sobrepeso y obesidad, la actividad física excesiva y por ende como actividades de alto riesgo: la danza, la gimnasia rítmica, las carreras, la lucha, el boxeo y el culturismo. Las relaciones entre los TCA y la práctica deportiva merecen atención, siendo previsible que se interconecten de varias maneras. Recurrir al ejercicio físico y deportivo, puede derivar en prácticas inadecuadas, como la de una ejercitación excesiva, o muy selectivas en búsqueda de aquellos ejercicios que desgastan zonas corporales o que reducen áreas específicas evitando o rechazando deportes que desarrollen musculaturas.¹⁷

Dentro de los factores socioculturales que influyen tanto en la génesis como en el mantenimiento de los trastornos alimentarios, muchas veces determinadas profesiones o actividades son un factor determinante en la priorización de un cuerpo delgado. La “hiperdelgadez profesional” comprende a un grupo de mujeres que mantienen voluntariamente su peso por debajo de lo normal y que se instruyen sobre

nutrición y el aporte calórico de los distintos alimentos. Estas personas usan la delgadez para alcanzar un fin (éxito profesional). En un estudio en el que se utilizó una muestra de 158 estudiantes de nutrición en Argentina para comprobar si existía en éstos riesgo de padecer TCA, debido a ser una población donde la profesión puede ejercer una presión sociocultural sobre la motivación de obtener un cuerpo delgado, se encontró que el 3.8% de los alumnos presentaron riesgo de padecer TCA.¹⁷

Por su parte, la imagen corporal es la representación mental del cuerpo que se va gestando durante la niñez, y en la adolescencia donde resulta trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo.¹⁷

Esta comprende tres aspectos en continuo cambio e interacción 1) el componente perceptual se refiere a la exactitud con la que es percibido el tamaño del cuerpo, sus segmentos corporales o su totalidad; 2) el componente cognitivo-afectivo se relaciona con sentimientos, cogniciones, actitudes y valoraciones que despierta el cuerpo o algún aspecto de la apariencia física; y 3) el componente conductual corresponde a las conductas provocadas por la percepción y los sentimientos asociados al cuerpo.¹⁷

Estos aspectos pueden traer manifestaciones patológicas que comprenden:

- 1) Alteraciones perceptivas: definida como una sobrestimación del tamaño corporal o de partes específicas del cuerpo, la persona que presenta dicha alteración puede ver su defecto como mayor, más acentuado o desviado de lo que es en realidad.
- 2) Alteraciones cognitivo-afectivas: implican la presencia de distorsiones cognitivas, creencias irracionales y sentimientos negativo que pueden tomar la forma de insatisfacción, preocupación, tristeza, malestar, enfado, vergüenza, ansiedad o expectativas irreales acerca de la apariencia corporal, apariencia física constantemente, imaginan que las personas se interesan en sus defectos y subestiman debido a la alta valoración que le dan a este aspecto.
- 3) Alteraciones conductuales: se refieren a la ejecución de conductas desviadas, perjudiciales o nocivas que son provocadas por las alteraciones cognitivo-afectivas y perceptuales, esta alteración se puede observar fácilmente debido a que conductualmente, se estructura un estilo de vida entorno a la preocupación corporal y puede incluir: evitar personas, esconder el “defecto”, usar ropa holgada u oscura, mirarse al espejo constantemente, cambiar los hábitos alimentarios, arreglarse durante mucho tiempo, hacer ejercicio excesivo, entre otras.¹⁷

La modificación de los hábitos alimentarios para conseguir una imagen adecuada a la estética dominante, constituye un problema de salud emergente en las sociedades. La gran presión social a la que se ven sometidos determinados estratos de la población, en particular mujeres adolescentes y jóvenes, con la imposición de un modelo estético de extrema delgadez hace que la preocupación por la imagen corporal haya trascendido al mundo de la salud, tanto física como mental.¹⁷

De acuerdo con el modelo sociocultural, la preocupación corporal ocurre si un individuo internaliza el cuerpo ideal, determinado por la cultura y mediante comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal. Sin embargo, los resultados de estudios epidemiológicos han mostrado que en la gran mayoría de las adolescentes que se encuentran insatisfechas con su cuerpo, pocas tienen sobrepeso.¹⁷

- En suma, las personas con problemas de la imagen corporal, más que tener problemas con su cuerpo real, los tienen con un cuerpo imaginario y este se convierte en el valor más importante, lo que conduce a las características psicopatológicas de los TCA, como deseo sobrevalorado y obsesivo de la delgadez extrema y pánico a engordar (lipofobia)¹⁷

Partir de premisas diferentes a las utilizadas en gran parte de los estudios de Nutrición lo que implica tener presente, por un lado que el acto de “comer” y el de no comer” expresan numerosos significados y, por el otro, que el cuerpo- no el organismo, como lo concibe la visión médica se construye en parte la percepción que los seres humanos tienen de él, que es una construcción simbólica y que difiere según las sociedades y grupos sociales, representa un reto en el abordaje del tema de la alimentación y su repercusión en el cuerpo.¹⁸

Al considerar a la imagen corporal como un concepto multidimensional, se considera que existe una alteración de la imagen corporal si una de dichas dimensiones está alterada. Por tanto puede existir:

- Alteraciones perceptivas de la imagen corporal, si el sujeto tiene problemas para estimar con exactitud el tamaño o forma de su cuerpo, o de partes de él. Alteración muy estudiada en las clínicas de Anorexia Nerviosa.
- Alteraciones emotivas de la imagen corporal si el sujeto presenta sentimientos y emociones negativas por culpa de su imagen corporal, tal que tristeza, llantos, depresión.

- Alteraciones cognitivas de la imagen corporal, si lo que esta alterado es lo que el sujeto piensa respecto a su imagen, como pensar que tiene un cuerpo más feo que las personas de su edad, o creer que por culpa de su imagen nunca tendrá pareja.
- Alteraciones conductuales de la imagen corporal, si el sujeto muestra conductas alteradas por culpa de su imagen corporal, tales como evitar ser visto en público, llevar una determinada ropa que oculte “su defecto”.¹⁹

La evaluación de la imagen corporal ha estado asociada en los últimos años a la evaluación y diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, como son La Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. Dado que estos trastornos se dan fundamentalmente en población femenina, en proporción aprox. De 10 casos de mujeres por cada 1 caso de hombres, las técnicas de evaluación de imagen corporal, también han sido diseñadas fundamentalmente para mujeres. Las investigaciones que han estudiado la imagen corporal en hombres han utilizado hasta el momento instrumentos diseñados “had hoc” para la investigación de algunos casos, pero en la mayoría han utilizado las mismas técnicas que fueron diseñadas para mujeres, obteniendo datos, que al menos pueden generar duda sobre su validez, dado que podemos intuir que ambos géneros tiene manifestaciones diferentes de sus alteraciones de la imagen corporal.¹⁹

Se utilizo el concepto de evaluación de la imagen corporal y evaluación de insatisfacción corporal. Se define Insatisfacción corporal, como aquella alteración de la imagen corporal que se manifiesta por emociones, pensamientos y conductas no adaptativas con respecto a la autoimagen percibida, se considera la insatisfacción corporal como la discrepancia entre la imagen corporal actual percibida y la imagen corporal deseada.¹⁹

EVALUACIÓN DE INSATISFACCIÓN CORPORAL EN HOMBRES y MUJERES

Mediante dos escalas.

La primera evalúa la insatisfacción corporal a través de la discrepancia entre la imagen corporal percibida y la imagen corporal que se desearía tener. La técnica ha sido propuesta por Thompson y Tantleff y se fundamenta en la técnica de evaluación por escala de figuras, muy utilizada en el ámbito femenino, pero en este caso con figuras masculinas que difieren de ellas por el desarrollo del torso fundamentalmente.

La insatisfacción corporal se evalúa por la distancia entre la figura se considera similar a la que actualmente se tiene y la figura que se considera la ideal o deseada. Esta escala permite también evaluar la insatisfacción corporal social, solicitando que el sujeto marque la figura que considera que es la más parecida a lo que actualmente se considera bello o la que actualmente es “más atractiva sexualmente”. La distancia entre esta imagen social y la marcada como propia actual señala el grado de insatisfacción corporal social.¹⁹

La segunda para evaluar la imagen corporal es el Cuestionario del Complejo de Adonis, propuesto por Pope, Philips y Olivarda. El cuestionario es un test de actitud hacia la imagen corporal propia, diseñado y desarrollado específicamente para hombres. La puntuación que se obtiene, indica el grado de preocupación con la imagen corporal y hasta qué punto el sujeto está realizando conductas desadaptativas por esta preocupación¹⁹

La antropología de la alimentación, que parte de la premisa de que la alimentación es un hecho bio-psico-social, según Mauss (1979) es un hecho social total, y analizarlo revela tanto la naturaleza como la estructura de un orden social dado en toda su complejidad²⁰

En la actualidad, la creciente presión social, pro-delgadez, así como las actitudes negativas hacia el sobrepeso u obesidad han venido generando un excesivo interés y/o preocupación por el peso y la forma corporal. Misma que contribuye a que una importante cantidad de mujeres jóvenes presente conductas alimentarias no saludables como la restricción alimentaria, el atracón alimentario y algunas conductas compensatorias. Estas conductas, en algunos casos, pueden actuar como factores importantes en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Dentro de los factores más señalados en la literatura, con variaciones en la denominación, se encuentran los factores biológicos, individuales, cognitivo conductuales, familiares, socioculturales entre otros.²⁰

McCabe y Ricciardell investigaron la naturaleza de la imagen corporal y algunas de las influencias socioculturales sobre esta. Los investigadores encontraron que los padres juegan un rol importante en transmitir un mensaje sociocultural relacionado al cuerpo ideal a sus hijos, siendo este mensaje más claro para las adolescentes, ya que el ideal sociocultural de un cuerpo esbelto se ha convertido en la norma aceptada, para esta población. Además encontraron que los medios de comunicación, en particular las revistas, juegan un papel muy importante en la imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes féminas. Más aún demuestran que la norma es que las niñas pierdan el mayor peso

posible para lograr un cuerpo y una imagen ideal, mientras que para los varones es aumentar su masa muscular para lograr el cuerpo ideal.²¹

Merleau-Ponty (2000)) sitúa el cuerpo en el centro del análisis de la percepción. Para él, el mundo nos llega a través de la conciencia perceptiva y esta, a su vez, revela el lugar que ocupa nuestro cuerpo en el mundo. Nuestro cuerpo no es solo el lugar desde el cual llegamos a experimentar el mundo sino que a través de él llegamos a ser aprehendidos. Un análisis antropológico, social e histórico de los modelos corporales mostraría que siempre ha existido una profunda ambivalencia de las percepciones de la gordura y la delgadez (Fisher 1995), y mostraría también que dichas percepciones han influido de una u otra forma, en los comportamientos alimentarios. Es así que la alimentación se considera un espacio intersticial cuya complejidad e ininteligibilidad empieza a ser comprendida en los límites de varias disciplinas. Fishler (1995) denomina una “actitud” indisciplinaria que permite reunir esas imágenes fragmentadas del ser humano biológico y del ser humano social. Gracia (2005) menciona que la salud no es la única motivación para alimentarse ni para hacerlo de un modo determinado y que la alimentación es funcional en cada una de sus circunstancias y contextos. Los discursos nutricionales se van convirtiendo progresivamente en “fabricas” de moral cuyo objetivo principal es instaurar la normalidad dietética y en definitiva la normalidad social (Contreras y Gracia, 2005); Fishler 1995; Coveney, 1999). La publicidad del adelgazamiento como parte de la modernidad alimentaria y analizada bajo una perspectiva de género también nos obliga a centrarnos en lo que es la economía de mercado. Al adentrarnos a la perspectiva de género, aplicadas a los temas de alimentación, observamos que el ideal de delgadez corporal juega un papel central en la comprensión y explicación de varios comportamientos alimentarios (Pérez Gil, 1997; Pérez Gil y Díaz –Urdanivia, 2007). La presión social para conformar el ideal de belleza femenino tiene una base claramente estructural perpetuada a través de diferentes instituciones sociales e intereses materiales de diverso tipo, tales como la industria de la moda, los medios de comunicación y la cosmética. De aquí que la delgadez se haya convertido también en un sinónimo de salud y que de acuerdo con Gracia (2005) parte de los intereses sanitarios sea ejercer el autocontrol sobre el propio cuerpo en beneficio de la salud o en beneficio de los valores propugnados por el individualismo y la autorresponsabilidad. A lo largo de las últimas cuatro décadas se ha presentado una serie de cambios en relación con el ideal del cuerpo, tanto femenino como masculino, de tal manera que el deseo de juventud y de atractivo sexual son una poderosa motivación contra la obesidad. Las ideas sobre el cuerpo y la salud ejercen una fuerte influencia sobre la cultura alimentaria y los comportamientos.²¹

Brush describe el trastorno de imagen corporal en pacientes con anorexia nervosa y bulimia nervosa como la alteración del propio concepto corporal, distorsión en la percepción y sensación de descontrol respecto a las propias funciones corporales. Cuando la imagen corporal está distorsionada las actitudes y los pensamientos hacia el cuerpo son negativos. Se dice entonces que existe un trastorno de la imagen, pudiéndose observar bajo dos formas de expresión distintas. La primera es perceptual y se refiere al grado de exactitud o, en este caso de inexactitud, con que la persona estima sus dimensiones corporales. La segunda denominada componente afectivo o emocional, se refiere a las cogniciones y actitudes respecto al propio cuerpo, e indirectamente al grado de satisfacción-insatisfacción con el mismo. El modelo tripartito de la influencia (TIM por sus siglas en inglés) analiza la insatisfacción corporal como mediadora entre la comparación social y la interiorización. La insatisfacción corporal influye posteriormente en los trastornos de la conducta alimentaria. Diversos estudios mencionan que la interiorización fue propuesta para mediar entre el conocimiento y el descontento del cuerpo, encontrando así que la interiorización del ideal estético de delgadez y las críticas con respecto al cuerpo por los padres, hermanos y pares fueron asociados positivamente a la insatisfacción corporal. De acuerdo con el modelo tripartito de la influencia, la interiorización, la comparación social y la presión familiar influyen en la insatisfacción corporal y como consecuencia en la imagen corporal, Cafri de Yamamiya, de Brannick y Thompson, establecen que los factores que se han relacionado con el desarrollo de descontento de la imagen del cuerpo son tres. Conocimiento de un ideal estético de la delgadez, interiorización de un ideal de delgadez y presiones percibidas para ser delgado. Las técnicas de evaluación de la imagen corporal se han focalizado en la medición de dos componentes: el componente perceptivo y el subjetivo²²

RELACIÓN ENTRE OBESIDAD-IMAGEN CORPORAL-MODELOS ESTÉTICOS

Según Zukerfeld la imagen corporal definida la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo se realiza a nivel de tres registros: forma, contenido y significado.²³

El registro de la forma o figura, clásicamente conocido por esquema corporal hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto aspecto, postura, dimensiones (ancho, alto, espesor y peso) ubicación en el espacio, movimiento y Superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos.

El registro del contenido corresponde a las percepciones interoceptivas o propioceptivas, cenestésicas, habitualmente preconcientes y a las necesidades;

como son los registros de hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, dolor, cansancio, etc.²³

El registro de significado se corresponde con el concepto de cuerpo erógeno e incluye las representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes, la capacidad de comunicar y simbolizar y de crear relaciones vinculares (intersubjetivas), (social). La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima relacionada con la obesidad y al sentimiento de sí o identidad, con los modelos estéticos.²³

Estas tres esferas están íntimamente relacionadas en la constitución de la imagen corporal y los componentes de cada una de ellas son más problemáticos en los individuos obesos.²³

Con respecto al registro de la forma, las personas con obesidad tienen distorsión en cuanto al tamaño corporal, están insatisfechas y preocupadas con su apariencia física. La alteración en este componente en los obesos es la subestimación donde el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores a las reales.

Los trastornos a nivel de la percepción interoceptiva-contenido- se expresan como dificultad en percibir, discriminar, nominar los afectos (sensaciones interoceptivas y sentimientos) fundamentalmente los registros de hambre y saciedad, ya que el alimento puede adquirir un valor atractivo y peligroso, generador y evacuador de tensiones endosomáticas o psicobiológicas como una defensa frente al impacto de emociones que no pueden ser manejadas y/o toleradas por un aparato psíquico con predominancia de un modo de funcionamiento que tiende a la descarga de las mismas.²³

Con respecto al registro del significado, en la sociedad actual sobre preocupada por la apariencia física, la persona con obesidad es juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta, esto lleva a que muchas personas con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa, cuyas características son:

- Preocupación estresante, dolorosa por la apariencia, más perturbadora e inhibitoria que una simple insatisfacción.
- Timidez y vergüenza en situaciones sociales.
- Incomodidad, angustia, cuando la apariencia es percibida por otras personas.
- Excesiva importancia dada a la apariencia en la autoevaluación.

- Autovaloración negativa debido a la apariencia y evitación de actividades por vergüenza por la apariencia física.

La insatisfacción con la imagen corporal en la obesidad no solo es una motivación frecuente para intentar bajar de peso sino también puede ser motivo de un importante y significativo impedimento y malestar crónico ya que influye en los pensamientos, sentimientos y conductas repercutiendo además notablemente en la calidad de vida de quien la padece.²³

MODELOS ESTÉTICOS

En el Cuestionario de Influencia de los modelos Estéticos Corporales en población mexicana, en pacientes con anorexia nerviosa y en un grupo control, a partir de lo cual se generan dos hipótesis estrechamente asociadas: Primero que las jóvenes mexicanas parecen ser más sensibles a la influencia de los modelos estéticos corporales; y segundo que el punto de corte sugerido en la población española requiere de una revisión y en su caso de una adaptación para México, los resultados del estudio CIMEC, muestra que es un cuestionario confiable para evaluar la influencia de los modelos estéticos corporales en la población comunitaria mexicana por medio de algunos medios específicos: la publicidad, los modelos sociales y las situaciones sociales. Esto resulta de gran valor si se considera que la sociedad por medio de sus instituciones modela nuevas formas y estilos de vida, lo que inevitablemente ha repercutido en la percepción de un modelo estético corporal, que en la actualidad va encaminado hacia la búsqueda de la delgadez. En muchos casos este modelo ha revertido en la patologización del vínculo cuerpo-alimentación, que por mediación de la insatisfacción con la imagen corporal ha desencadenado el surgimiento y propagación de patrones alimentarios anómalos, e incluso la presencia de un trastorno alimentario.²³

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La obesidad ocasiona en los pacientes baja autoestima y autovaloración negativa, perturbaciones en la imagen corporal, así como confusión y dificultad para reconocer los estados emocionales y las sensaciones viscerales, cuando se compara, tanto con sujetos sanos, como con pacientes con Trastornos de conducta alimentaria se observan elevados niveles de disfunción social, ansiedad y depresión en pacientes con obesidad.

La intervención directa sobre la imagen corporal y la autoestima en pacientes con obesidad resulta necesaria, tanto para el tratamiento directo de la sintomatología clínica, como para la adherencia al tratamiento dietético y el bienestar psicológico que presentan estos pacientes.

El objetivo principal es conocer cómo se percibe su cuerpo en relación a figuras de cuerpos con diferentes medidas en relación a la obesidad en adultos. Evaluar las posibles dispersiones entre la imagen del cuerpo y los valores de peso, talla y correlación de ella, identificar insatisfacción con la figura corporal y con determinadas zonas del cuerpo. Determinar la correlación entre peso y talla y auto percepción de la imagen corporal en una población con frecuencia de obesidad. Conocer hábitos de alimentación. Conocer la frecuencia de consumo de bebidas edulcorantes. Conocer la frecuencia con la que realiza actividad física.

La intervención directa sobre la imagen corporal y autoestima en pacientes con obesidad resulta necesaria, tanto para el tratamiento directo de la sintomatología clínica, como para la adherencia al tratamiento dietético y el bienestar psicológico que presentan estos pacientes. Beneficios al término del estudio.

Por lo que se surge la siguiente pregunta de investigación:

¿EXISTE LA CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADULTOS OBESOS?

5.- JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de obesidad difiere según la población analizada: desde valores del 64% en estudios realizados en población de Estados Unidos a 36% en población griega. En México, la Encuesta De Salud Y Nutrición-Emsanut-2006, al utilizar el IMC, un de cada tres hombres o mujeres adolescentes tenían sobrepeso u obesidad. Al comparar las cifras de las mujeres adolescentes entre 12 y 19 años d 1999 a 2006, se observó un aumento de solo 7.8% y un aumento absoluto pequeño, pero elevado en términos relativos, en obesidad 6.9 a 9.2 (33%). La misma encuesta señala que en el ámbito nacional la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%); en cambio la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%). Al sumar las prevalencias de sobrepeso y obesidad, 71.9% de las mujeres mayores de 20 años de edad y 66.7% de los hombres tienen prevalencias combinadas de estos dos padecimientos ara el estado de Veracruz, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 registro una prevalencia de 35% de sobrepeso y 31.6% de obesidad.

La creciente prevalencia en las tasas y gravedad de la obesidad, su impacto sobre la salud y la calidad de vida, hacen de esta un importante problema de salud pública que requiere su abordaje holístico y multidisciplinar en toda su complejidad, con atención especial a los aspectos psicológicos y la problemática social del paciente obeso. La obesidad ocasiona en los pacientes baja autoestima y autovaloración negativa, perturbaciones en la imagen corporal, así como confusión y dificultad para reconocer los estados emocionales y las sensaciones viscerales, cuando se compara, tanto con sujetos sanos, como con pacientes con TCA. Se constata la necesidad de creación de unos procesos normativos de la población con obesidad en los cuestionarios específicos de TCA, así como en los cuestionarios de Screening psicopatológico. Se observan elevados niveles de disfunción social, ansiedad y depresión en pacientes con obesidad. Se constata la utilidad de los cuestionarios de Screening psicopatológico de bajo coste y fácil aplicación en población con obesidad. Se subraya la importancia de la autoestima y las actitudes hacia el cuerpo como factores que afectan a los niveles de malestar psicológico. La intervención directa sobre la imagen corporal y la autoestima en pacientes con obesidad resulta necesaria, tanto para el tratamiento directo de la sintomatología clínica, como para la adherencia al tratamiento dietético y el bienestar psicológico que presentan estos pacientes.

La obesidad supone un costo anual de 70 billones de dólares, de los que sólo se destinan a investigación 34 billones se ha estimado que el coste total de la obesidad y su influencia negativa sobre la salud, supone a nivel mundial del 2 al 7% del gasto sanitario. En 1995 en EE.UU. se estimaba que los costes económicos de la obesidad eran de unos 70.000 millones de dólares, superando los costes directos de la enfermedad coronaria (50.800 millones), hipertensión arterial (15.600 millones de dólares) y diabetes mellitus (53.000 millones de dólares)

6. OBJETIVOS:

6.1. OBJETIVO GENERAL:

1.-Determinar la correlación entre el índice de masa corporal y la autopercepción de la imagen corporal en obesos adultos.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.-Identificar las variables sociodemográficas de los pacientes

2.-Determinar el grado de Obesidad con el IMC

3.-Identificar el grado de Autopercepción de la imagen corporal de los pacientes

4.-Verificar el Grado de Preocupación de los pacientes tienen con su imagen corporal

7. HIPÓTESIS:

H1.La auto percepción de la imagen corporal en obesos adultos es con un índice de masa corporal menor al obtenido objetivamente.

Ho. La auto percepción de la imagen corporal en obesos adultos es con un índice de masa corporal mayor al obtenido objetivamente

8.-METODOLOGÍA

8.1. Tipo de Estudio

Observacional
Transversal
Prospectivo
Descriptivo

8.2. Población, lugar y tiempo de estudio

El estudio se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, en Ocotlán de Morelos Oaxaca, el cual se realizó en el periodo comprendido entre el 01 de Julio del 2012 al 30 de junio del 2013, en todo derechohabiente igual o mayor de 20 años y menor de 60 años, que acudieron a la consulta externa de esta unidad y que reunieron los criterios de selección.

8.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra

No probabilístico por conveniencia, se llevó a cabo en todo derechohabiente mayor de 20 años y menor de 60 años, que acudieron a la consulta externa de esta unidad y que reunieron los criterios de selección, entre el 01 de Julio del 2012 al 30 de Junio del 2013 siendo una muestra total de 300 pacientes, selección de la muestra por ser la población con diagnóstico de obesidad que acudió a consulta en el periodo de estudio.

8.4. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.

8.4.1 Criterios de Inclusión

Pacientes de ambos sexos entre 20 y 60 años de edad.
Pacientes que aceptaron participar voluntariamente.
Pacientes derechohabientes del IMSS
Pacientes con diagnóstico de sobrepeso y Obesidad

8.4.2 Criterios de Exclusión

Pacientes en estado de gravidez.

Pacientes que no estuvieron dispuestos al seguimiento del estudio por causas particulares.

8.4.3 Criterios de Eliminación.

Pacientes que una vez iniciado la encuesta ya no desean seguir participando

8.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR DEFINICION CONCEPTUAL.

Género: categoría correspondiente al orden sociocultural configurado sobre la base de la sexualidad.

Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha del estudio.

Escolaridad: Tiempo en el cual el alumno acude a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.

Ocupación: Acción y efecto de ocupar y ocuparse, se utiliza como sinónimo de trabajo, oficio, empleo y actividad.

Estado civil: Condición particular que caracteriza a una persona en la que hace vínculos personales con individuos de otro género.

IMC: Mediante el índice de Quetelet o Body Index (BMI): Se obtiene de dividir el peso en kg entre la talla al cuadrado, obteniendo a partir de estos parámetros su IMC real

Grado de preocupación de la imagen corporal: como aquella alteración de la imagen corporal que se manifiesta por emociones, pensamientos y conductas no adaptativas con respecto a la autoimagen percibida

Auto percepción de la imagen corporal: Conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo, percibirlo de forma incorrecta ya sea por sobreestimación o por subestimación.

8.6 DEFINICION OPERACIONAL

Edad: Años cumplidos desde el nacimiento que sea referido por el paciente.

Género: Taxón que agrupa a especies que comparten ciertos caracteres. La establecida por el paciente en la encuesta.

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. La establecida por el paciente en la encuesta.

Ocupación: Labor realizada por los pacientes al momento del estudio.

Estado civil: La que refiere el paciente en el momento del estudio.

IMC: Medida de asociación entre el peso y la talla,

Auto percepción de la imagen corporal: discrepancia entre la imagen corporal actual percibida y la imagen corporal deseada.

Grado de preocupación de la imagen corporal: Los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

Variable	Tipo de Variable	Escala de Medición	Parámetro
Edad	cuantitativa	continua	20 a 60 años
Genero	cualitativa	nominal	hombre/mujer
Escolaridad	cualitativa	ordinal	Analfabeta, Preescolar, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria, preparatoria, universidad, maestría, otro
Ocupación	cualitativa	nominal	labores del hogar, Comerciante, empleado, Profesionista, Pensionado, otros
Estado civil	cualitativa	nominal	soltero, unión libre, casado, divorciado, viudo
IMC	cuantitativa	ordinal	Normal Sobrepeso Obesidad G1 Obesidad G2 Obesidad G3
Autopercepción de la imagen corporal	Cualitativa	Ordinal	Modelos corporales para hombres y mujeres. Según a imagen que identifiquen se les da un IMC.
Grado de preocupación con la imagen corporal	Cualitativa	Ordinal	Preocupación leve Moderada Grave

8.7. Método o procedimiento para captar la información

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se les invito a participar en el estudio por el médico titular del consultorio número 2 de Medicina Familiar de la UMF 27 Ocotlán de Morelos Oaxaca, comprendido del 01 de julio del 2012 al 01 de julio del 2013.

VALORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL MEDIANTE MODELOS ANATÓMICOS: A cada individuo se le facilitó una lámina con siete modelos anatómicos diferentes para ambos sexos. Estos modelos fueron realizados por una licenciada de Bellas Artes usando como base siluetas obtenidas a partir de una talla aproximadamente 175 cm, y un peso de 55 kg, 67 kg, 83 kg y 122 kg en los modelos masculinos y de una talla aproximadamente 165 cm y un peso de 50 kg, 60 kg, 68 kg, 74 kg, 82 kg, 95 kg y 109 kg en los femeninos estos valores corresponden al anexo de modelos corporales hombres y mujeres. Cada persona debió elegir el modelo con el que mejor se identificaba, respondió a la pregunta “Cuando se mira desnudo al espejo, ¿Con cuál de estas imágenes se siente más identificado? A cada sujeto y, a partir del modelo elegido, le correspondió un “IMC percibido”.

CALCULO DE IMC MEDIANTE ÍNDICE DE QUETELET O BODY INDEX (BMI): Se obtiene de dividir el peso en kg entre la talla al cuadrado, obteniendo a partir de estos parámetros su IMC real. EL médico midió y peso utilizando cinta métrica y báscula con estadimetro para determinar el IMC, la clasificación de los individuos de la muestra en grupos de normopeso, sobrepeso y obesidad según el IMC real, se realizó utilizando los valores establecidos por la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (2000).

Se aplicó el cuestionario de Adonis Complexión, en su traducción experimental por Pope Et. Al., 2002 que consta de 7 reactivos.

Análisis de los datos: Las variables cuantitativas fueron analizadas con las medidas de tendencia central y dispersión como son la moda, media, mediana y desviación estándar.

Las variables cualitativas fueron analizadas mediante porcentajes y se correlacionaran χ^2 . Procediendo al análisis de los datos y a la realización de tablas, gráficas para obtener conclusiones y después llegar a una discusión, para poder emitir recomendaciones.

8.8. Consideraciones éticas

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente por esto su longitud de 11 a 32 párrafos. La Declaración es un importante documento en la historia de la investigación ética, como un significativo esfuerzo de la comunidad médica para autorregularse, y forma la base de muchos de los documentos subsecuentes. El previo Código de Núremberg no tuvo aceptación general sobre los aspectos éticos de la investigación humana, aunque en países como Alemania y Rusia, inspiró políticas nacionales sobre investigación en humanos.

La Declaración desarrolla los diez puntos del Código de Núremberg y a ellos les suma la Declaración de Génova (1948), un estatuto de deberes éticos para los médicos. La Declaración especifica más detalladamente la investigación clínica, reflejando cambios en la práctica médica desde el término "experimentación humana" usado en el Código de Núremberg. Un cambio notable referente a éste es una relajación de las condiciones del consentimiento, el que era "absolutamente esencial" en el Código de Núremberg. Gracias a esto, hoy los médicos declaran obtener el consentimiento "si es posible" de parte del paciente, pero la investigación también se permite cuando a falta del consentimiento del involucrado, se cuenta con el de una persona próxima como un curador o representante legal. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por: 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975. 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983. 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989. 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996. 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, Octubre 2008.

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD: TITULO SEGUNDO: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. CAPITULO I: Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

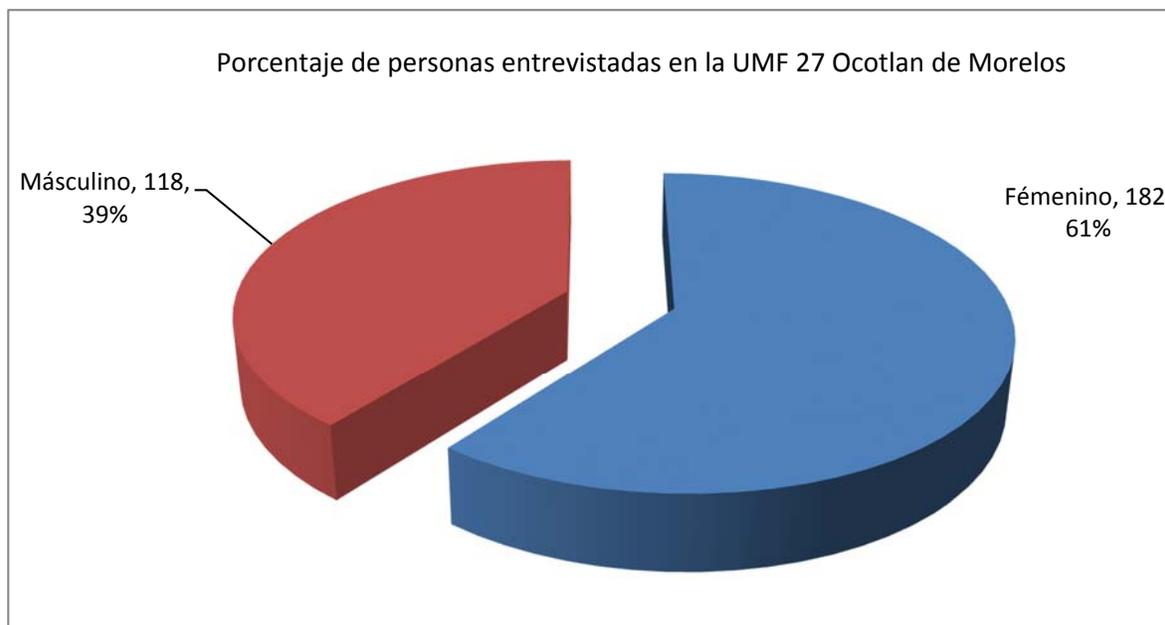
9.-RESULTADOS

En el presente trabajo se realizaron 300 encuestas a todos los pacientes entre 20 y 60 años de edad adscritos a la UMF No. 27 del IMSS que acudieron a la consulta externa de la unidad y que reunieron los criterios de selección.

La distribución de las medidas de tendencia central de la población para su edad tenemos que el rango: 40, con una DT: 10.7, un mínimo de 20 años, Máximo de 60 años, la media fue de 39.87 años, encontrando una moda de 43, con una mediana de 40.

La distribución por genero de las personas entrevistadas corresponden a 118 (39%) hombres y 182 mujeres (61%).

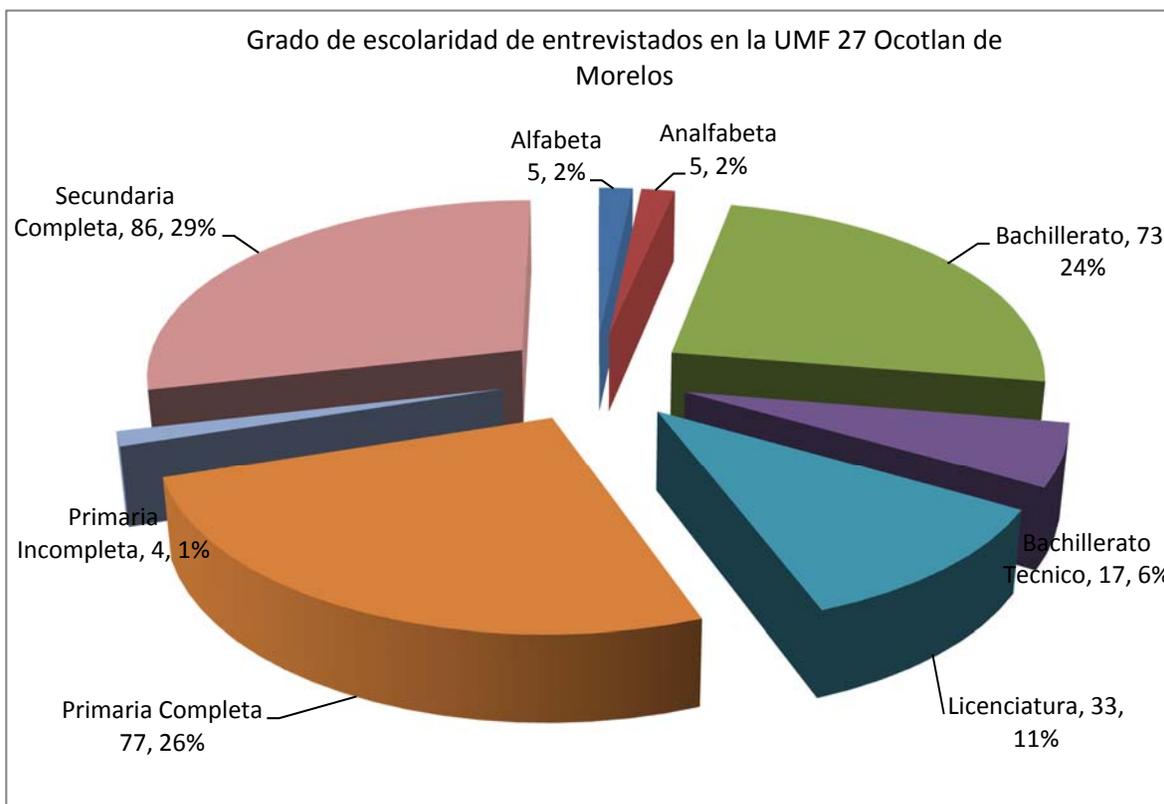
Grafica 1. Distribución por Género



Fuente: Encuestas

En la gráfica 2 se observa al grado de escolaridad, cabe destacar que el dato más alto se presenta a nivel de secundaria con 86 pacientes (29%), el nivel escolar de primaria con 77 pacientes (26%) y nivel bachillerato con 73 pacientes (24%).

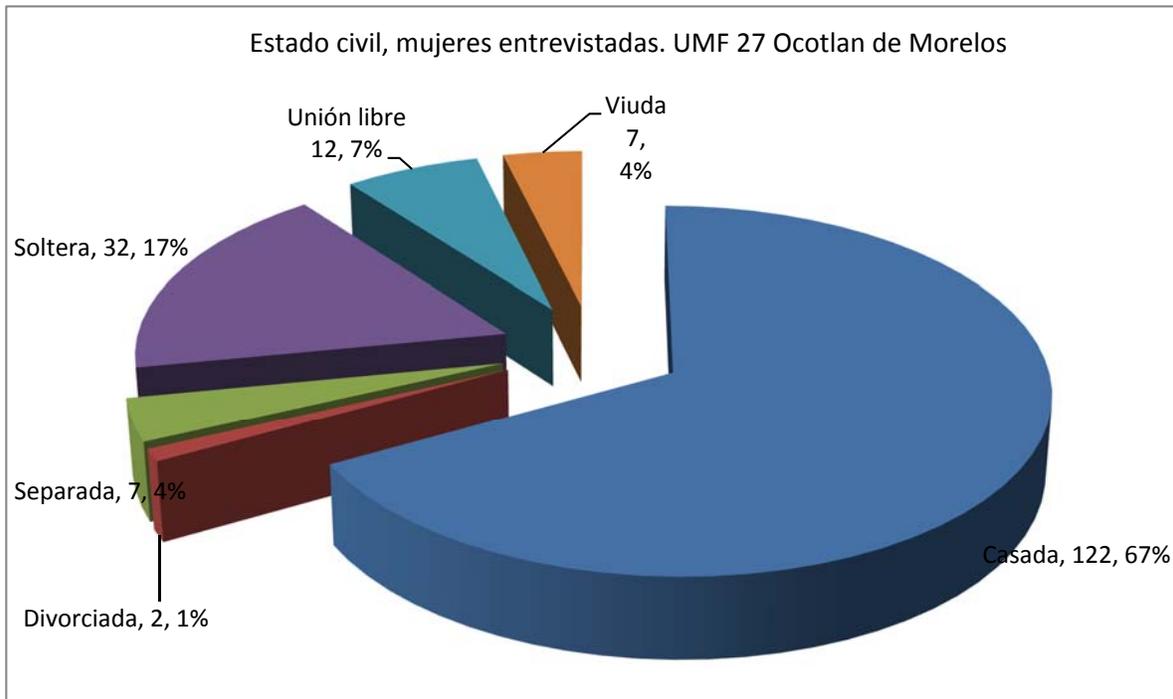
Gráfica 2: Distribución por Escolaridad



Fuente: Encuestas.

Dentro de la información obtenida del estado civil en mujeres, se obtuvo que en las casadas encontramos a 122 pacientes (67%), y 32(17%) de pacientes solteras.

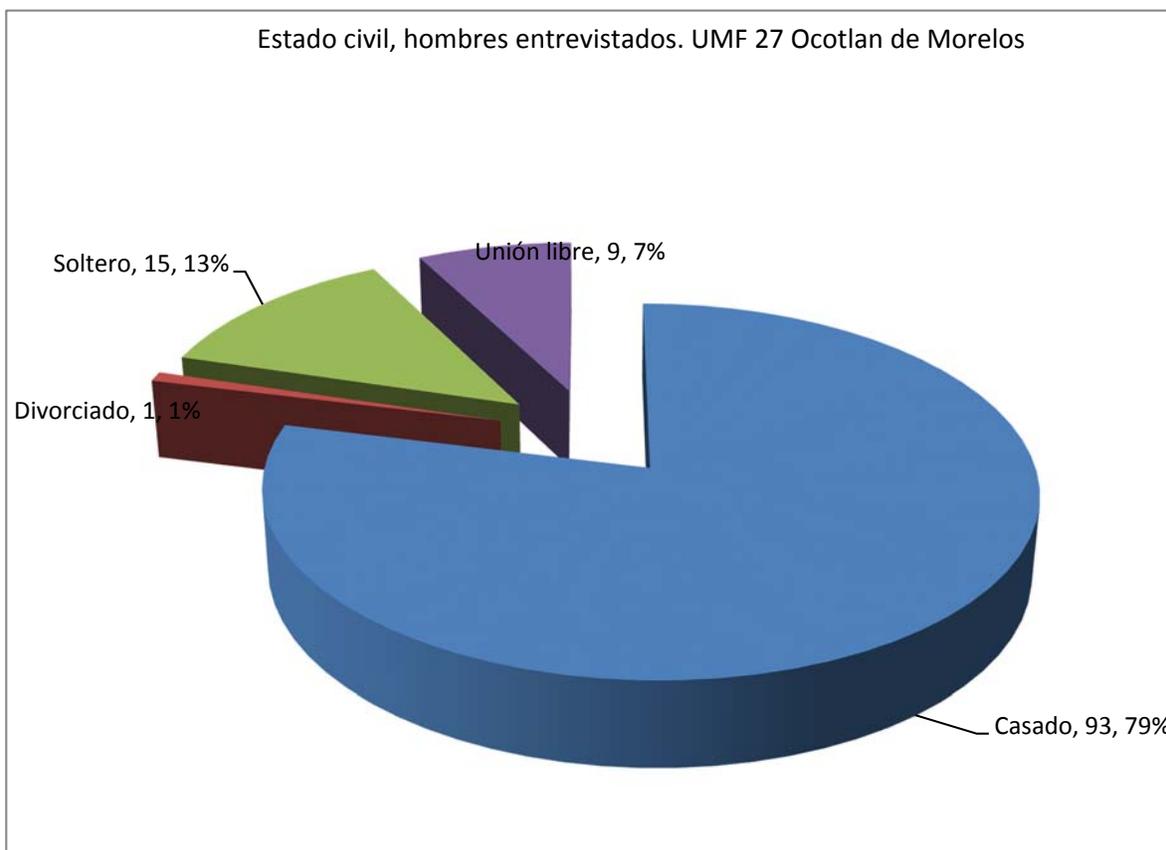
Grafica 3. Distribución por Estado Civil en Mujeres



Fuente: Encuestas

En esta grafica observamos el estado civil de los varones, igualmente hay una tendencia muy marcada hacia el estado civil de casados con 93 (79%).

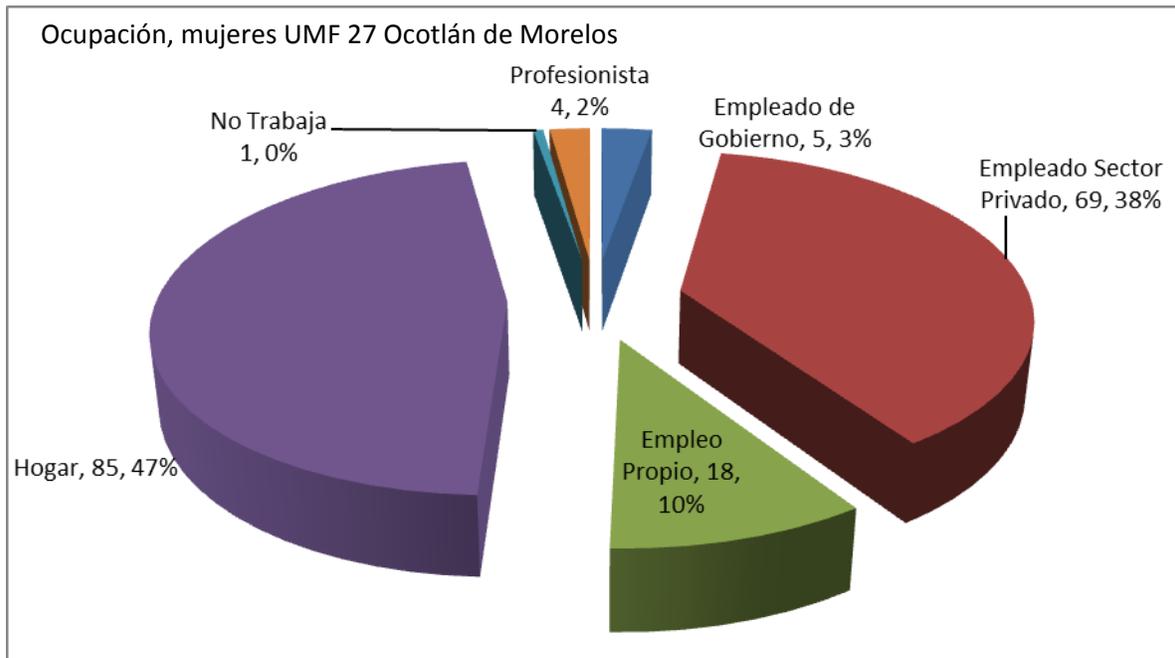
Grafica 4. Distribución por Estado Civil en Hombres



Fuente: Encuestas

En esta grafica el rubro que predomina es el ama de casa con 85 pacientes (47%) seguidos de los empleados del sector privado con 69 pacientes (38%).

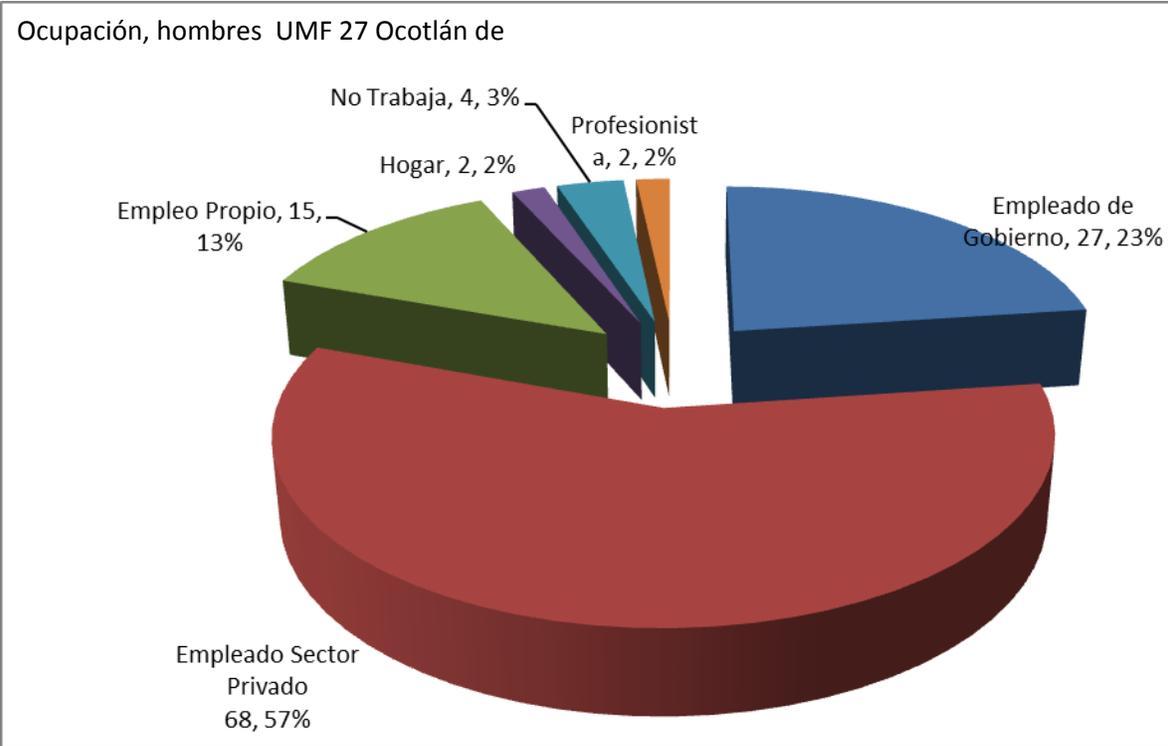
Grafica 5. Distribución por Ocupación en Mujeres



Fuente: Encuestas

En la gráfica 6 muestra un porcentaje predominante hacia el sector del empleado del sector privado con un 68.57%.

Grafica 6. Distribución por Ocupación en Hombres



Fuente: Encuestas

En esta tabla se muestra que en el sexo femenino encontramos a 56 (18.7%) de pacientes con obesidad G I y el sexo masculino solo a 45 (15%) en Pre obesidad.

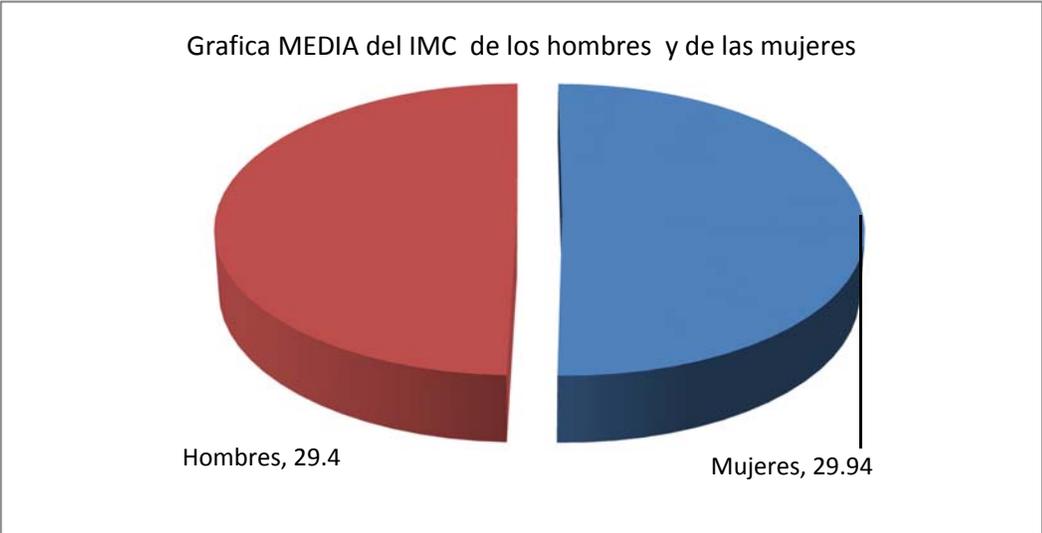
Tabla 1. Distribución por IMC

IMC	GENERO					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	Sobrepeso	43	14.3	29	9.7	72
Pre obesidad	64	21.3	45	15	109	36.3
Obesidad Grado I	56	18.7	34	11.3	90	30
Obesidad Grado II	12	4	8	2.7	20	6.7
Obesidad Grado III	8	2.7	1	0.3	9	3
Total	183	61	117	39	300	100

Fuente: Base de datos.

La distribución de las medidas de tendencia central de la población para IMC por género, tenemos una media para el género femenino de 29.94, para el género masculino de 29.4.

Grafica 7. Índice de Masa Corporal de los hombres y mujeres



Fuente: Encuestas

En esta tabla en el sexo femenino corresponde a 51 (17%) de pacientes con Pre obesidad y el sexo masculino solo a 48 (16%) en obesidad grado I.

Tabla 2. Distribución de la Auto percepción de la Imagen Corporal

AUTOPERCEPCION CORPORAL	GENERO					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Normopeso	3	1	0	0	3	1
Sobrepeso	11	3.7	11	3.7	22	7.3
Per obesidad	51	17	34	11.3	85	28.3
Obesidad GI	48	16	48	16	96	32
Obesidad GII	47	15.7	21	7	68	22.7
Obesidad GIII	23	7.7	3	1	26	8.7
Total	183	61	117	39	300	100

En esta tabla en el sexo femenino encontramos 126 (42%) de pacientes con Preocupación moderada y en el sexo masculino solo a 81 (27%) con preocupación moderada.

Tabla 3. Grado de Preocupación de la Imagen Corporal

GENERO	GRADO DE PREOCUPACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL							
	Leve		Moderado		Grave		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Femenino	1	0.3	126	42	56	18.7	183
Masculino	1	0.3	81	27	35	11.7	117	39
Total	2	0.6	207	69	91	30.4	300	100

En esta tabla la correlación entre el IMC y Auto percepción encontramos a 36 (12%) que tienen sobrepeso real y se perciben en pre obesidad, 51 (17%) de pacientes con pre obesidad, que se auto perciben en Obesidad Grado I, 35(11.7%) pacientes con Obesidad Grado I que se auto perciben con obesidad grado II.

Tabla 4. Correlación entre IMC y Auto percepción

IMC	Auto percepción de la Imagen Personal													
	Normo		Sobrepeso		Pre-o		O-G I		O G-II		O-G III		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sobrepeso	2	0.7	14	4.7	36	12	14	4.7	5	1.7	1	0.3	72	24
Pre obesidad	1	0.3	7	2.3	32	10.7	51	17	16	5.3	2	0.7	109	36.3
Obesidad G I	0	0	1	0.3	16	5.3	26	8.7	35	11.7	12	4	90	30
Obesidad G II	0	0	0	0	1	0.3	5	1.7	9	3	5	1.7	20	6.7
Obesidad GIII	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	6	2	9	3
Total	3	1	22	7.3	85	28.3	96	32	68	22.7	26	8.7	300	100

En esta tabla la relación entre el IMC y Auto percepción encontramos a 93 (31%) sin obesidad real, se auto perciben sin obesidad, y 100 pacientes (33.3%) con obesidad real, se auto perciben con obesidad.

Tabla 5. Relación entre IMC y Auto percepción de la imagen corporal

IMC	AUTOPERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL					
	Sin Obesidad		Con Obesidad		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin Obesidad	93	31	18	6	182	60.7
Con Obesidad	18	6	100	33.3	118	39.3
Total	111	37	118	39.3	300	100

X²: 39.45 p: 0.000

En esta tabla la correlación entre Autopercepción de la Imagen Corporal y el Grado de Preocupación del paciente, encontramos que 2 (0.7%) tiene preocupación leve, teniendo una autopercepción de Obesidad Grado II, 64(21.3%) tiene una preocupación moderada con una autopercepción de Obesidad Grado I, 25(8.3%) tiene preocupación Grave con una autopercepción de Pre obesidad.

Tabla 6. Relación entre Autopercepcion de la Imagen Corporal y el Grado de Preocupación del paciente.

Grado de Preocupación	Auto percepción de la Imagen Corporal													
	Normo		Sobrepeso		Pre-o		O-GI		O G-II		O-GIII		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Leve	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.7	0	0	2	0.7
Moderado	2	0.7	16	5.3	60	20	64	21.3	44	14.7	21	7	207	69
Grave	1	0.3	5	2	25	8.3	30	10	24	8	5	1.7	91	30.3
Total	3	1	22	7.3	85	28.3	96	32	68	22.7	26	8.7	300	100

10.-DISCUSIÓN.

La obesidad es una enfermedad crónica de difícil tratamiento se asocia con múltiples padecimientos, conjunto de anormalidades metabólicas, denominadas síndrome metabólico: Intolerancia a la glucosa, diabetes, dislipidemia, HTA, incrementan el riesgo de enfermedades del corazón y de trombosis cerebrales, principal factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en personas adultas en todo el mundo. El aumento en la prevalencia y gravedad de la obesidad la hace la enfermedad metabólica más prevalente del mundo occidental tanto en países desarrollados como de manera creciente en países en vías de desarrollo. Existe una multiplicidad de trabajos de investigación que plantean el hecho de identificar la correlación entre el IMC y la autopercepción de la Imagen corporal en los pacientes adultos con sobrepeso y obesidad, es por ello que ha originado el interés por los profesionales de la salud en su investigación desde múltiples perspectivas.

Hay diversos elementos para considerar el problema de la autopercepción de la imagen corporal particularmente en obesos adultos, el cual en nuestro país ha sido ampliamente estudiado pero particularmente en el Estado de Oaxaca se ha trabajado poco al respecto, sin embargo se ha originado interés con algunos estudios respecto al que aquí se trata.

En cuanto a la Edad se observa en el artículo de “Concordancia entre la auto percepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense” de Miguez Bernárdez y cols²⁴., participaron 145 universitarios, 107 mujeres (74% de la población estudiada con una edad media de $25,2 \pm 2,9$ años) y 38 hombres (26% con una edad media de $25,3 \pm 3,3$ años) resultado similar a nuestro estudio en el cual la media fue de 39.87 años con un rango de edad mínimo de 20 años y máximo de 60 años. Según el estudio de Unikel Claudia y cols, al llevar a cabo un análisis de varianza de dos factores (IMC Y EDAD), los resultados mostraron que el número de indicadores clínicos se incrementan a medida que aumenta el peso corporal, con diferencias estadísticamente significativas, pero no influye la edad $[F(3 \ 712/5)=60-79 \ p<.001$.

Con relación al género, en el estudio Miguez Bernárdez y cols., la mayoría de la población cree estar en su *peso subjetivo justo* (64% de las mujeres y en el 56% de los hombres)²⁴, donde se deduce que las mujeres son más conscientes que los hombres de su peso real, quizás debido a la mayor preocupación por las cuestiones relacionadas con el peso; el resultado que obtuvimos, conduce que la mayoría de los hombres y de las mujeres eligen modelos que corresponden a sus IMC reales, pero en mayor porcentaje los hombres se autoperciben más correctamente que las mujeres. En otro punto que consideramos importante, las mujeres con valores de IMC real correspondientes a normopeso y sobrepeso (IMC entre 20 y 29.9) se ven más gordas de lo que son en realidad, mientras que las obesas (IMC>30), se autoperciben más delgadas. Por el contrario, los hombres con normopeso y los obesos se autoperciben más delgados de lo que son mientras que los que presentan sobrepeso se clasifican correctamente. Si bien en ambos sexos se observa la misma

tendencia, las mujeres reportaron un mayor promedio de pre obesidad con los hombres.

De acuerdo con el grado de escolaridad el estudio de Miguez Bernárdez M. y cols²⁴., es claro que hay una diferencia sustancial ya que su estudio se centra en 145 universitarios, 107 mujeres (74% con una media de 25,2) y 38 hombres (26% con una edad media de 25,3); Otro estudio de Unikel Santocini C. y cols²⁵., acerca de las conductas alimentarias de riesgo y distribución de Índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años, es claro que promedia el mismo nivel de estudios del nuestro ya que se presenta que el dato más alto es a nivel de secundaria con 86 pacientes (29%), el nivel escolar de primaria con 77 pacientes (26%) y nivel bachillerato con 73 pacientes (24%).

El estado civil en el estudio realizado con los estudiantes del primer ciclo de carrera de licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba 1988, por Pérez C. A. Saladino C.²⁷, se observa que el 67,5 % son solteros y un 24,9% casados. Lo contrario ocurrió en nuestro trabajo que nos arroja el dato respecto al estado civil ya que tanto mujeres como hombres prevalece el estado civil de casados, 122 pacientes (67%), y los varones con 93 (79%).

De la ocupación Rodríguez Guarín M. y Gempeller Rueda, J²⁸. En su trabajo La Corporalidad en los trastornos de la alimentación presentan que hay un número importante de pacientes que tienen ocupación de nivel técnico-profesional y son pocos los casos de ocupación en labores del hogar. Respecto a nuestro trabajo hay una diferencia amplia ya que el 85 mujeres se dedican a labores del hogar 47%; y de los hombres y 68 hombres trabajan en el sector privado o técnico 57%, estos datos son los más representativos ya que abarcar prácticamente gran parte de el nivel de ocupación quedando distribuido los otros porcentajes en diversas ocupaciones.

En cuanto a la autopercepción y preocupación de las personas estudiadas Pérez C. A. y Saladino C.²⁷ Destacaron que un 68,59% se encuentra satisfecho y un 55,23% se encuentra totalmente satisfecho; hay una variación entre la opinión de la percepción y del ideal de sí mismo. Así también su trabajo establece que 70 personas (25.27%) están medianamente satisfechos y 34 personas (12.27%) están totalmente satisfechos en el cómo se perciben. En nuestro trabajo realizado en la UMF 27 se plantea el grado de preocupación de la imagen corporal donde 126 mujeres tienen una preocupación moderada, dato similar en los hombres con 81 casos de preocupación moderada y 56 mujeres tienen preocupación grave y 35 hombres tienen preocupación grave. De la autopercepción, también se puede mencionar los estudios de la Percepción de la imagen corporal en adolescentes comparaciones por género de León Vargas Elizabeth y cols²⁶. Los resultados muestran que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en los niveles de ansiedad relacionados con el factor peso. En general las mujeres presentan mayores niveles de ansiedad por áreas corporales relacionadas con el factor peso En cuanto al nivel de ansiedad experimentada en relación con la imagen corporal, las adolescentes manifiestan niveles de ansiedad más altos que su contraparte masculina que en general concuerda con los resultados de un estudio

sobre diferencias de género en alumnos de primaria donde Gallangos (2011) encontró que las niñas de ese nivel educativo reportan niveles más altos de ansiedad que sus compañeros varones.

Respecto al promedio de IMC, el artículo Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense de Miguez Bernárdez, M. cols²⁴, el IMC medio de las mujeres es de 22,0+- 2,6 kg/m²; el IMC medio de los hombres (24,5+- 3.2 kg/m²) difiere significativamente del de las mujeres (F= 15,571, p= 0,000). En general no concuerda con los resultados de nuestro estudio en el que el IMC medio de mujeres y hombres es muy similar, en las mujeres es de 29.94 El IMC medio de los hombres es de 29.40.

Correlación de la percepción de la imagen corporal con el IMC, en el artículo Valoración de la Percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos, de Pilar Montero. y cols²⁹. La mayoría de los hombres y de las mujeres eligen modelos que corresponden a sus IMC reales, pero en mayor porcentaje los hombres se autoperciben más correctamente que las mujeres. En su mayoría los hombres se ven más delgados de lo que son y minoría más gordos. La minoría de las mujeres se ven más delgadas de lo que son y en su mayoría se autoperciben más gordas. La mayoría de los hombres y de las mujeres eligen modelos que corresponden a sus IMC reales, pero en mayor porcentaje los hombres se autoperciben más correctamente que las mujeres. Caso similar ocurre en nuestro estudio en cuanto al género femenino que la mayoría de mujeres eligen modelos anatómicos que corresponden a su IMC, contrario a los hombres que en su mayoría eligen modelos que corresponden a un grado mayor de obesidad de su IMC real. Nuestro estudio difiere al trabajo de Pilar Montero y cols., ya que en mayor porcentaje las mujeres se autoperciben más correctamente que los hombres. En la mayoría los hombres se ven más gordos de lo que son y minoría más delgados. Las mujeres en su minoría se ven más delgadas de lo que son y en su mayoría se autoperciben más gordas.

11.-CONCLUSIONES.

La pre obesidad, como la obesidad son factores de riesgo para desarrollar distorsiones en la autopercepción de la imagen corporal.

El Grado de Preocupación de la Imagen Corporal en el sexo femenino encontramos a su mayoría con preocupación moderada y menor en el sexo masculino con preocupación moderada, la mayoría de pacientes con preocupación grave del sexo femenino y minoría para el sexo masculino.

El IMC medio de las mujeres se correlaciona con el IMC medio de los hombres que arroja una paridad significativa.

Tanto la pre obesidad, como la obesidad son elementos de riesgo para desarrollar distorsiones en la autopercepción de la imagen corporal.

La correlación entre Autopercepción de la Imagen Corporal y el Grado de Preocupación del paciente, encontramos a la preocupación moderada con una autopercepción de Obesidad grado II, le sigue una preocupación grave con una autopercepción de Pre obesidad. y una minoría tienen preocupación leve, teniendo una autopercepción de Obesidad Grado II.

La autopercepción de la obesidad se relaciona con la propia insatisfacción por la forma del cuerpo.

12.-BIBLIOGRAFÍA.

1. Miguel Soca. P.E, A Niño Peña. Consecuencias de la obesidad. ACIMED.2009;20(4):85
2. Rodríguez Guzmán L.M, L. F. Carballo Gallegos, A. Falcón Coria, R. Arias Flores, a. Puig Nolasco. Autopercepción de la Imagen corporal en mujeres y su correlación con el índice de masa corporal. Medicina Universitaria 2010; 12(46):30
3. Marrodán Ma. Dolores, Montero Robles Verónica, Meza Ma. Soledad, Pacheco José Luis. Realidad Percepción y atractivo de la Imagen corporal: condicionantes biológicos y socioculturales. Zamax: 30. 2008: 15-28
4. Fernández Cane R T, Estudio Psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: análisis de las diferentes variables que pueden afectar a la pérdida de peso. Universidad de Valencia. 2009:1-3
5. Tejero M.E. Genética de la obesidad. Bol Med Hosp Infant Mex. Noviembre diciembre 2008; 65: 442-448.
6. Koff, E., Rierdan, J. Y Stubbs, M.L. (1990): "Gender, body image, and self-concept in early adolescence". Journal of Early Adolescence; 10: 133-134.
7. Bruch, H,(1962): "Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nerviosa". Psychosomatic Medicine; 24:187-194.
8. Fisher, S. (1990): "The Evolution of Psychological Concepts About de body". En T.F, Cash y T. Pruzinsky, Body Images. Development, Deviance and Change, pp. 3-21, New York, The Guilford Press.
9. Schilder, P. (1950): The image and appearance of the human body. N. York, International Universities Press.
10. Pruzinsky, t. y Cash, TF. (1990): "Integrative themes in body-image development, deviance, and change". En T.F Cash y T. Pruzinsky, Body Images. Development, Deviance and Change: 337-349. N. York, The Guilford Press.
11. Baile Ayensa J. I, ¿Que es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián, Fernández de Mosteyrín T, I. Leal, E. García Camba. Actitudes hacia el cuerpo y malestar psicológico en pacientes obesos en protocolo de cirugía bariátrica. C. Med. Psicososom. 2010; 95: 45
12. Thompson, J.K. (1990): Body Image disturbances: assessment and treatment. New York, Pergamon Press.
13. Slade, P.D. (1994): "Wath is body image?". Behaviour Research and Therapy; 32: 479-502.
14. Baillet Esquivel Laura E. Obesidad. ATEN FAM 2008; 15:20-22

15. Pérez Gil R. Sara Elena, Romero J. Gabriela, Imagen Corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Salud Pública Mex* 2010; 52: 111-118
16. Bermúdez Bautista M. Sol, Franco Parades Karina, Álvarez Rayón Georgina, Vásquez Arévalo Rosalía, López Aguilar Xóchitl, Ocampo María T, Téllez Girón, Amaya Hernández Adriana, Mancilla Díaz Juan M. El rol de la Insatisfacción corporal e influencia de grupo de pares sobre la influencia de publicidad, los modelos estéticos y dieta. *Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Vol.1. No 1, verano 2009:10*
17. Calaf Myralys, León Mariela, Hilerío Cibiel, Rodríguez José. Inventario de Imagen Corporal para Fémimas Adolescentes. Universidad Carlos Albizu. San Juan Puerto Rico, *Revista Interamericana de Psicología Interamerican Journal of Psychology- 2005. Vol.39. No. 3: 347-348*
18. Bernárdez M.M, I.MC. Fernández, M. González Rodríguez, J. González Carnero. Evaluación de la distorsión de la imagen corporal en universitarios en relación a sus conocimientos de salud. *Nut. Clín. Diet. Hosp.2009; 29(2): 16*
19. Villagrán Zuamí, Ruiz Jennifer, Rodríguez Carolina. Conductas de Riesgo para padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria y su asociación al índice de Masa Corporal, percepción y preocupación por la imagen corporal en estudiantes de ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara, CUALTOS. zuamiv@cualtos.udg.mx.
20. Pérez Gil Romos. E, G. Romero Juárez, P. Floran Rivera, M. Hernández Valverde, A. Paniagua Alcocer, I. Valtierra Martínez. Julio- Diciembre 2008:83.
21. Silvestre. E. Stavile A.E. Aspectos Psicológicos de la Obesidad. Abril/2005; 8-10
22. Sánchez Sosa J.C, J. Moral de la Rubia, P.C. Cantú Martínez. El índice de masa corporal autorreportado como medida antropométrica pertinente en estudios de imagen corporal. *Salus cum propositum vitae* Octubre-Diciembre2009; 9(4):1
23. Vásquez R, Álvarez G, Mancilla J.M. Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los modelos Estéticos Corporales, en población mexicana. *Salud Mental. Diciembre del 2000; 23, No 6: 21-24.*
24. Miguez Bernárdez M. De la Montaña Miguez J. González Carnero J. y González Rodríguez M. Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutr. Hosp. Vol.26 no.3 Madrid mayo-junio 2011.*
25. Unikel Santoncini C. Saucedo Molina T. Villatoro J. Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental, 25(2):49-57, 2002.*

26. León Vargas Elizabeth Percepción de la imagen corporal en adolescentes comparaciones por género de León Vargas. XV Congreso de Educación Física, Deporte y Recreación Ciencia y Cultura Física: Un reto del presente Facultad de Educación Física y Ciencias del Deporte UACH 381, pág: 379-382
27. Pérez C. A. Saladino C. En el estudio realizado con los estudiantes del primer ciclo de carrera de licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba 1988: 53-56.
28. Rodríguez Guarín M. y Gempeller Rueda, La Corporalidad en los trastornos de la alimentación. *Rev. Colomb Psiquiatr*, Vol. XXVIII, No. 4, 1999:301.
29. Montero P. y cols. Valoración de la Percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos.
30. García García E, Violante Ortiz R, Obesidad, Diagnóstico y Tratamiento Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 12, No. 4 Supl. 3 Octubre-Diciembre 2004 pp. S91-S95.

13. ANEXOS:

ANEXO 1.

CUESTIONARIO 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

EDAD: _____						
SEXO	1. HOMBRE	2. MUJER				
ESTADO CIVIL						
SOLTERO	1. CASADA(O) O UNIÓN LIBRE	2. DIVORCIADA(O)	3. VIUDA(O)	4. SEPARADA(O)		
OCUPACIÓN						
1. TRABAJA POR SU CUENTA	2. SECTOR PRIVADO	3. SECTOR AGROPECUARIO	4. OBRERO	5. AMA DE CASA	6. ESTUDIANTE	
7. MAESTRO	8. DESEMPLEADO	9. PENSIONADO	10. SECTOR PÚBLICO	11. OTRO		
ESCOLARIDAD						
NÚMERO DE AÑOS CURSADOS: _____						

Anexo 2

IMC	CLASIFICACIÓN DE LA OMS	DESCRIPCIÓN CLÍNICA
18.5-24.9	Normal	Normal
25.0-29.9	Grado 1 de sobrepeso	Sobrepeso
30.0-39.9	Grado 2 de sobrepeso	Obesidad
>40.0	Grado 3 de sobrepeso	Obesidad mórbida

Anexo 3

ESCALA DE FIGURAS MASCULINAS

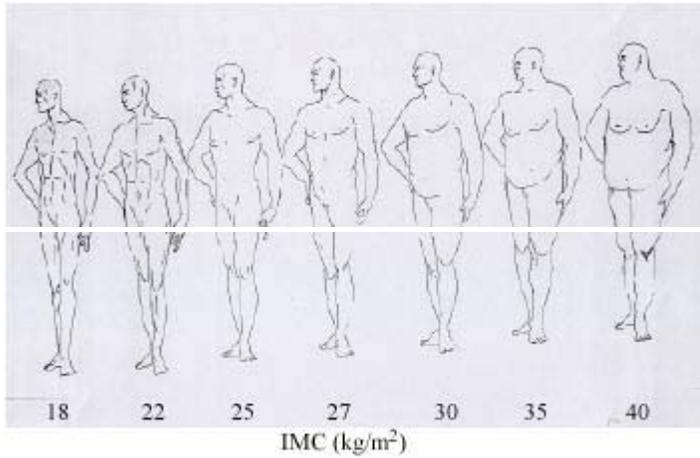


Figura 1. Modelos corporales. Hombres

Figure 1. Anatomical models. Options presented to select their silhouettes. Men

ESCALA DE FIGURAS FEMENINAS

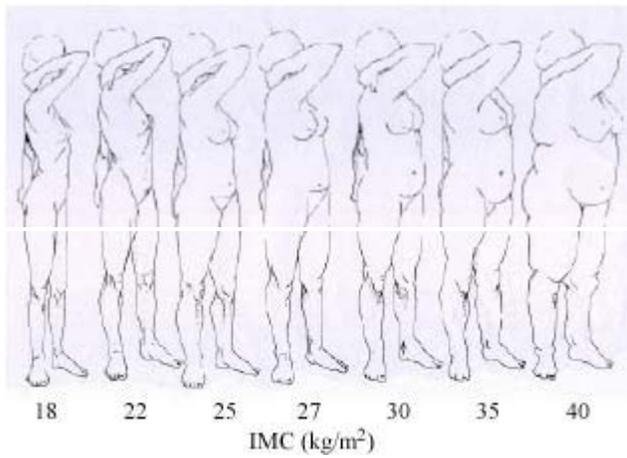


Figura 2. Modelos corporales. Mujeres

Figure 2. Anatomical models. Options presented to select their silhouettes. Women

ANEXO 4. Cuestionario de Adonis Compleción, En su traducción experimental por (Pope Et Al., 2002)

1.- ¿Cuánto tiempo dedicas cada día preocupándote por algún aspecto de tu apariencia (no simplemente pensando, sino preocupándote)?

- a) Menos de 30 minutos
- b) De 30 a 60 minutos
- c) Mas de 60 minutos

2.- ¿Con que frecuencia estás mal por alguna cuestión relacionada con tu apariencia (Preocupado, ansioso, deprimido...)?

- a) Nunca o raramente.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente.

3.- ¿Con que frecuencia evitas que partes de tu cuerpo o tu cuerpo entero sea visto por otros? Por ejemplo ¿con qué frecuencia evitas ir a vestuarios, piscinas o situaciones donde debas quitarte la ropa? O también, ¿con qué frecuencia llevas ropas que alteran u ocultan tu apariencia corporal, como por ejemplo intentar ocultar tu cabello llevar ropas holgadas para esconder tu cuerpo?

- a) Nunca o raramente.
- b) Algunas veces.
- c) Frecuentemente

4.- ¿Cuánto tiempo dedicas cada día dedicado a actividades de aseo para mejorar tu apariencia?

- a) Menos de 30 minutos.
- b) de 30 a 60 minutos.
- C) Más de 60 minutos.

5.- ¿Cuánto tiempo dedicas cada día en actividades físicas para mejorar tu apariencia física, tales como levantamiento de pesas, jogging, máquina de caminar? (Nos referimos sólo a esas actividades deportivas cuyo objetivo principal sea mejorar la apariencia física)

- a) Menos de 60 minutos.
- b) De 60 a 120 minutos.
- c) Más de 120 minutos.

6.- ¿Con qué frecuencia sigues dietas, comiendo alimentos especiales (por ejemplo de alto grado proteínico o comidas bajas en grasas) o ingieres suplementos nutricionales específicamente para mejorar tu apariencia?

- a) Nunca o raramente
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente.

7.- ¿Qué parte de tus ingresos económicos los empleas en cuestiones dedicadas a mejorar tu apariencia (por ejemplo, comidas especiales de dieta, suplementos nutricionales, productos para el pelo, cosméticos, técnicas cosméticas, equipamiento deportivo, cuotas de gimnasio...)?

- a) Una cantidad insignificante.
- b) Una cantidad sustancial, pero nunca hasta el punto de que me cree problemas económicos.
- c) Cantidad suficiente hasta el punto de crearme problemas económicos.

8) Con que frecuencia tus actividades relacionadas con tu apariencia física afectan tus relaciones sociales? por ejemplo: el tener que dedicar tiempo a entrenamientos, prácticas alimentarias especiales o cualquier otra actividad relacionada con tu apariencia que terminan afectando tus relaciones con otras personas.

- a) nunca o raramente
- b) algunas veces
- c) frecuentemente

9) ¿Con qué frecuencia tu vida sexual se ha visto afectado por tus preocupaciones relacionadas con la apariencia?

- a) nunca o raramente.
- b) algunas veces
- c) frecuentemente

10) Con qué frecuencia tus preocupaciones con la apariencia o actividades relacionadas con ella han comprometido tu trabajo o carrera? (tus actividades académicas si eres estudiante) por ejemplo llegando tarde, perdiendo horas de trabajo o de clase, trabajando por debajo de tu capacidad o perdiendo oportunidades de mejora o ascenso por preocupaciones y o actividades con la imagen corporal.

- a) nunca o raramente
- b) algunas veces
- c) frecuentemente

11) Con qué frecuencia has evitado ser visto por otra gente debido a tus preocupaciones con tu apariencia? por ejemplo: no yendo a la escuela, al trabajo, a eventos sociales o a estar en público.

- a) nunca o raramente
- b) algunas veces
- c) frecuentemente

12) ¿Has consumido algún tipo de droga legal o ilegal para ganar músculo, perder peso, o para cualquier intento de mejorar tu apariencia?

- a) nunca
- b) sólo drogas legales compradas en sitios oficiales o bajo prescripción
- c) he usado esteroides legales, píldoras de adelgazamiento o bien otras sustancias

13) ¿Con qué frecuencia has tomado medidas extremas (que no sean el uso de drogas) para cambiar tu apariencia? tales como hacer ejercicio excesivo, entrenar incluso estando adolorido, hacer dietas extremas, vomitar, usar laxantes u otros métodos de purga, usar técnicas no convencionales de desarrollo muscular, crecimiento del pelo, alargamiento del pene, etc.

- a) nunca o raramente
- b) algunas veces
- c) frecuentemente.

CADA RESPUESTA TIENE UN VALOR DISTINTO Y SE RELACIONA DE LA SIGUIENTE FORMA:

Respuesta a: 1 Punto

Respuesta b: 2 puntos

Respuesta c: 3 puntos

GRADO DE PREOCUPACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Preocupación leve (0 – 9 puntos)

Preocupación moderada (10 – 19 puntos)

Preocupación grave (20 a 29 puntos)

Preocupación posiblemente patológica (30 a 39 puntos)

ANEXO 5.

Consentimiento Informado:

	
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL	
	
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Correlación entre la auto percepción de la imagen corporal y modelos anatómicos en obesos adultos
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	01/07/2012
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación y objetivo del estudio: La obesidad ocasiona en los pacientes baja autoestima y autovaloración negativa, perturbaciones en la imagen corporal, así como confusión y dificultad para reconocer los estados emocionales y las sensaciones viscerales, cuando se compara, tanto con sujetos sanos, como con pacientes con Trastornos de conducta alimentaria se observan elevados niveles de disfunción social, ansiedad y depresión en pacientes con obesidad. La intervención directa sobre la imagen corporal y la autoestima en pacientes con obesidad resulta necesaria, tanto para el tratamiento directo de la sintomatología clínica, como para la adherencia al tratamiento dietético y el bienestar psicológico que presentan estos pacientes. El objetivo principal es conocer como se percibe su cuerpo en relación a figuras de cuerpos con diferentes medidas en relación a la obesidad en adultos. Evaluar las posibles dispersiones entre la imagen del cuerpo y los valores de peso, talla y correlación de ella, identificar insatisfacción con la figura corporal y con determinadas zonas del cuerpo. Determinar la correlación entre peso y talla y auto percepción de la imagen corporal en una población con frecuencia de obesidad. Conocer hábitos de alimentación. Conocer la frecuencia de consumo de bebidas edulcorantes. Conocer la frecuencia con la que realiza actividad física
Procedimientos:	El estudio se llevara a cabo en la población atendida en la consulta externa de medicina familiar núm. 27, IMSS, consultorio 1 Ocotlán de Morelos, Oax. Según la metodología: Escala de figuras Cuestionario de Adonis.
Posibles riesgos y molestias:	Ningún riesgo, molestia; requisitar cuestionarios y elección de figuras corporales..
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La intervención directa sobre la imagen corporal y autoestima en pacientes con obesidad resulta necesaria, tanto para el tratamiento directo de la sintomatología clínica, como para la adherencia al tratamiento dietético y el bienestar psicológico que presentan estos pacientes
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En forma y tiempo.
Participación o retiro:	De acuerdo a criterios de inclusión y no inclusión.
Privacidad y confidencialidad:	Al cien por ciento.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en
derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: La intervención directa sobre la imagen corporal y autoestima en pacientes con obesidad resulta necesaria, tanto para el tratamiento directo de la sintomatología clínica, como para la adherencia al tratamiento dietético y el bienestar psicológico que presentan estos pacientes

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Icela Peralta Hernández

Colaboradores:

ASESORES:

METODOLOGICO: DR. EN C. CUAUHEMOC MATADAMAS ZARATE
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1
Email: matadamaszarate@hotmail.com

CLINICO: LIC. EN PS. JAIME ERNESTO VARGAS MENDOZA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1
Email: je_vargas@yahoo.com.mx

DR: EN C. JESUS ELIZARRARAS RIVAS
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE INVESTIGACION EN SALUD
EMAIL: jesus.elizarraras@imss.gob.mx

DRA. MARTHA TAPIÁ CHÁVEZ
MEDICO FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 1
EMAIL: marthacht@hotmail.com

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 4º 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: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013