

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“IMAGEN CORPORAL ASOCIADA AL ÍNDICE DE MASA
CORPORAL E ÍNDICE CINTURA-CADERA EN ESTUDIANTES
DE ACADEMIAS PRE-UNIVERSITARIAS, AREQUIPA 2012”**

Tesis presentada por el Bachiller:

EDDY PABLO ZAPANA CALCINA

Para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AREQUIPA – PERU

2013

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	2
EPIGRAFE	3
DEDICATORIA	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
PREAMBULO	8
CAPITULO I: RESULTADOS	9
CAPÍTULO II: DISCUSION Y COMENTARIOS	21
CAPÍTULO III: CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
BIBLIOGRAFIA	32
ANEXOS	33
PROYECTO DE TESIS	34
BIBLIOGRAFIA DEL PROYECTO DE TESIS	61



EPIGRAFE

"La única cosa que sé es saber que nada sé; y esto cabalmente me distingue de los demás filósofos, que creen saberlo todo." Sócrates.

DEDICATORIA

A mi hijo, **Alejandro Gabriel**, quien es la fuerza y el pilar de mi vida para salir adelante, pues solo una sonrisita, un abracito y un besito suyo alivia el cansancio del día a día en mi ser. Gracias Dios, por darme este regalo más grande y hermoso en la vida que creo no merecer.

A mi hermana, **Delia Marcela**, por su apoyo incondicional y desinteresado con el afán de poder concluir esta etapa de mi vida. Gracias hermanita por motivarme, aconsejarme y estar siempre ahí cuando necesito un apoyo.

A mis padres, Marcelina y Pablo, por haberme dado la luz del amanecer, gracias **Mamá** por darme amor y consuelo cuando más lo necesité, gracias mamita por quererme y tolerarme.

Gracias Dios por haberme dado la vida y por permitirme nacer en esta familia maravillosa que me acoge con mucho amor, paciencia y comprensión. Gracias de corazón.

RESUMEN

OBJETIVO

Determinar la insatisfacción de la imagen corporal asociada al índice de Masa corporal e índice cintura-cadera en estudiantes academias pre-universitarias de la provincia de Arequipa

METODOLOGÍA

Se utilizó la estimación de la imagen corporal mediante la selección de la silueta que mejor representaba la imagen del participante, en un juego de nueve siluetas, en rangos que iban desde muy delgada hasta extremadamente obesa, la medida del IMC e ICC.

RESULTADOS

El estudio se realizó en una muestra de 253, siendo 123 varones y 130 mujeres, la distribución del IMC en la muestra estudiada donde de bajo peso mostro sexo masculino 20 con el 15.4% y femenino 10 con el 7.7%; peso normal mostro en un total de 94, siendo de sexo masculino 50 con el 40.7% y femenino 44 con el 33.8%; sobre peso mostro en un total de 62, siendo de sexo masculino 30 con el 24.4% y femenino 32 con el 24.6%; y obesidad mostro en un total de 67, siendo de sexo masculino 23 con el 19.5% y femenino 44 con el 33.8%; un predominio de ICC bajo de 93 alumnos con el 36.8% con cuerpo ginecoide osea cuerpo de pera; normal 93 con el 36.8% y alto 67 con el 26.5% con cuerpo androide osea cuerpo de manzana, con predominio en el sexo femenino de cuerpo ginecoide con el 41.8% y en sexo masculino cuerpo ginecoide con el 31.1%; notando también que los resultados son similares en cuanto al ICC bajo, normal y alto, un predominio de la imagen corporal en el total de la figura 1 con el 42.7% y figura 2 con el 46.2%; con mayor decisión en el sexo femenino por la figura 1 con el 51.5% y la figura 2 con el 36.6% y en sexo masculino la figura 2 con el 41.2% y la figura 1 con el 31.9%; con predominio total en ambos sexos a desear la tendencia a la delgadez como mejor imagen corporal, un predominio a la relación ICC e imagen corporal a las figuras 1 y 2 sin relación al ICC de los alumnos, con una clara tendencia a la figura delgada en los alumnos estudiados y una relación estadística no significativa en la prueba de chi cuadrado, por la tendencia de los resultados, un predominio a la relación IMC e imagen corporal a las figuras 1 y 2 sin relación al IMC de los alumnos, con una clara tendencia a la figura delgada en los alumnos estudiados y una relación estadística no significativa en la prueba de chi cuadrado, por la tendencia de los resultados.

ABSTRACT

METHODOLOGY

We used the estimate of body image by selecting the silhouette that best represented the image of the participant, in a game of nine silhouettes, in ranks ranging from very thin to extremely obese, BMI measurement and ICC.

RESULTS

The study was conducted on a sample of 253, with 123 men and 130 women, the distribution of BMI in the sample which showed underweight with 19 male and female 15.4% in October to 7.7% in normal weight showed 94 total being 50 with male and female 40.7% 33.8% 44 with, on weight showed a total of 62, 30 being of the male and female 24.4% 24.6% 32 to, and obesity showed in a total of 90, 23 being of the male and female 19.5% 33.8% 44 with, a low prevalence of CHF 93 36.8% pupils with bone ginecoide body pear body, normal 93 to 36.8% and top 67 with 26.5% with android body bone block body, predominantly in women with gynoid body and 41.8% male gynoid body with 31.1%, noting that the results are similar in the ICC under , normal and high, a prevalence of body image in the total figure 1 with figure 2 and 42.7% with 46.2% more decisively in females from Figure 1 with 51.5% and Figure 2 with 36.6% male and Figure 2 with 41.2% and Figure 1 with 31.9%, with overall prevalence in both sexes tend to be desired thinness as better body image, a predominance of the ICC relationship and body image to Figures 1 and 2 ICC unrelated to students, with a clear trend towards slim figure in students studied and no significant statistical relationship in the chi-square test for trend of the results, the predominance BMI and body image related to Figures 1 and 2 are not relevant to students' BMI, with a clear trend towards slim figure in students studied and no significant statistical relationship in the chi-square test for trend of the results .

INTRODUCCIÓN

Actualmente uno de los problemas de salud pública más importantes es la obesidad infantil y en adolescentes, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, y nuestro país no es la excepción. La multiplicidad de los factores involucrados en la génesis de la obesidad y la presencia de trastornos de la imagen corporal dificultan su prevención y tratamiento.

A lo anterior se agregan los altos índices de comida de chatarra y sedentarismo en la población, que de acuerdo a los resultados es un impacto de la adopción de imágenes diferentes de la imagen corporal y en la población no deja de ser importante, considerando que es una de las condicionantes que contribuye a

que por medio del bajo gasto energético de un individuo, en conjunto con ingestas alimentarias normales o elevadas, se provoque un desbalance energético que se puede traducir en alteraciones del estado de salud, como la malnutrición por exceso. Todo esto recrudece el impacto en la comunidad, originado de la pandemia en que se ha convertido la obesidad, y el denominado síndrome de verse delgados que comprende un conjunto de factores de riesgo constituyendo un estado de alto riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades que son particularmente susceptibles a padecerlo. Aunque a nivel nacional e internacional se han desarrollado diversas investigaciones respecto a la valoración antropométrica de distintas poblaciones y rangos etáreos, es importante continuar desarrollando estudios que permitan evidenciar lo que sucede con una población generalmente

no considerada como es la adolescencia y que permita desarrollar conocimiento relevante para la toma de decisiones frente a las políticas de salud o educación referidas a la elación entre IMC y ICC e imagen corporal donde , el sobrepeso y la obesidad son impactantes hoy en nuestra realidad.

Con esta nueva visión este estudio pretende dar un nuevo enfoque en busca de una visión de lo que representa esta problemática sobre su verdadera imagen corporal y su relación con su IMC e ICC en la cual están los adolescentes.

PREAMBULO

La imagen corporal es un rasgo común en una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud. Muchas personas tienden o preocuparse extremadamente por su imagen corporal y esto les causa gran trastorno emocional e interfiere en su vida diaria.

La imagen corporal está asociada positiva y significativamente con el índice de masa corporal. Aún cuando hombres y mujeres presenten sobrepeso u obesidad, son éstas últimas las que más desagrado tienen por su figura. Se requiere diseñar estrategias de prevención a fin de desarrollar recursos positivos que promuevan la propia aceptación y el bienestar integral tanto físico como psicológico entre los adolescentes.

La Imagen Corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, asociado a esto autores definen la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o también como una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto o extremado de la apariencia física también se evidencian la existencia de presión social hacia la mujer para que mantenga una determinada imagen corporal asociada a una extrema delgadez, pues esto se deriva de una comparación entre los modelos sociales de belleza y el propio cuerpo, concluyendo con una autovaloración negativa o positiva de sí mismo.

En los últimos años se ha dado un desarrollo de instrumentos para medir la estimación del tamaño de las partes o del total del cuerpo de las personas, existe poca evidencia respecto a la Insatisfacción Corporal y cada vez es de mayor interés el estudio de la misma, el objetivo de este trabajo es contribuir al conocimiento sobre el mismo en adolescentes de la ciudad de Arequipa.

CAPITULO I RESULTADOS

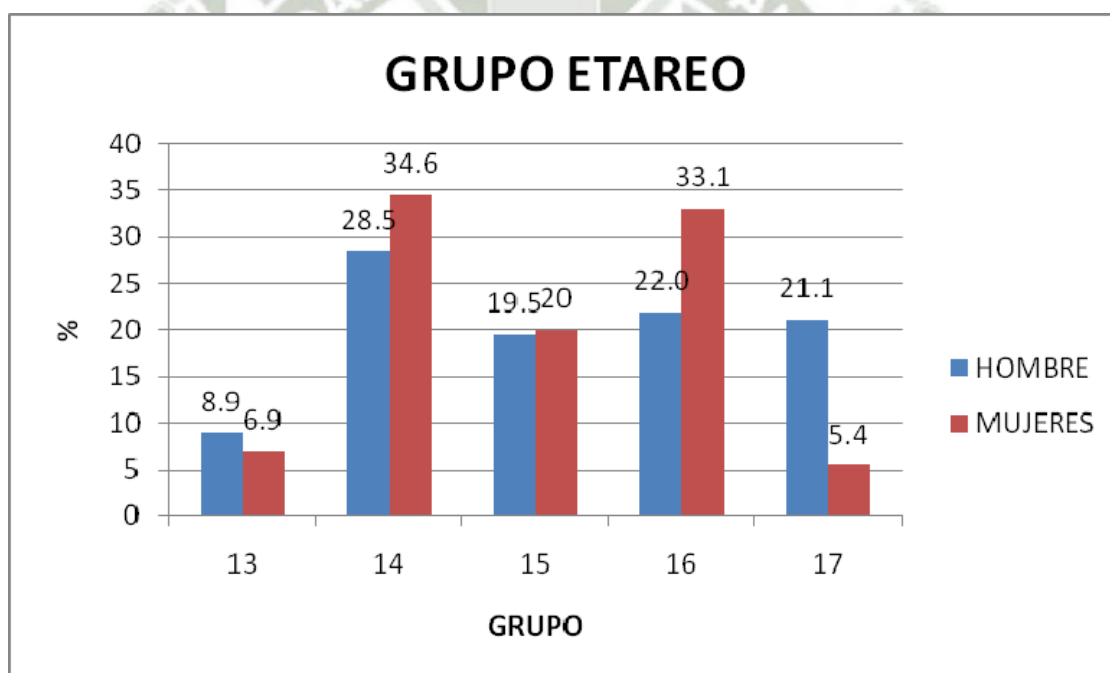
TABLA 1: DISTRIBUCION SEGÚN GRUPO ETAREO

Grupo etareo	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
13	20	7.9	11	8.9	9	6.9
14	80	31.6	35	28.5	45	34.6
15	50	19.8	24	19.5	26	20.0
16	70	27.7	27	22.0	43	33.1
17	33	13.0	26	21.1	7	5.4
Total	253	100.0	123	100.0	130	100.0

Fuente: Propia, elaborada a partir de datos obtenidos por la encuesta realizada a estudiantes de academias pre-universitarias en Arequipa 2012

La tabla muestra la distribución de la muestra según grupo etareo donde el total de 13 años fue de 20 alumnos siendo de sexo masculino 11 con el 8.9% y mujeres 9 con el 6.9%; de 14 años fue de 80 alumnos siendo de sexo masculino 35 con el 28.5% y mujeres 45 con el 34.6%; de 15 años fue de 50 alumnos siendo de sexo masculino 24 con el 19.5% y mujeres 26 con el 20.0%; de 16 años fue de 70 alumnos siendo de sexo masculino 27 con el 22.0% y mujeres 43 con el 33.1%; de 17 años fue de 33 alumnos siendo de sexo masculino 26 con el 21.1% y mujeres 7 con el 5.4%; con un leve predominio del sexo femenino y la edad comprendida entre 14 y 16 años.

CUADRO 1: DISTRIBUCION SEGÚN GRUPO ETAREO



Fuente: Propia, elaborada a partir de datos obtenidos por la encuesta realizada a estudiantes de academias pre-universitarias en Arequipa 2012

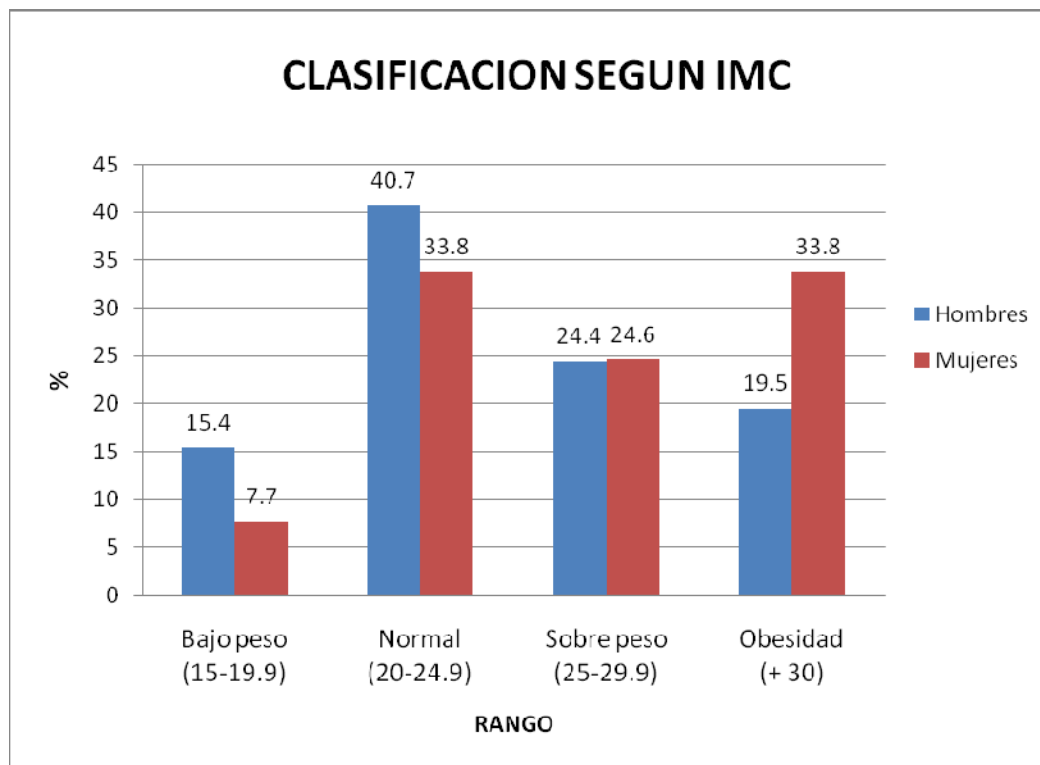
TABLA 2: CLASIFICACIÓN SEGÚN IMC

Rango	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Bajo peso	30	18.8	20	15.4	10	7.7
Normal	94	38.3	50	40.7	44	33.8
Sobre peso	62	24.5	30	24.4	32	24.6
Obesidad	67	24.5	23	19.5	44	33.8
Total	253	100.00	123	100.00	130	100.00

Fuente: Propia, elaborada a partir de datos obtenidos por la encuesta realizada a estudiantes de academias pre-universitarias en Arequipa 2012

La tabla muestra la distribución del IMC en la muestra estudiada donde de bajo peso mostro en un total de 29, siendo de sexo masculino 19 con el 15.4% y femenino 10 con el 7.7%; peso normal mostro en un total de 94, siendo de sexo masculino 50 con el 40.7% y femenino 44 con el 33.8%; sobre peso mostro en un total de 62, siendo de sexo masculino 30 con el 24.4% y femenino 32 con el 24.6%; y obesidad mostro en un total de 90, siendo de sexo masculino 23 con el 19.5% y femenino 44 con el 33.8%; dando resultados con un predominio de peso normal y obesidad; dando a notar también el sobre peso con un índice también elevado en tercer lugar.

GRAFICO 2: CLASIFICACIÓN SEGÚN IMC



Fuente: Propia, elaborada a partir de datos obtenidos por la encuesta realizada a estudiantes de academias pre-universitarias en Arequipa 2012

TABLA 3: CLASIFICACIÓN SEGÚN ÍNDICE CINTURA CADERA

RANGO	TOTAL								VARONES								MUJERES							
	TOTAL		BAJO		NORMAL		ALTO		TOTAL		BAJO		NORMAL		ALTO		TOTAL		BAJO		NORMAL		ALTO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13	20	100	4	20.0	10	50.0	6	30.0	11	100	2	18.2	6	54.5	3	27.3	9	100	2	22.2	4	44.4	3	33.3
14	80	100	34	42.5	26	32.5	20	25.0	35	100	10	28.6	14	40.0	11	31.4	45	100	24	53.3	12	26.7	9	20.0
15	50	100	22	44.0	18	36.0	10	20.0	24	100	10	41.7	8	33.3	6	25.0	26	100	12	46.2	10	38.5	4	15.4
16	70	100	25	35.7	24	34.3	21	30.0	27	100	9	33.3	11	40.7	7	25.9	43	100	16	37.2	13	30.2	14	32.6
17	33	100	8	24.2	15	45.5	10	30.3	22	100	6	27.3	9	40.9	7	31.8	11	100	2	18.2	6	54.5	3	27.3
Total	253	100	93	36.8	93	36.8	67	26.5	119	100	37	31.1	48	40.3	34	28.6	134	100	56	41.8	45	33.6	33	24.6

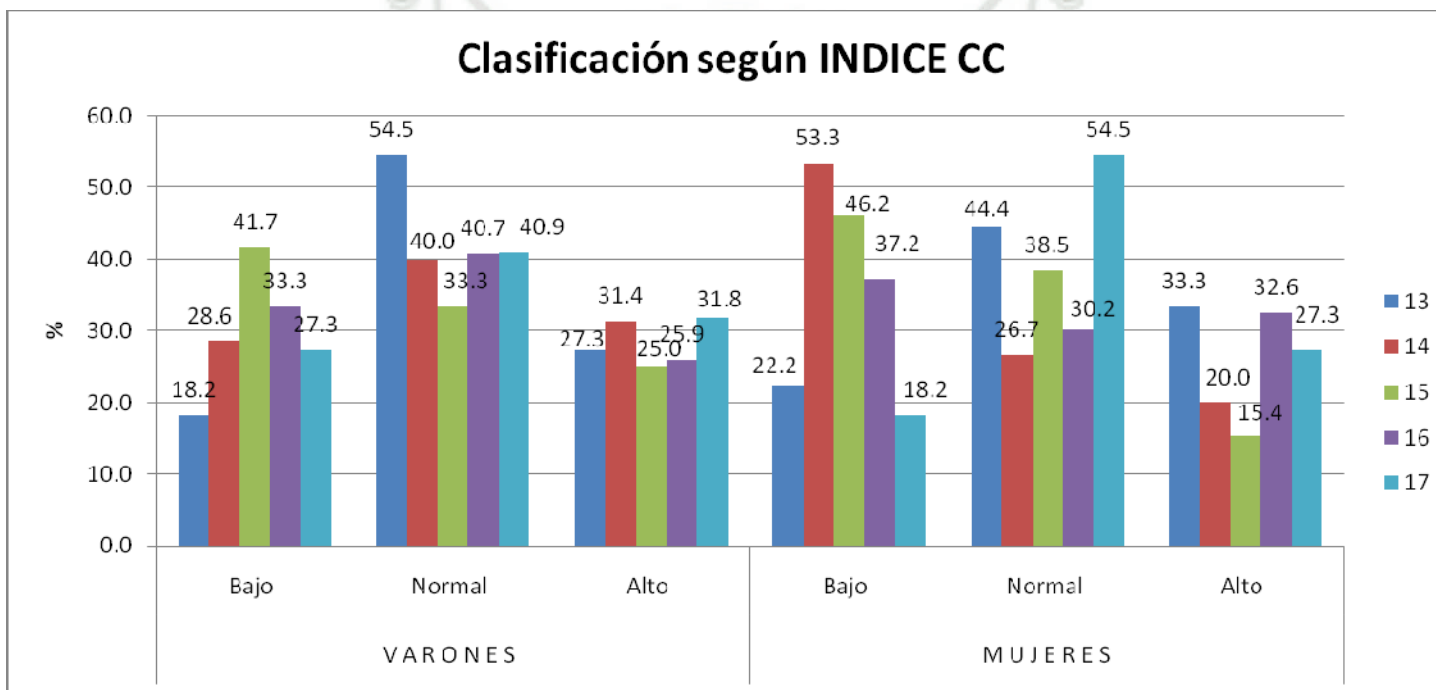
Fuente: Propia, elaborada a partir de datos obtenidos por la encuesta realizada a estudiantes de academias pre-universitarias en Arequipa 2012

La tabla muestra la clasificación según índice cintura cadera (ICC) donde en la edad de 13 años de un total de 20 alumnos, la distribución marco bajo 4 alumnos, normal 10 alumnos y alto 6; siendo de sexo masculino 11 distribuyéndose en ICC bajo 2 con el 18.2%, normal 6 con el 54.5% y alto 3 con el 27.3%; sexo femenino 9 distribuyéndose en ICC bajo 2 con el 22.2%, normal 4 con el 44.4% y alto 3 con el 33.3%; de 14 años de un total de 80 alumnos, la distribución marco bajo 34 alumnos, normal 26 alumnos y alto 20; siendo de sexo masculino 35 distribuyéndose en ICC bajo 10 con el 28.6%, normal 14 con el 40% y alto 11 con el 31.4%; sexo femenino 45 distribuyéndose en ICC bajo 24 con el 53.3%, normal 12 con el 26.7% y alto 9 con el 20%; de 15 años de un total de 50 alumnos, la distribución marco bajo 22 alumnos, normal 18 alumnos y alto 10; siendo de sexo masculino 24 distribuyéndose en ICC bajo 10 con el 41.7%, normal 8 con el 33.3% y alto 6 con el 25%; sexo femenino 26 distribuyéndose en ICC bajo 12 con el 46.2%, normal 10 con el 38.5% y alto 4 con el 15.4%; de 16 años de un total de 70 alumnos, la distribución marco bajo 25 alumnos, normal 24 alumnos y alto 21; siendo de sexo masculino 27 distribuyéndose en ICC bajo 9 con el 33.3%, normal 11 con el 40.7% y alto 7 con el 25.9%; sexo femenino 43 distribuyéndose en ICC bajo 16 con el 37.2%, normal 13 con el 30.2% y alto 14 con el 32.6%; de 17 años de un total de 33 alumnos, la distribución marco bajo 8 alumnos, normal 15 alumnos y alto 10; siendo de sexo masculino 11 distribuyéndose en ICC bajo 2 con el 18.2%, normal 6 con el 54.5% y alto 3 con el 27.3%; sexo femenino 9 distribuyéndose en ICC bajo 2 con el 22.2%, normal 4 con el 44.4% y alto 3 con el 33.3%; notando que un predominio de ICC bajo de 93 alumnos con el 36.8% con cuerpo ginecoide o sea cuerpo de pera; normal 93 con el 36.8% y alto 67 con el 26.5% con cuerpo androide o sea cuerpo de manzana, con predominio en el sexo femenino de cuerpo ginecoide con el 41.8% y en sexo masculino cuerpo ginecoide con el 31.1%; notando también que los resultados son similares en cuanto al ICC bajo, normal y alto.

ICC = 0,71-0,84 normal para mujeres. ICC = 0,78-0,94 normal para hombres.

Valores mayores: Síndrome androide (cuerpo de manzana). Valores menores: Síndrome ginecoide (cuerpo de pera).

GRAFICO 3: CLASIFICACIÓN SEGÚN INDICE CC



Fuente: Propia, elaborada a partir de datos obtenidos por la encuesta realizada a estudiantes de academias pre-universitarias en Arequipa 2012

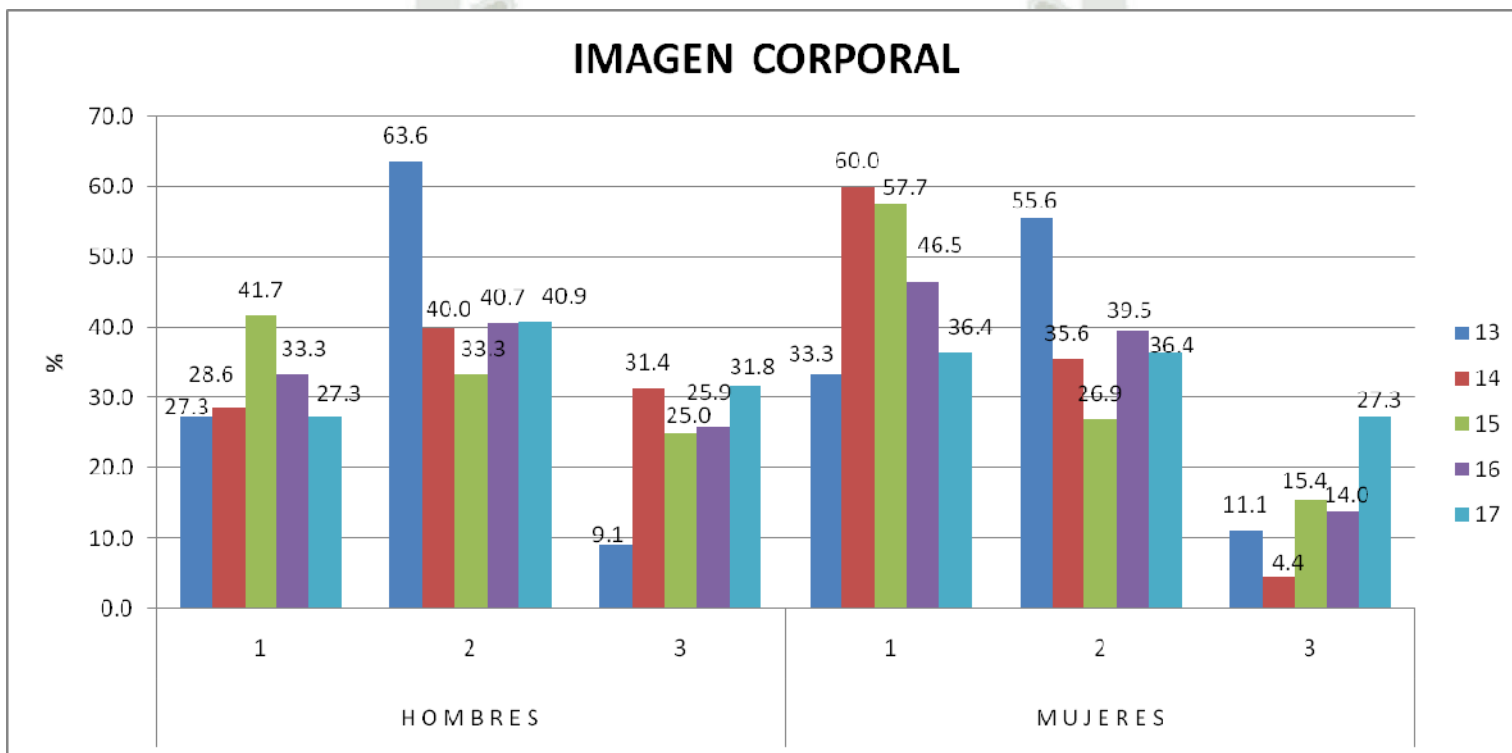
TABLA 4: IMAGEN CORPORAL

Rango	TOTAL								HOMBRES								MUJERES							
	TOTAL		1		2		3		TOTAL		1		2		3		TOTAL		1		2		3	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
13	20	100	6	30.0	12	60.0	2	10.0	11	100	3	27.3	7	63.6	1	9.1	9	100	3	33.3	5	55.6	1	11.1
14	80	100	34	42.5	36	45.0	10	12.5	35	100	10	28.6	14	40.0	11	31.4	45	100	27	60.0	16	35.6	2	4.4
15	50	100	22	44.0	23	46.0	5	10.0	24	100	10	41.7	8	33.3	6	25.0	26	100	15	57.7	7	26.9	4	15.4
16	70	100	31	44.3	29	41.4	10	14.3	27	100	9	33.3	11	40.7	7	25.9	43	100	20	46.5	17	39.5	6	14.0
17	33	100	15	45.5	17	51.5	1	3.0	22	100	6	27.3	9	40.9	7	31.8	11	100	4	36.4	4	36.4	3	27.3
Total	253	100	108	42.7	117	46.2	28	11.1	119	100	38	31.9	49	41.2	32	26.9	134	100	69	51.5	49	36.6	16	11.9

Fuente: Propia, elaborada a partir de datos obtenidos por la encuesta realizada a estudiantes de academias pre-universitarias en Arequipa 2012

La tabla muestra la imagen corporal donde en la edad de 13 años de un total de 20 alumnos tomaron como imagen deseada 6 el figura 1, 12 en la figura 2 y 2 en la figura 3, donde del sexo masculino fueron 11 que de ellos escogieron como figura deseada 3 la 1 con el 27.3%, 7 la dos con el 63.6% y 1 la 3 con el 9.1% y del sexo femenino fueron 9 que de ellos escogieron como figura deseada 3 la 1 con el 33.3%, 5 la dos con el 55.6% y 1 la 3 con el 11.1%; de 14 años de un total de 80 alumnos tomaron como imagen deseada 34 el figura 1, 26 en la figura 2 y 10 en la figura 3, donde del sexo masculino fueron 35 que de ellos escogieron como figura deseada 10 la 1 con el 28.6%, 14 la dos con el 40% y 11 la 3 con el 31.4% y del sexo femenino fueron 45 que de ellos escogieron como figura deseada 27 la 1 con el 60%, 16 la dos con el 35.6% y 2 la 3 con el 4.4%; de 15 años de un total de 50 alumnos tomaron como imagen deseada 22 el figura 1, 23 en la figura 2 y 5 en la figura 3, donde del sexo masculino fueron 24 que de ellos escogieron como figura deseada 10 la 1 con el 41.7%, 8 la dos con el 33.3% y 6 la 3 con el 25% y del sexo femenino fueron 26 que de ellos escogieron como figura deseada 15 la 1 con el 57.7%, 7 la dos con el 26.9% y 4 la 3 con el 15.4%; de 16 años de un total de 70 alumnos tomaron como imagen deseada 31 el figura 1, 29 en la figura 2 y 10 en la figura 3, donde del sexo masculino fueron 27 que de ellos escogieron como figura deseada 9 la 1 con el 33.3%, 11 la dos con el 40.7% y 7 la 3 con el 25.9% y del sexo femenino fueron 43 que de ellos escogieron como figura deseada 20 la 1 con el 46.5%, 17 la dos con el 39.5% y 6 la 3 con el 14%; de 17 años de un total de 33 alumnos tomaron como imagen deseada 15 el figura 1, 17 en la figura 2 y 1 en la figura 3, donde del sexo masculino fueron 22 que de ellos escogieron como figura deseada 6 la 1 con el 27.3%, 9 la dos con el 40.9% y 7 la 3 con el 31.8% y del sexo femenino fueron 11 que de ellos escogieron como figura deseada 4 la 1 con el 36.4%, 4 la dos con el 36.4% y 1 la 3 con el 27.3%; con un predominio en el total de la figura 1 con el 42.7% y figura 2 con el 46.2%; con mayor decisión en el sexo femenino por la figura 1 con el 51.5% y la figura 2 con el 36.6% y en sexo masculino la figura 2 con el 41.2% y la figura 1 con el 31.9%; con predominio total en ambos sexos a desear la tendencia a la delgadez como mejor imagen corporal.

GRAFICO 4: IMAGEN CORPORAL



Fuente: Propia, elaborada a partir de datos obtenidos por la encuesta realizada a estudiantes de academias pre-universitarias en Arequipa 2012



TABLA 5: RELACION IMAGEN CORPORAL E INDICE CINTURA CADERA

Imagen C.	TOTAL								HOMBRES								MUJERES							
	TOTAL		1		2		3		TOTAL		1		2		3		TOTAL		1		2		3	
Indice CC	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
bajo	40	100	18	45.0	15	37.5	7	17.5	31	100	15	48.4	12	38.7	4	12.9	33	100	15	45.5	13	39.4	5	15.2
normal	130	100	55	42.3	45	34.6	30	23.1	52	100	25	48.1	21	40.4	4	7.7	65	100	38	58.5	21	32.3	6	9.2
alto	83	100	47	56.6	28	33.7	8	9.6	34	100	24	70.6	16	47.1	4	11.8	36	100	18	50.0	16	44.4	2	5.6
Total	253	100	120	47.4	88	0.0	45	0.0	117	100	69	0.0	49	0.0	12	0.0	134	100	61	0.0	50	0.0	13	0.0

chi.cuadrado= 7,51 < 9,49 (p > 0,05)

chi.cuadrado= 0,85 < 9,49 (p > 0,05)

chi.cuadrado=3,4 < 9,49 (p > 0,05)

C = 17,0%

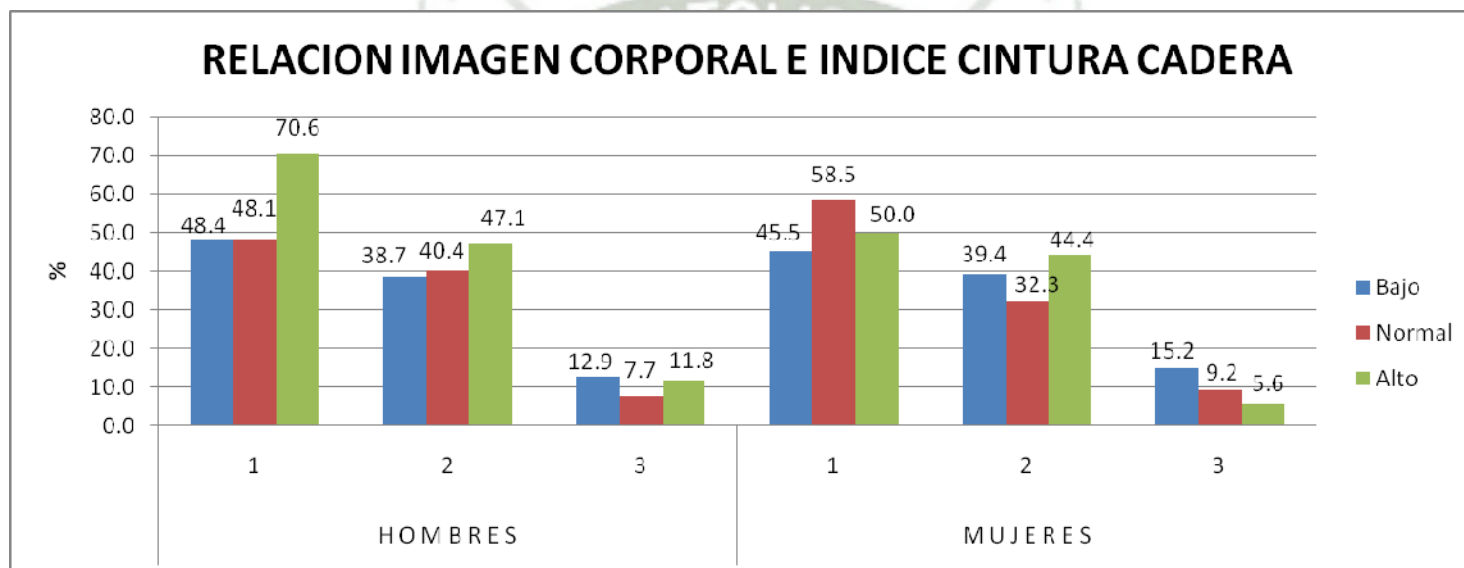
C = 8,5%

C = 15,7%

Fuente: Propia, elaborada a partir de datos obtenidos por la encuesta realizada a estudiantes de academias pre-universitarias en Arequipa 2012

La tabla muestra la relación imagen corporal e índice cintura cadera (ICC), donde muestra que de un total de 40 alumnos con imagen corporal 1 en relación al ICC bajo mostro 18 alumnos, ICC bajo con figura 2, 15 y ICC con imagen corporal 3, 7, donde del sexo masculino fueron 31 y su relación con la figura 1 de imagen corporal ICC bajo fue ron 15 con el 48.4%, ICC bajo con imagen corporal 2, 12 con el 38.7% y ICC bajo con imagen corporal 3, 4 con el 12.9% y del sexo femenino fueron 33 y su relación con la figura 1 de imagen corporal ICC bajo fue ron 15 con el 45.5%, ICC bajo con imagen corporal 2, 13 con el 39.4% y ICC bajo con imagen corporal 3, 5 con el 15.2%; de 130 alumnos imagen corporal 1 en relación al ICC normal mostro 55, ICC normal con imagen corporal 2, 45 y ICC normal con imagen corporal 3, 30, donde del sexo masculino fueron 52 y su relación con la figura 1 de imagen corporal ICC normal fue ron 25 con el 48.1%, ICC normal con imagen corporal 2, 21 con el 40.4% y ICC normal con imagen corporal 3, 4 con el 7.7% y del sexo femenino fueron 65 y su relación con la figura 1 de imagen corporal ICC normal fue ron 38 con el 58.5%, ICC normal con imagen corporal 2, 21 con el 32.3% y ICC normal con imagen corporal 3, 6 con el 9.2%; de 83 alumnos imagen corporal 1 en relación al ICC alto mostro 47, ICC alto con imagen corporal 2, 28 y ICC alto con imagen corporal 3, 8, donde del sexo masculino fueron 34 y su relación con la figura 1 de imagen corporal ICC alto fue ron 24 con el 70.6%, ICC alto con imagen corporal 2, 16 con el 47.1% y ICC alto con imagen corporal 3, 4 con el 11.8% y del sexo femenino fueron 36 y su relación con la figura 1 de imagen corporal ICC alto fue ron 18 con el 50%, ICC alto con imagen corporal 2, 16 con el 44.4% y ICC alto con imagen corporal 3, 2 con el 5.6%; mostrando un predominio a la relación ICC e imagen corporal a las figuras 1 y 2 sin relación al ICC de los alumnos, con una clara tendencia a la figura delgada en los alumnos estudiados y una relación estadística no significativa en la prueba de chi cuadrado, por la tendencia de los resultados.

GRAFICO 5: RELACION IMAGEN CORPORAL E INDICE CINTURA CADERA



Fuente: Propia, elaborada a partir de datos obtenidos por la encuesta realizada a estudiantes de academias pre-universitarias en Arequipa 2012

TABLA 6: RELACION IMAGEN CORPORAL E INDICE MASA CORPORAL

Imagen C.	TOTAL								HOMBRES								MUJERES							
	TOTAL		1		2		3		TOTAL		1		2		3		TOTAL		1		2		3	
IMC	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
peso bajo	45	100	20	44.4	12	26.7	2	4.4	21	100	10	47.6	10	47.6	1	4.8	9	100	6	66.7	2	22.2	1	11.1
normal	100	100	54	54.0	40	40.0	9	9.0	45	100	25	55.6	16	35.6	4	8.9	68	100	47	69.1	18	26.5	3	4.4
sobre peso	75	100	51	68.0	27	36.0	5	6.7	31	100	23	74.2	7	22.6	1	3.2	46	100	27	58.7	16	34.8	3	6.5
obesidad	33	100	20	60.6	12	36.4	1	3.0	22	100	12	54.5	9	40.9	1	4.5	11	100	8	72.7	2	18.2	1	9.1
TOTAL	253		145	0.0	91	0.0	17	0.0	119		70	0.0	42	0.0	7	0.0	134	100	88	0.0	38	0.0	8	0.0

chi.cuadrado= 2,65 < 12,59 (p > 0,05)

chi.cuadrado= 5,53 < 12,59 (p > 0,05)

chi.cuadrado= 2,70 < 12,59 (p > 0,05)

C = 11,1%

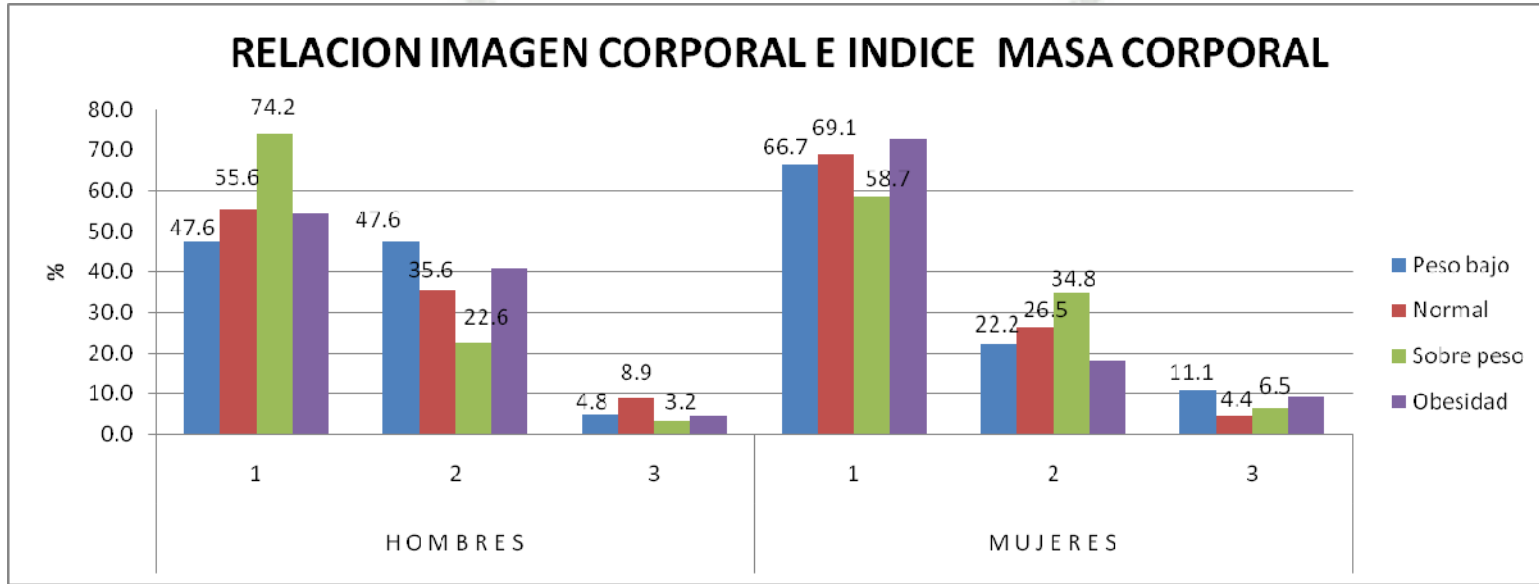
C = 21,1%

C = 14,1%

Fuente: Propia, elaborada a partir de datos obtenidos por la encuesta realizada a estudiantes de academias pre-universitarias en Arequipa 2012

En la tabla muestra la relación imagen corporal e índice de masa corporal (IMC), con IMC bajo con imagen corporal un total de 45 y IMC bajo con imagen corporal 1, 20, IMC bajo con imagen corporal 2, 12, IMC bajo con imagen corporal 3, 2; siendo del sexo masculino 21, de estos IMC bajo con imagen corporal 1, 10 con el 47.6%, IMC bajo con imagen corporal 2, 10 con el 47.6%, IMC bajo con imagen corporal 3, 1 con el 4.8% y del sexo femenino 9, de estos IMC bajo con imagen corporal 1, 6 con el 66.7%, IMC bajo con imagen corporal 2, 2 con el 22.2%, IMC bajo con imagen corporal 3, 1 con el 11.1%; con IMC normal con imagen corporal un total de 100 y IMC normal con imagen corporal 1, 54, IMC normal con imagen corporal 2, 40, IMC normal con imagen corporal 3, 9; siendo del sexo masculino 45, de estos IMC normal con imagen corporal 1, 25 con el 55.6%, IMC normal con imagen corporal 2, 16 con el 35.6%, IMC normal con imagen corporal 3, 4 con el 8.9% y del sexo femenino 68, de estos IMC normal con imagen corporal 1, 47 con el 69.1%, IMC normal con imagen corporal 2, 18 con el 26.5%, IMC normal con imagen corporal 3, 3 con el 4.4%; con IMC sobre peso con imagen corporal un total de 75 y IMC sobre peso con imagen corporal 1, 51, IMC sobre peso con imagen corporal 2, 27, IMC sobre peso con imagen corporal 3, 5; siendo del sexo masculino 31, de estos IMC sobre peso con imagen corporal 1, 23 con el 74.2%, IMC sobre peso con imagen corporal 2, 7 con el 22.6%, IMC sobrepeso con imagen corporal 3, 1 con el 3.2% y del sexo femenino 46, de estos IMC sobrepeso con imagen corporal 1, 27 con el 58.7%, IMC sobrepeso con imagen corporal 2, 16 con el 34.8%, IMC sobre peso con imagen corporal 3, 3 con el 6.5%; con IMC obesidad con imagen corporal un total de 33 y IMC obesidad con imagen corporal 1, 20, IMC obesidad con imagen corporal 2, 12, IMC obesidad con imagen corporal 3, 1; sien do del sexo masculino 22, de estos IMC obesidad con imagen corporal 1, 12 con el 54.5%, IMC obesidad con imagen corporal 2, 9 con el 40.9%, IMC obesidad con imagen corporal 3, 1 con el 4.5% y del sexo femenino 11, de estos IMC obesidad con imagen corporal 1, 8 con el 72.7%, IMC obesidad con imagen corporal 2, 2 con el 18.2%, IMC obesidad con imagen corporal 3, 1 con el 9.1%; mostrando un predominio a la relación IMC e imagen corporal a las figuras 1 y 2 sin relación al IMC de los alumnos, con una clara tendencia a la figura delgada en los alumnos estudiados y una relación estadística no significativa en la prueba de chi cuadrado, por la tendencia de los resultados.

GRAFICO 6: RELACION IMAGEN CORPORAL E INDICE MASA CORPORAL



Fuente: Propia, elaborada a partir de datos obtenidos por la encuesta realizada a estudiantes de academias pre-universitarias en Arequipa 2012

CAPITULO II

DISCUSION Y COMENTARIOS

El estudio realizado la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal e índice cintura-cadera en estudiantes de academias pre-universitarias Arequipa 2012 fue realizado en la academia preuniversitaria Alexander Fleming, en una población estudiada de 253 alumnos, donde a nivel nacional e internacional se han desarrollado diversas investigaciones respecto a la valoración antropométrica de distintas poblaciones y rangos etáreos, es importante continuar desarrollando estudios que permitan evidenciar lo que sucede con una población generalmente no considerada que son los estudiantes adolescentes y que permita desarrollar conocimiento relevante para la toma de decisiones frente a las políticas de salud o educación referidas. (1).

El estudio mostro en la distribución de la muestra según grupo etareo donde el total de 13 años fue de 20 alumnos siendo de sexo masculino 11 con el 8.9% y mujeres 9 con el 6.9%; de 14 años fue de 80 alumnos siendo de sexo masculino 35 con el 28.5% y mujeres 45 con el 34.6%; de 15 años fue de 50 alumnos siendo de sexo masculino 24 con el 19.5% y mujeres 26 con el 20.0%; de 16 años fue de 70 alumnos siendo de sexo masculino 27 con el 22.0% y mujeres 43 con el 33.1%; de 17 años fue de 33 alumnos siendo de sexo masculino 26 con el 20% y mujeres 7 con el 5.4%; con un leve predominio del sexo femenino y la edad comprendida entre 14 y 16 años.

En la distribución del IMC tabla 2 en la muestra estudiada donde de bajo peso mostro en un total de 29, siendo de sexo masculino 19 con el 15.4% y femenino 10 con el 7.7%; peso normal mostro en un total de 94, siendo de sexo masculino 50 con el 40.7% y femenino 44 con el 33.8%; sobre peso mostro en un total de 62, siendo de sexo masculino 30 con el 24.4% y femenino 32 con el 24.6%; y obesidad mostro en un total de 90, siendo de sexo masculino 23 con el 19.5% y femenino 44 con el 33.8%; dando resultados con un predominio de peso normal y obesidad; dando a notar también el sobre peso con un índice también elevado en tercer lugar, en un estudio en total se estudiaron a 817

universitarios, 64.4% mujeres (526) y 35.6% hombres (291). La mediana de edad para ambos sexos fue de 15 años, con un mínimo-máximo de 13-18 años para mujeres y de 13-17 años para hombres. La mediana de la talla para mujeres fue de 1.60 m con un mínimo-máximo de 1.42-1.83 m y para hombres de 1.73 m con un mínimo máximo de 1.56-1.92 m. La mediana de peso para mujeres fue de 55.8 kg con un mínimo-máximo de 38-102 kg y para hombres de 69.3 kg con mínimo-máximo de 45-130 kg. La talla baja en mujeres fue del 23.2 y 5.1% en hombres, la prevalencia del estado nutricional, comparado con mi estudio se muestra una tendencia a la obesidad y el sobre peso con un 24.5% para cada uno comparado con el peso normal que fue de 38.3% y un bajo peso de 18.8% nutricional calculado con el IMC para bajo peso fue de 21.3% normal 58.9% (482), sobrepeso 17.6% (144), y obesidad 2.1% . La prevalencia del estado nutricional calculado fue para bajo peso de 2.6% (2), normal 68.4% (559), sobrepeso 25.5% (208), y obesidad 3.5% (29). Al realizar un análisis para conocer si existen diferencias por sexo con el IMC, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en peso normal y obesidad, mientras que los porcentajes de bajo peso y sobrepeso entre hombres y mujeres son diferentes ($p < 0.05$). En cuanto al estado nutricional calculado, se encontró que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en todos los niveles del estado %.

En la tabla 3, la clasificación según índice cintura cadera (ICC) donde en la edad de 13 años de un total de 20 alumnos, la distribución marco bajo 4 alumnos, normal 10 alumnos y alto 6; siendo de sexo masculino 11 distribuyéndose en ICC bajo 2 con el 18.2%, normal 6 con el 54.5% y alto 3 con el 27.3%; sexo femenino 9 distribuyéndose en ICC bajo 2 con el 22.2%, normal 4 con el 44.4% y alto 3 con el 33.3%; de 14 años de un total de 80 alumnos, la distribución marco bajo 34 alumnos, normal 26 alumnos y alto 20; siendo de sexo masculino 35 distribuyéndose en ICC bajo 10 con el 28.6%, normal 14 con el 40% y alto 11 con el 31.4%; sexo femenino 45 distribuyéndose en ICC bajo 24 con el 53.3%, normal 12 con el 26.7% y alto 9 con el 20%; de 15 años de un total de 50 alumnos, la distribución marco bajo 22 alumnos, normal 18 alumnos y alto 10; siendo de sexo masculino 24 distribuyéndose en ICC bajo

10 con el 41.7%, normal 8 con el 33.3% y alto 6 con el 25%; sexo femenino 26 distribuyéndose en ICC bajo 12 con el 46.2%, normal 10 con el 38.5% y alto 4 con el 15.4%; de 16 años de un total de 70 alumnos, la distribución marco bajo 25 alumnos, normal 24 alumnos y alto 21; siendo de sexo masculino 27 distribuyéndose en ICC bajo 9 con el 33.3%, normal 11 con el 40.7% y alto 7 con el 25.9%; sexo femenino 43 distribuyéndose en ICC bajo 16 con el 37.2%, normal 13 con el 30.2% y alto 14 con el 32.6%; de 17 años de un total de 33 alumnos, la distribución marco bajo 8 alumnos, normal 15 alumnos y alto 10; siendo de sexo masculino 11 distribuyéndose en ICC bajo 2 con el 18.2%, normal 6 con el 54.5% y alto 3 con el 27.3%; sexo femenino 9 distribuyéndose en ICC bajo 2 con el 22.2%, normal 4 con el 44.4% y alto 3 con el 33.3%, en un estudio se analizaron los datos de 934 participantes con edades entre 12 y 17 años (media 14.3 años). Las mujeres conformaron 62.6% de la muestra (n= 585); la media normal ICC normal y de talla y peso medidos fue de 1.55 m \pm 0.06 y 65.4 kg \pm 10.9, respectivamente. Los hombres tuvieron una media ICC normal y de talla medida de 1.67 m \pm 0.06 y peso de 77.7 kg \pm 12.5. La media del ICC alto con IMC fue de 27.4 kg/m² \pm 4.3 3 (mujeres: 27.2 kg/m² 4.45; hombres: 27.8 \pm 3.87) . La mediana ICC bajo mostró un incremento de la tendencia a través de los niveles de la IMC. La prevalencia de ICC alto fue de 23.5% (mujeres 21.5% y hombres 26.6%) para el ICC bajo 23.9% para ICC normal mujeres 21.2% y hombres 28.4%. (3) De manera similar, la prevalencia del ICC normal fue de 70% , mujeres 66.8% y hombres 75.3%; notando que un predominio de ICC bajo de 93 alumnos con el 36.8% con cuerpo ginecoide o sea cuerpo de pera; normal 93 con el 36.8% y alto 67 con el 26.5% con cuerpo androide o sea cuerpo de manzana, con predominio en el sexo femenino de cuerpo ginecoide con el 41.8% y en sexo masculino cuerpo ginecoide con el 31.1%; notando también que los resultados son similares en cuanto al ICC bajo, normal y alto.

En la tabla 4, muestra la imagen corporal donde en la edad de 13 años de un total de 20 alumnos tomaron como imagen deseada 6 el figura 1, 12 en la figura 2 y 2 en la figura 3, donde del sexo masculino fueron 11 que de ellos escogieron como figura deseada 3 la 1 con el 27.3%, 7 la dos con el 63.6% y 1

la 3 con el 9.1% y del sexo femenino fueron 9 que de ellos escogieron como figura deseada 3 la 1 con el 33.3%, 5 la dos con el 55.6% y 1 la 3 con el 11.1%; de 14 años de un total de 80 alumnos tomaron como imagen deseada 34 el figura 1, 26 en la figura 2 y 10 en la figura 3, donde del sexo masculino fueron 35 que de ellos escogieron como figura deseada 10 la 1 con el 28.6%, 14 la dos con el 40% y 11 la 3 con el 31.4% y del sexo femenino fueron 45 que de ellos escogieron como figura deseada 27 la 1 con el 60%, 16 la dos con el 35.6% y 2 la 3 con el 4.4%; de 15 años de un total de 50 alumnos tomaron como imagen deseada 22 el figura 1, 23 en la figura 2 y 5 en la figura 3, donde del sexo masculino fueron 24 que de ellos escogieron como figura deseada 10 la 1 con el 41.7%, 8 la dos con el 33.3% y 6 la 3 con el 25% y del sexo femenino fueron 26 que de ellos escogieron como figura deseada 15 la 1 con el 57.7%, 7 la dos con el 26.9% y 4 la 3 con el 15.4%; de 16 años de un total de 70 alumnos tomaron como imagen deseada 31 el figura 1, 29 en la figura 2 y 10 en la figura 3, donde del sexo masculino fueron 27 que de ellos escogieron como figura deseada 9 la 1 con el 33.3%, 11 la dos con el 40.7% y 7 la 3 con el 25.9% y del sexo femenino fueron 43 que de ellos escogieron como figura deseada 20 la 1 con el 46.5%, 17 la dos con el 39.5% y 6 la 3 con el 14%; de 17 años de un total de 33 alumnos tomaron como imagen deseada 15 el figura 1, 17 en la figura 2 y 1 en la figura 3, donde del sexo masculino fueron 22 que de ellos escogieron como figura deseada 6 la 1 con el 27.3%, 9 la dos con el 40.9% y 7 la 3 con el 31.8% y del sexo femenino fueron 11 que de ellos escogieron como figura deseada 4 la 1 con el 36.4%, 4 la dos con el 36.4% y 1 la 3 con el 27.3%; con un predominio en el total de la figura 1 con el 42.7% y figura 2 con el 46.2%; con mayor decisión en el sexo femenino por la figura 1 con el 51.5% y la figura 2 con el 36.6% y en sexo masculino la figura 2 con el 41.2% y la figura 1 con el 31.9%; con predominio total en ambos sexos a desear la tendencia a la delgadez como mejor imagen corporal; en un estudio de interés consistía en comprobar si las valoraciones de los sujetos en sobre imagen corporal en la figuras mostradas se diferenciaban los resultados que los mismos obtenían en las seleccionadas en este estudio, así como en las variables IMC, peso y altura, para ello se establecieron los grupos en función de los resultados obtenidos para formar los grupos se obtuvo en cuenta la

media más/menos la desviación típica los sujetos que quedan por debajo de una desviación típica componen el grupo de baja satisfacción de su imagen, los que quedan comprendidos entre la media y más/menos una desviación típica componen el grupo de satisfacción media, y los que presentaban valoraciones por encima de una desviación típica componen el grupo de alta satisfacción; se obtuvo satisfacción baja obtuvieron una $M = 6,16$ y una $DT = 0,77$; en las de satisfacción media la $M = 6,16$ y la $DT = 0,77$, y en las de satisfacción alta la $M = 8,38$ y la $DT = 0,72$, las diferencias de medias resultaron significativas para los $(2,88) = 174,755$, $p = .000$. (3) Los resultados obtenidos para los chicos fueron los siguientes escogieron al final las figuras que los hacía parecer delgados, comparando con mi estudio muestra un predominio en el total de la figura 1 con el 42.7% y figura 2 con el 46.2%; con mayor decisión en el sexo femenino por la figura 1 con el 51.5% y la figura 2 con el 36.6% y en sexo masculino la figura 2 con el 41.2% y la figura 1 con el 31.9%, similar al estudio referido para la discusión.

En la tabla 5, muestra la relación imagen corporal e índice cintura cadera (ICC), donde muestra que de un total de 40 alumnos con imagen corporal 1 en relación al ICC bajo mostro 18 alumnos, ICC bajo con figura 2, 15 y ICC con imagen corporal 3, 7, donde del sexo masculino fueron 31 y su relación con la figura 1 de imagen corporal ICC bajo fue ron 15 con el 48.4%, ICC bajo con imagen corporal 2, 12 con el 38.7% y ICC bajo con imagen corporal 3, 4 con el 12.9% y del sexo femenino fueron 33 y su relación con la figura 1 de imagen corporal ICC bajo fue ron 15 con el 45.5%, ICC bajo con imagen corporal 2, 13 con el 39.4% y ICC bajo con imagen corporal 3, 5 con el 15.2%; de 130 alumnos imagen corporal 1 en relación al ICC normal mostro 55, ICC normal con imagen corporal 2, 45 y ICC normal con imagen corporal 3, 30, donde del sexo masculino fueron 52 y su relación con la figura 1 de imagen corporal ICC normal fue ron 25 con el 48.1%, ICC normal con imagen corporal 2, 21 con el 40.4% y ICC normal con imagen corporal 3, 4 con el 7.7% y del sexo femenino fueron 65 y su relación con la figura 1 de imagen corporal ICC normal fue ron 38 con el 58.5%, ICC normal con imagen corporal 2, 21 con el 32.3% y ICC normal con imagen corporal 3, 6 con el 9.2%; de 83 alumnos imagen corporal

1 en relación al ICC alto mostro 47, ICC alto con imagen corporal 2, 28 y ICC alto con imagen corporal 3, 8, donde del sexo masculino fueron 34 y su relación con la figura 1 de imagen corporal ICC alto fue ron 24 con el 70.6%, ICC alto con imagen corporal 2, 16 con el 47.1% y ICC alto con imagen corporal 3, 4 con el 11.8% y del sexo femenino fueron 36 y su relación con la figura 1 de imagen corporal ICC alto fue ron 18 con el 50%, ICC alto con imagen corporal 2, 16 con el 44.4% y ICC alto con imagen corporal 3, 2 con el 5.6%;, el grado de ICC y obesidad también influye en la percepción de la imagen corporal, los hombres se auto-perciben de forma más correcta cuando se encuentran en valores de ICC normal, sin embargo, tanto los hombres como las mujeres más corpulentos se auto-perciben más delgados de lo que son en realidad, aunque las mujeres es más que los hombres esta tendencia es a ser más delgada, en un estudio un 50% de las mujeres se autoclasifican en modelos anatómicos correspondientes a figuras 1, 2 y 3 aun con obesidad tipo I, mientras que el 50% de los hombres con ICC escogen modelos correspondientes a delgadez, esto indica que la falta de percepción o negación de su imagen en relación al ICC, resultados que concuerdan con los de otros autores (Rosen et al., 1996; Madrigal et al., 2000; Gutierrez-Fisac et al., 2002)(5) que las diferencias de género en la percepción de la imagen corporal y del ICC adquieren una gran importancia desde el punto de vista epidemiológico ya que, aunque la ICC alterada es todavía más frecuente en mujeres que en hombres, esta tendencia se está invirtiendo en numerosos países haciendo que la población de hombres y mujeres se esté convirtiendo en un nuevo grupo de riesgo de desarrollo de alteración de la percepción de la imagen corporal con una tendencia a la delgadez. (Calle et al., 1999; Moreno et al., 2000), (7), mostrando mi estudio un predominio a la relación ICC e imagen corporal a las figuras 1 y 2 sin relación al ICC de los alumnos, con una clara tendencia a la figura delgada en los alumnos estudiados y una relación estadística no significativa en la prueba de chi cuadrado, por la tendencia de los resultados que también se relacionan con estudios en otras partes del mundo.

En las sociedades post-industriales modernas se ha impuesto un modelo estético de excesiva delgadez que sueñan con alcanzar especialmente las

mujeres el deseo no alcanzado de asemejarse a estos modelos provoca un alto grado de insatisfacción con la propia imagen que puede estar en el origen, junto con otros factores, de trastornos más graves como la anorexia, la bulimia, en el presente estudio se observan claramente diferencias en la auto-percepción de la imagen corporal en función del género. Las mujeres se ven más delegadas de lo que son en realidad, mientras que los hombres se auto-perciben de forma más real, aspecto que se ha observado en otros trabajos, estas diferencias podrían reflejar una mayor insatisfacción con su propio cuerpo por parte de las mujeres.

En la tabla 6, muestra la relación imagen corporal e índice de masa corporal (IMC), con IMC bajo con imagen corporal un total de 45 y IMC bajo con imagen corporal 1, 20, IMC bajo con imagen corporal 2, 12, IMC bajo con imagen corporal 3, 2; siendo del sexo masculino 21, de estos IMC bajo con imagen corporal 1, 10 con el 47.6%, IMC bajo con imagen corporal 2, 10 con el 47.6%, IMC bajo con imagen corporal 3, 1 con el 4.8% y del sexo femenino 9, de estos IMC bajo con imagen corporal 1, 6 con el 66.7%, IMC bajo con imagen corporal 2, 2 con el 22.2%, IMC bajo con imagen corporal 3, 1 con el 11.1%; con IMC normal con imagen corporal un total de 100 y IMC normal con imagen corporal 1, 54, IMC normal con imagen corporal 2, 40, IMC normal con imagen corporal 3, 9; siendo del sexo masculino 45, de estos IMC normal con imagen corporal 1, 25 con el 55.6%, IMC normal con imagen corporal 2, 16 con el 35.6%, IMC normal con imagen corporal 3, 4 con el 8.9% y del sexo femenino 68, de estos IMC normal con imagen corporal 1, 47 con el 69.1%, IMC normal con imagen corporal 2, 18 con el 26.5%, IMC normal con imagen corporal 3, 3 con el 4.4%; con IMC sobre peso con imagen corporal un total de 75 y IMC sobre peso con imagen corporal 1, 51, IMC sobre peso con imagen corporal 2, 27, IMC sobre peso con imagen corporal 3, 5; siendo del sexo masculino 31, de estos IMC sobre peso con imagen corporal 1, 23 con el 74.2%, IMC sobre peso con imagen corporal 2, 7 con el 22.6%, IMC sobrepeso con imagen corporal 3, 1 con el 3.2% y del sexo femenino 46, de estos IMC sobrepeso con imagen corporal 1, 27 con el 58.7%, IMC sobrepeso con imagen corporal 2, 16 con el 34.8%, IMC sobre peso con imagen corporal 3, 3 con el 6.5%; con IMC

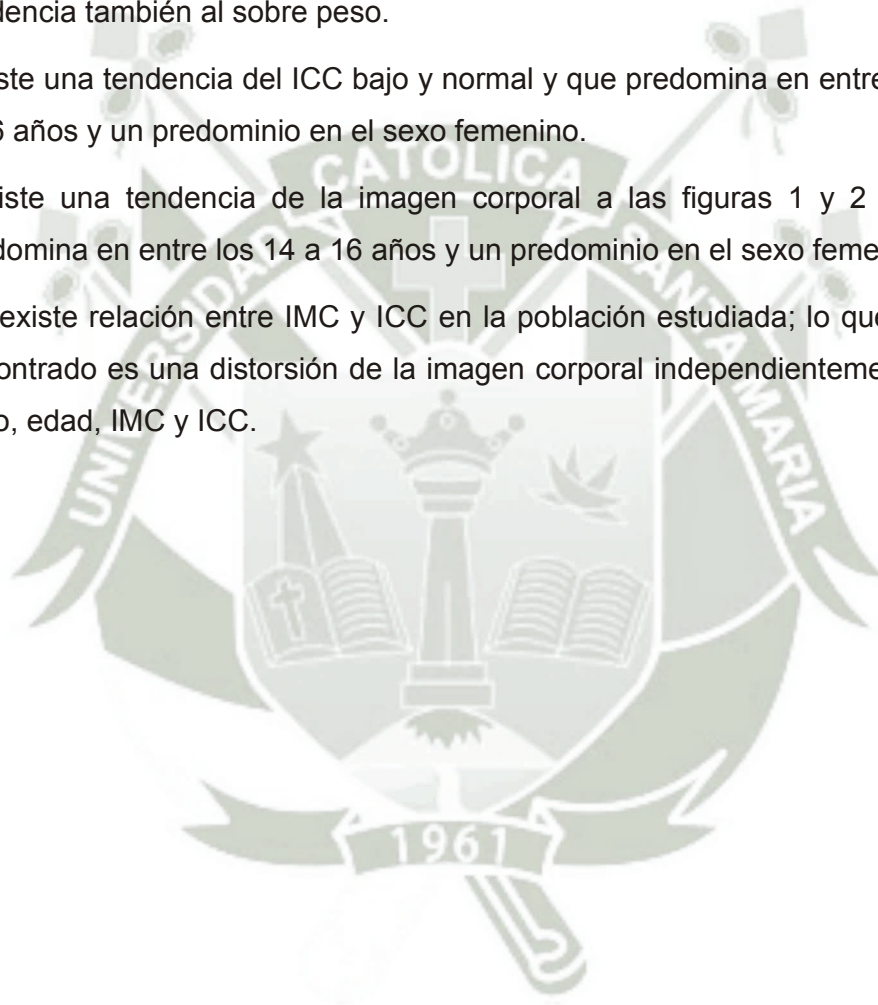
obesidad con imagen corporal un total de 33 y IMC obesidad con imagen corporal 1, 20, IMC obesidad con imagen corporal 2, 12, IMC obesidad con imagen corporal 3, 1; siendo del sexo masculino 22, de estos IMC obesidad con imagen corporal 1, 12 con el 54.5%, IMC obesidad con imagen corporal 2, 9 con el 40.9%, IMC obesidad con imagen corporal 3, 1 con el 4.5% y del sexo femenino 11, de estos IMC obesidad con imagen corporal 1, 8 con el 72.7%, IMC obesidad con imagen corporal 2, 2 con el 18.2%, IMC obesidad con imagen corporal 3, 1 con el 9.1%; por la tendencia de los resultados, en un estudio se procedió a calcular el IMC [peso (kg)/talla² (m²)] de ambas medidas para evaluar la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos del IMC y de la imagen corporal por imágenes reportados *versus* índice de imagen corporal medido, se analizaron diferentes categorías del IMC, y se adoptó la establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como de percepción de imagen corporal mediante figuras a escoger, las categorías de índice de percepción de imagen corporal para mujeres y hombres se validaron mediante el cálculo de sensibilidad y especificidad, tomando como contraste las categorías del IMC establecidas por la OMS, la correlación global fue de 0.94, las correlaciones en las diferentes categorías del IMC medido no tuvieron cambios sensibles; éstas fueron de 0.87 para las mujeres y de 0.90 para los hombres. La correlación entre las medidas del IMC y la imagen corporal fue de 0.64 (0.67 para las mujeres y 0.59 para los hombres); ambas fueron estadísticamente significativas para quienes subestimaron el IMC (0.73, $p < 0.05$) y para quienes lo sobrestimaron (0.68, $p < 0.000$). La prevalencia de percepción de la imagen corporal fue de 23.9% (21.2% para las mujeres y 28.4% para los hombres). La sensibilidad y la especificidad de la categoría de obesidad (kg/m² *versus* imagen corporal $\square 7$) fueron de IMC 30 67.1 y 89.4%, respectivamente; cuando las categorías de sobrepeso y obesidad (IMC 25 kg/m² *versus* imagen corporal $\square 4$) se colapsaron en una, la sensibilidad fue de 87.6% y la especificidad de 48.9%. Los resultados muestran que las características autorreportadas, como la imagen corporal–validada mediante el IMC medido, son medidas válidas que se pueden utilizar para estimar valores categóricos y continuos del IMC en población adolescente, en vista de la sensibilidad obtenida para la categoría sobrepeso más obesidad. (6).

Diversos investigadores señalan que los hombres y las mujeres tienden a subestimar su peso; nuestros resultados son consistentes con lo anterior y mostraron que los errores en el peso así valorado estuvieron directamente relacionados con el sobrepeso de los individuos, los resultados muestran que las características, tales como peso y talla, así como la imagen corporal son medidas válidas que se pueden utilizar para estimar valores categóricos y continuos en población en vista de la sensibilidad obtenida, el presente análisis también permitió identificar los más relevantes que pueden mejorar considerablemente la precisión de estos datos en el deseo no alcanzado de asemejarse a estos modelos escogidos y que no son los reales de su apariencia provoca un alto grado de insatisfacción con la propia imagen que puede estar en el origen, junto con otros factores, de trastornos más graves como la anorexia, la bulimia, el presente estudio se observan claramente diferencias en la auto-percepción de la imagen corporal en función del género y la tendencia querer ser más delgados, mostrando mis resultados con un predominio a la relación IMC e imagen corporal a las figuras 1 y 2 sin relación al IMC de los alumnos, con una clara tendencia a la figura delgada en los alumnos estudiados y una relación estadística no significativa en la prueba de chi cuadrado.

CAPITULO III

CONCLUSIONES

- I. Existe insatisfacción de la imagen corporal al percibir una figura diferente a la real independientemente del IMC e ICC en ambos sexo
- II. En el IMC existe un predominio en el rango normal y de obesidad con una tendencia también al sobre peso.
- III. Existe una tendencia del ICC bajo y normal y que predomina en entre los 14 a 16 años y un predominio en el sexo femenino.
- IV. Existe una tendencia de la imagen corporal a las figuras 1 y 2 y que predomina en entre los 14 a 16 años y un predominio en el sexo femenino.
- V. No existe relación entre IMC y ICC en la población estudiada; lo que se ha encontrado es una distorsión de la imagen corporal independientemente del sexo, edad, IMC y ICC.



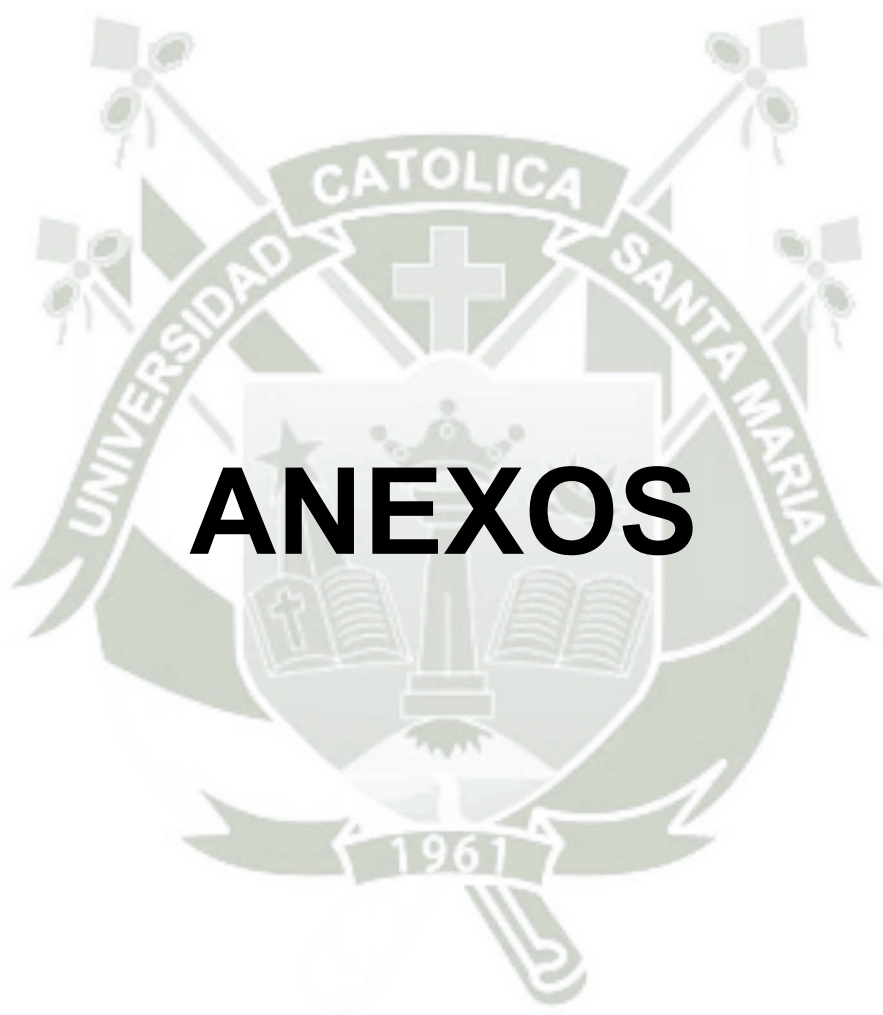
RECOMENDACIONES

- I. Realizar seguimiento a los adolescentes en cuanto a su autoestima en cuanto la percepción real de su imagen corporal.
- II. Motivar a los adolescentes a la aceptación de su imagen corporal mediante difusiones por medios de comunicación.
- III. Difundir valores a los adolescentes en cuanto a la aceptación de su figura en los centros de estudios y en la consulta médica.
- IV. Promover la realización de actividades para la conservación y mejoramiento de la masa muscular y modelamiento de sus cuerpos mediante el ejercicio, la danza y actividades deportivas.



BIBLIOGRAFIA

1. Montero, P., Morales, E. M., Carbajal, A., 2004, Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116.
2. Isabel Cristina Morán Álvarez. El índice de masa corporal y la imagen corporal percibida como indicadores del estado nutricional en universitarios. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.
3. Ignacio Osuna-Ramírez. Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana. *salud pública de méxico / vol.48, no.2, marzo-abril de 2006*
4. Soledad Cruz Sáez. ÍNDICE DE MASA CORPORAL, PREOCUPACIÓN POR LA DELGADEZ Y SATISFACCIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco, 2009.
5. Rosen et al., 1996; Madrigal et al., 2000; Gutierrez-Fisac et al., 2002
6. Eva M^a Morales. Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. Facultad de Ciencias. Universidad Autónoma de Madrid. 2009.
7. Calle ; Moreno et al. Imagen corporal., 2000



ANEXOS

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Programa Profesional de Medicina Humana



PROYECTO DE TESIS

“IMAGEN CORPORAL ASOCIADA AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL E ÍNDICE CINTURA-CADERA EN ESTUDIANTES DE ACADEMIAS PRE-UNIVERSITARIAS, AREQUIPA 2012”

Proyecto de tesis presentado por:

EDDY PABLO ZAPANA CALCINA

Para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AREQUIPA – PERU

2013

I. PLANTEAMIENTO TEORICO:

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION:

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal e índice cintura-cadera en estudiantes de academias pre-universitarias Arequipa 2012?

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1.- ÁREA DE CONOCIMIENTO:

General: Ciencias de la Salud.

Específica: Medicina Humana.

Especialidad: Psiquiatría clínica.

Línea: Psiquiatría de enlace.

1.2.2.- ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	INDICADOR	VALORES O CATEGORÍA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Años cumplidos	13 a mas	Nominal Categórica
Sexo	Características sexuales	Masculino Femenino	Nominal
Imagen corporal	Selección de la silueta que mejor representaba la imagen	9 figuras del sexo masculino 9 figuras del sexo femenino	Categórica Ordinal
Estado Nutricional	IMC	Bajo peso 15-19.9 Peso normal 20-24.9 Sobre peso 25-29.9 Obesidad I 30-34.9 Obesidad II 35-39.9 Obesidad mórbida mayor de 40	Categórica Ordinal
Relación cintura-cadera	Según resultado, valorar índice cintura cadera	ICC = 0,71-0,84 normal para mujeres. ICC = 0,78-0,94 normal para hombres. Valores mayores: Síndrome androide (cuerpo de manzana). Valores menores: Síndrome ginecoide (cuerpo de pera).	Categórica Ordinal

1.2.3.- INTERROGANTES BÁSICAS:

- a) ¿Cuáles son las características socio demográficas de los estudiantes de academias pre-universitarias de la ciudad de Arequipa.
- b) ¿Cuál es el índice de masa corporal en estudiantes de academias pre-universitarias de la ciudad de Arequipa.
- c) ¿Cuál es el índice cintura-cadera en estudiantes de academias pre-universitarias de la ciudad de Arequipa.

- d) ¿Cuál es la insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes de academias pre-universitarias de la ciudad de Arequipa.
- e) ¿Cuál es la relación entre índice de masa corporal, índice cintura-cadera, características socio demográficas con la insatisfacción de la imagen corporal.

1.2.4.- TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Investigación de campo, porque la recolección de la información se realiza a través del cuestionario de Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el *Body Shape Questionnaire (BSQ)*

1.2.5.- NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Es un estudio de investigación tipo descriptivo, prospectivo, correlacional y comparativo con el objetivo de identificar la asociación entre la insatisfacción con la imagen corporal y el índice de masa corporal y el Índice cintura-cadera en los adolescentes.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La imagen corporal representa la manera en que un individuo se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. No es fija e inamovible, sino que puede ser diferente a lo largo de la vida, teniendo una mayor relevancia durante la infancia y adolescencia.

Cada cultura a lo largo del tiempo ha tenido un estereotipo de imagen corporal. Actualmente, se promueve la belleza del cuerpo como meta para conseguir el éxito social, con énfasis desmedido hacia la delgadez. Consecuencia de lo anterior, es la importancia que la población en general y sobre todo los adolescentes dan a su cuerpo, manifestado por el consumo excesivo de productos adelgazantes, dietas poco saludables y conductas que ponen en riesgo la salud.(4)

A pesar de que la presión social a favor de la delgadez es mayor en las mujeres, este fenómeno es ya también evidente en los varones. Los hombres suelen y desean pesar mas no porque deseen estar gordos sino porque quieren tener más masa muscular; en este sentido cumplir con los estándares

de cuerpos musculosos, que a diario y de manera indirecta, los medios de comunicación buscan introyectarles.

Sentirse insatisfecho con la imagen corporal puede ser causa de problemas emocionales importantes en la adolescencia y primera juventud. El poco agrado con la apariencia física va asociado a una baja autoestima, sentimiento de ineficacia, inseguridad, depresión, ansiedad interpersonal, hacer que la persona se sienta incómoda o inadecuada en sus interacciones sociales y en general con una autoevaluación negativa. Además, si se permite que el problema avance, existe un riesgo elevado de desarrollar síntomas de trastornos en la alimentación.(6)

Dentro de los factores asociados directamente con la presencia de insatisfacción con el propio cuerpo, se encuentra el Índice de Masa Corporal (IMC) y el índice cintura-cadera. Las personas más delgadas son las que indican la percepción física más positiva, mientras que los que cursan con sobrepeso manifiestan peor insatisfacción. En este sentido, el 100% de los adolescentes con bajo peso y el 75% de los de peso normal no están insatisfechos con su imagen, en tanto, el 37,5% de los que tienen sobrepeso y el 35% de quienes presentan obesidad, refieren niveles muy altos de insatisfacción. (3)

2. MARCO CONCEPTUAL

I.- IMPORTANCIA DEL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL:

El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso la sociología. Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescentes. Puede abundarse sobre estas relaciones en Koff, Rierdan y Stubbs (1990), en Gracia, Marcó, Fernández y Juan (1999) o en Rice (2000).

Sin embargo no existe un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, o cómo se evalúa, ni cómo se manifiesta una alteración de ella.

En las últimas décadas los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, han generado una importante atención social y un importante corpus científico, analizando la etiología, clínica asociada, tratamientos eficaces, etc., Dado que una alteración de la imagen corporal (insatisfacción corporal) se ha considerado clave dentro los posibles factores predisponentes, y otra alteración (distorsiones perceptivas del tamaño corporal) como un criterio diagnóstico, el estudio de la imagen corporal también ha recibido gran atención. Esta atención ha proporcionado gran información científica, pero ha polarizado las aportaciones, pues ha provocado que se estudie la imagen corporal casi exclusivamente como una variable asociada a TCA. (18)

II.- DEFINICIÓN DE IMAGEN CORPORAL

Bruch (1962), 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 una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno, a partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para “apresarla”. (32)

1.- EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL:

Las primeras referencias a imagen corporal, y alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología del principios del siglo XX.

Fishe (1990) indica que Bonnier en 1995 acuña el término de “aschemata” para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral, o que Pick en 1922, para referirse a problemas con la propia orientación corporal utiliza el término de “autotopagnosia”. Pick, 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. Henry Head, en los años 20, proponía que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un standard con el cual se comparan los movimientos del cuerpo, y empezó a utilizar el término “esquema corporal”. (23)

Paul Schilder en su libro *The Image and Appearance of the Human Body* de 1935, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola como:

“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 mismos” (Schilder, 1950)

Schilder es pionero en el análisis multidimensional del concepto de imagen corporal.

Las teorías psicoanalíticas dominan en la primera mitad del siglo XX las explicaciones sobre el cuerpo, la imagen corporal y aspectos psicológicos asociados, poniendo especial hincapié en las manifestaciones inconscientes. (21)

2.- LA IMAGEN CORPORAL Y LOS T.C.A.

Como ya se ha señalado H. Bruch (2002) es la primera autora que dirige la atención hacia una posible alteración de la imagen corporal en la Anorexia Nerviosa, a partir de ese momento comienza un interesante periodo de investigaciones sobre las alteraciones de la imagen como sintomatología propia de los TCA.

Según Bruch, la anorexia nerviosa tiene tres características: un paralizante sentimiento de ineficacia personal, la incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo, y en tercer lugar, una alteración de la imagen corporal. La alteración de la imagen corporal se ha considerado desde entonces como un criterio diagnóstico necesario en los TCA y así figura las sucesivas ediciones del clásico manual de diagnóstico, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA, 2004). (31)

Dos importantes trabajos (Russell, 1970; Slade y Russell, 1973) pusieron de manifiesto que el miedo a estar gordo es un elemento central de la psicopatología de los TCA, y que la alteración de la imagen corporal que se

detecta principalmente, es la tendencia a ver el cuerpo con más tamaño que el real, lo que se denominó de forma general: sobreestimación. Investigaciones posteriores puntualizarán estas primeras investigaciones, pero las mismas fueron el inicio tres grandes líneas de estudio:

- a. Estudiar el peso de las alteraciones de la imagen como causa de los TCA.
- b. Dilucidar hasta qué punto una alteración de la imagen corporal es un síntoma patognómico.
- c. Cómo se podría evaluar la imagen corporal y estas alteraciones que se presumían claves en los TCA. (21)

3.- DEFINICIONES ACTUALES DE IMAGEN CORPORAL.

Existen numerosos términos utilizados actualmente en este campo, que son cercanos conceptualmente, similares en algunos aspectos, o incluso sinónimos, pero que no han sido consensuados por la comunidad científica. Por ejemplo: Imagen Corporal, Esquema Corporal, Satisfacción Corporal, Estima Corporal, Apariencia, Apariencia corporal, y dentro de las alteraciones se habla de Trastorno de la Imagen Corporal, Alteración de la Imagen Corporal, Insatisfacción Corporal, Dismorfia Corporal, Insatisfacción Corporal o Distorsión Perceptiva Corporal...

Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (2008), recogen una serie de definiciones de imagen corporal y términos cercanos, como “satisfacción corporal”, “exactitud de la percepción del tamaño”, “satisfacción con la apariencia”, etc, intentando definir más precisamente cada término. El uso de una expresión u otra depende más de la orientación científica del investigador, o del aspecto concreto de la imagen corporal que se va a investigar o incluso de la técnica de evaluación disponible. (30)

Probablemente todavía no dispongamos de una definición rotunda de imagen corporal y para poder avanzar en la precisión del término deberemos asumir que estamos ante un constructo teórico multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados podemos intuir a qué a nos referimos.

Analizando las aportaciones de diversos autores Pruzinsky y Cash (2000) 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 proporciona nuestro cuerpo. (33)

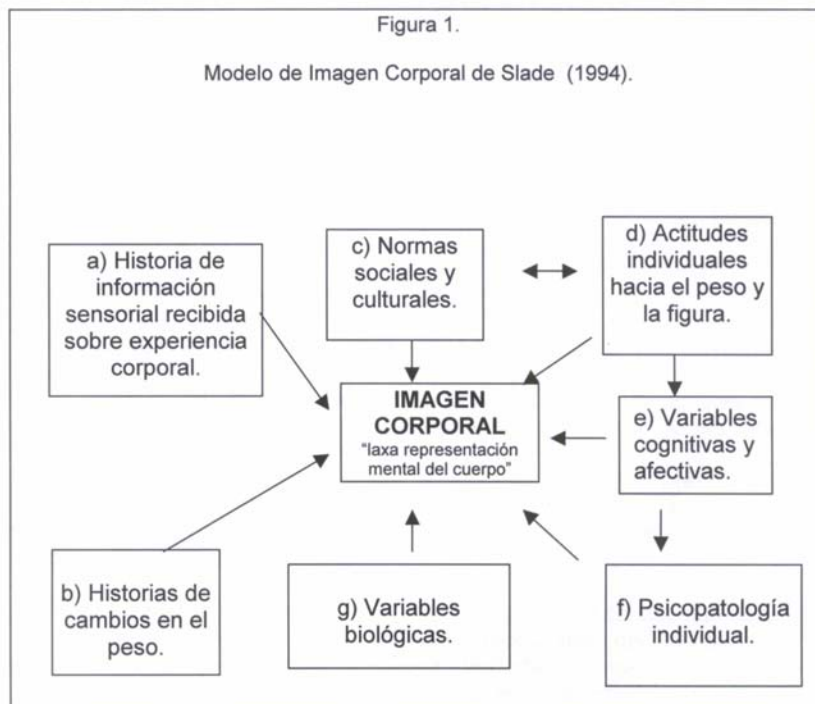
Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene porque haber un buen correlato con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características:

1. Es un concepto multifacético.
2. La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia:
“Cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente a cómo nos percibimos a nosotros mismos”
3. La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción 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 información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.

6. La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen caporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.
(18)

Thompson (2000) amplía el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados antes, incluiría un componente conductual que se fundamentaría en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por ejemplo evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo.

Otros autores como Slade (2004), 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*” (28)



La profesora R.M. Raich de la Universidad Autónoma de Barcelona, probablemente, será la investigadora que más ha trabajado en España en Imagen Corporal y en un libro específico que de dedicó a este tema propone una definición integradora de imagen corporal:

“...es 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 éste, 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.” (Raich, 2000) (27)

Y más resumidamente, *“la imagen corporal es un constructo que implica lo que u no piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo”* (Raich, Torras y Figueras, 2006)

Aunque la definición de los autores españoles puede ser aceptada en nuestro entorno, en una revisión de más de 100 artículos sobre imagen corporal se concluyó que *“ el concepto de imagen corporal no ha sido definido todavía de forma concluyente, y la tarea de medir las alteraciones de la imagen corporal de una forma objetiva es todavía un desafío formidable”* (Skrzypek, Wehmeier y Remschmidt, 2001). (29)

4.- UNA DEFINICIÓN INTEGRADORA.

Recogiendo diferentes aportaciones, podemos proponer la siguiente definición con carácter integrador:

La imagen corporal es constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas. (26)

III.- LA ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Si la imagen corporal está alterada o si existe un trastorno de la imagen corporal, exactamente a qué nos estamos refiriendo. Dado que las anteriores definiciones plantean que la imagen corporal es un constructo polifacético, los

autores se refieren a una alteración de la imagen corporal si se comprueba que uno de los factores de la imagen corporal está de alguna forma alterado.

Como entidad nosológica propia, existe una alteración grave de la imagen corporal que históricamente se denominaba *Dismorfofobia*, y que actualmente es considerado como *Trastorno Dismórfico Corporal* y para el cual existen tres criterios diagnósticos (APA, 2004): (34)

- a. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- b. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

A parte de este trastorno, no existe otra enfermedad o trastorno reconocido sobre alteraciones de la imagen corporal. Sí que se incluye esta patología como criterio diagnóstico de trastornos ya clasificados. (25)

1.- DEFINICIÓN DE ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Encontramos las primeras referencias en este campo a finales del siglo XIX cuando se acuña por Morselli el término de *dismorfofobia* (miedo a la propia forma), en 1903 Janet se refiere a "*la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo*" (Raich, 2000). Bruch (2002) describía una alteración de la imagen corporal en las anoréxicas y la definía como una desconexión entre la realidad de la forma y estado del cuerpo de las anoréxicas y de cómo ellas se veían, y concretamente como una distorsión en la autopercepción del tamaño del cuerpo.

Garner y Garfinkel (2001) en una revisión sobre sistemas de evaluación de la imagen corporal en anorexia nerviosa, proponen que la alteración puede expresarse a dos niveles: (35)

- a. Una alteración perceptual, que se manifiesta en la incapacidad de las pacientes para estimar con exactitud el tamaño corporal

- b. Una alteración cognitivo-afectiva hacia el cuerpo. Que se manifiesta por la presencia de emociones o pensamientos negativos por culpa de la apariencia física. (24)

A partir de este planteamiento clásico, al hablar de alteración de la imagen corporal es necesario especificar, sobre cuál aspecto de la imagen corporal estamos considerado alterado. Así, el término “distorsión perceptual” podría servir como expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e “insatisfacción corporal” como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo. Sin embargo en la literatura se encuentra el uso de estos términos de forma muy libre, por ejemplo algunos autores utilizan el término “insatisfacción corporal” como la discrepancia entre la figura que se considera actual y la que se considera ideal, elegidas entre una serie de siluetas dibujadas (Gardner y Stark, 2009), y otros, como la puntuación obtenida en una escala de nueve ítems referidos a diferentes partes del cuerpo, junto a la satisfacción/insatisfacción que suscitan (Garner, 2008) y para Sepúlveda, Botella y León (2001) la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales. (18)

Vaz, Peñas, Ramos (2009) reclaman esfuerzos en la clarificación terminológica, y proponen junto a Thompson (2000), que no se confundan “alteración de la imagen corporal” con “insatisfacción corporal”, pues el primer concepto engloba al segundo y a otros muchos más aspectos.

Repasando diversas aportaciones en este campo, en otro lugar hemos propuesto las siguientes consideraciones (Baile, 2002):

- a. No existe una expresión unívoca para referirse a la alteración-trastorno-desviación de la imagen corporal, en consonancia con la multidimensionalidad del propio constructo de imagen corporal .
- b. Debido a esto, el mismo término es utilizado a veces por diferentes autores pero lo operativizan de forma diferente, y utilizan técnicas muy diferentes de medida.

- c. Algunos autores proponen que el término más global podría ser “alteración/trastorno de la imagen corporal” y que éste englobaría a los demás, como distorsión perceptual, insatisfacción corporal... (Raich, Mora, Soler, Avila, Clos y Zapater, 2004).
- d. Hasta que se llegue a un consenso terminológico, debería indicarse al hablar de alteración de la imagen corporal , a qué faceta o aspecto del problema se refiere, si a una alteración a nivel perceptual, actitudinal, emocional, conductual...
- e. Es necesario abundar en trabajos que determinen si detrás de los diferentes términos, y de las diferentes formas de evaluación, existe fundamentalmente un único rasgo psicológico. (20)

2.- EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SUS ALTERACIONES

Realmente no se han propuesto técnicas que evalúen la Imagen Corporal de forma “pura”, es decir como constructo psicológico sin alterar. Todas las técnicas propuestas persiguen detectar algún tipo de alteración o trastorno.

Se han propuesto técnicas para evaluar los diferentes factores asociados, a continuación se reseña un breve resumen:

Alteraciones perceptivas:

Se han propuesto técnicas dirigidas a evaluar el grado de distorsión o percepción del tamaño corporal, para ello se mide la figura real y la que se cree tener y se comprueba el grado de distorsión. Para obtener la figura que se cree tener se utilizan diferentes sistemas: calibres móviles, autodibujo, manipulación de imagen por fotografías, vídeo u ordenador... (36)

Alteraciones de aspectos subjetivos:

Son técnicas que persiguen detectar alteraciones en las emociones, pensamientos, actitudes sobre la propia imagen. Las técnicas más habituales en este campo han sido las escalas de siluetas, donde elegir las que se corresponde con la deseada o cuestionarios de ítems tipo Likert. (22)

Aspectos varios:

En torno a la evaluación de imagen corporal, se han propuesto gran cantidad de técnicas que miden aspectos varios como por ejemplo: auto-registros de conductas, cuestionarios que exploran experiencias personales de burlas o de abuso sexual, grado de influenciabilidad por medios de comunicación...

Esta pléyade de técnicas comenzó su desarrollo ya en la década de los 50 cuando se realizan las primeras escalas diseñadas para la autoevaluación de la apariencia subjetiva (Jourard y Secord, 1955), y ha recibido durante estas décadas una importante atención en el mundo anglosajón, donde se han publicado cientos.

A modo de ejemplo reproducimos una de estas técnicas, el BodyAttitude Test (BAT) de Probst, Vandereycken, Coppenolle y Vanderlinden (1995), es un cuestionario que evalúa un aspecto subjetivo de la imagen corporal, en concreto una alteración de las actitudes hacia el cuerpo, está avalado por buenos resultados psicométricos. Aunque está inicialmente previsto para evaluar experiencia corporal y actitudes hacia el propio cuerpo en pacientes con TCA, también ha sido utilizado en población no patológica. (19)

IV.- ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El **índice de masa corporal** (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga L. A. J. Quetelet, por lo que también se conoce como **índice de Quetelet**.

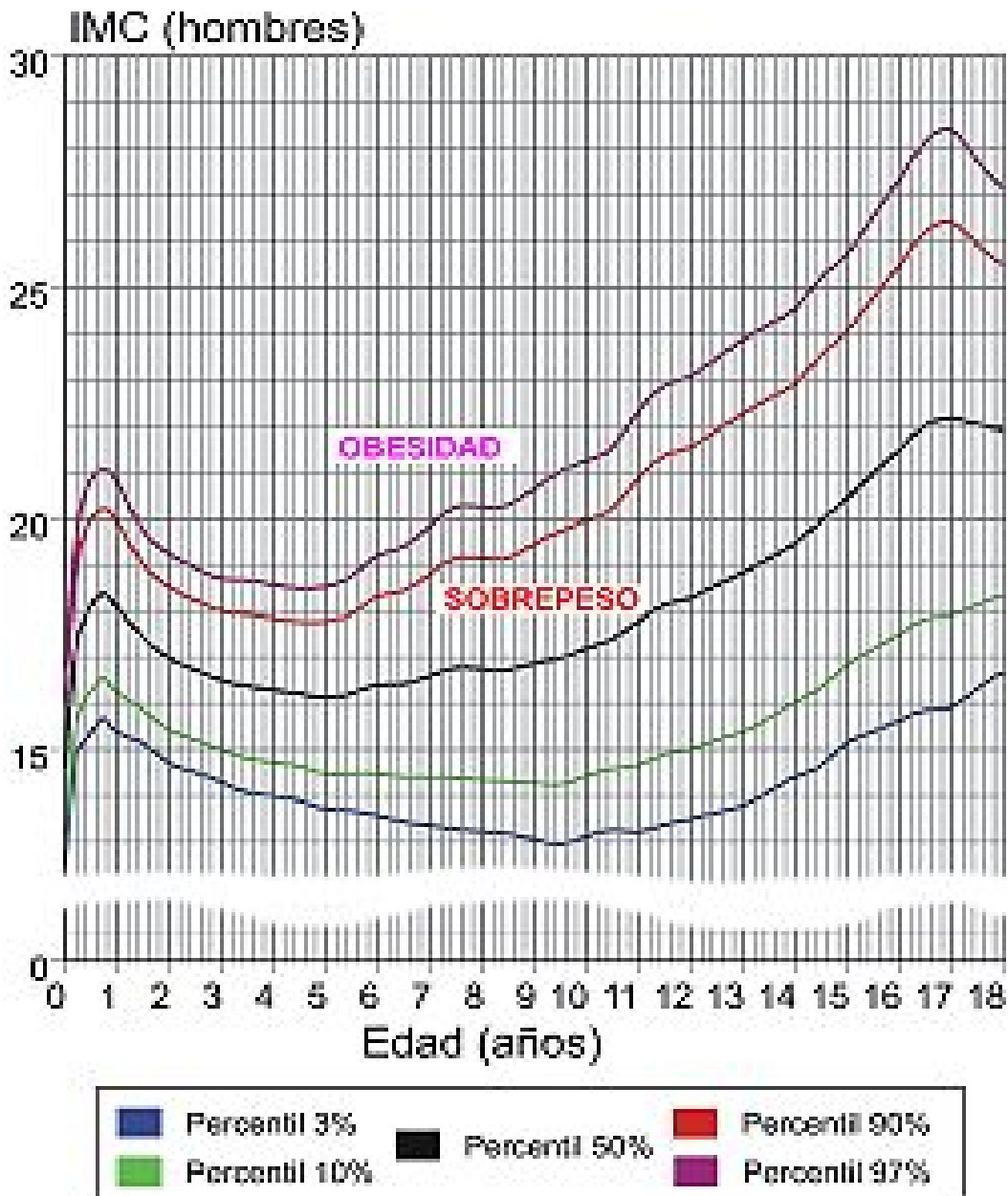
Se calcula según la expresión matemática:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{\text{estatura}^2}$$

y las unidades de medida en el sistema MKS son:

$$\text{kg} \cdot \text{m}^{-2} = \text{kg}/\text{m}^2$$

El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo. También depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud. 37



Cambios del IMC con la edad de los niños españoles. Se señalan los valores correspondientes a los percentiles más relevantes en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN DE LA OMS DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO CON EL IMC ÍNDICE DE MASA CORPORAL		
Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez no muy pronunciada	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18.5 - 24,99	18.5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

Comité de Expertos de la OMS sobre la obesidad: *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO technical report series, 894.* Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud, 2000.

Organización Mundial de la Salud: *Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies.* Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud, 2004.

V.- IMC

Resulta más que evidente el interés desmedido que se ha propagado en nuestra sociedad con respecto al ideal de delgadez destacándose el sector juvenil como el grupo social más vulnerable. La población universitaria adoptado este modelo de delgadez, bajo el auspicio de una nueva “Cultura Alimentaria”, no obstante habría que analizar si realmente la incorporación del este modelo esta basada realmente en hábitos saludables. Por otra parte, y paralelamente a esta cultura alimentaria encontramos una proporción elevada de prevalencia de obesidad en nuestro país (1). Estas practicas culturales contradictorias a las que Contreras (2) se refiere como la “locura de la cultura” y que no son más que un producto de la cultura posmodernista, han propiciado una serie de desordenes alimenticios asociados con la imagen corporal (IC) y el ideal de delgadez. Las investigaciones sobre IC se han se han orientado hacia el género femenino ya que a través de los diversos estudios realizados se ha encontrado una mayor prevalencia de trastornos de IC (3).

Un factor que permanece constante en las investigaciones en torno a la IC es el Índice de Masa corporal (IMC) también conocido como índice de Quetelet. Saucedo-Molinay colaboradores en el 2001 señalan que el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$) se considera como un indicador del equilibrio o desequilibrio funcional corporal al combinar dos parámetros: uno ponderal y otro lineal. Al establecer una relación de proporción del peso respecto a la estatura, es posible el realizar un diagnostico del déficit o del exceso ponderal.

Regularmente se considera al IMC como un dato “duro” y es utilizado como una medida antropométrica fiable bajo la cual se delimitan rangos y/o estimaciones de algunas dimensiones tales como déficit-exceso, normal-anormal o salutogenico-patológico. Sin embargo, los parámetros bajo los cuales se establece el IMC han sido cuestionados por algunos autores.

Saucedo-Molina y colaboradores también en el 2001 señalan algunos problemas relacionados con la utilización del IMC como medida antropométrica fiable de entre los cuales cabe destacar los siguientes:

- A. No existe un consenso en cuanto a los puntos de corte propuestos, complicando el manejo de la evaluación corporal además de generar diferencias en su interpretación.
- B. No es sensible a los cambios en la composición corporal propios de la niñez, la adolescencia y la ancianidad. Lo cual implica que muy probablemente encontremos un incremento en el IMC de acuerdo a la edad (mayor edad, mayor IMC).
- C. El IMC como representativo de grasa corporal no toma en cuenta las diferencias tanto de género como de edad y etnia.

Otros autores recomiendan el empleo del IMC como medida antropométrica tomando en cuenta algunas consideraciones sobre todo en el sexo femenino en el que hay un mayor acumulo graso por lo que su utilización deberá de tomarse con reserva y contemplando las consideraciones señaladas.

Otra característica importante que se tiene que tomar en cuenta respecto a los índices antropométricos es que comúnmente las dimensiones corporales utilizadas hacen referencia a las normas internacionales, sin embargo autores como Vidaillet y colaboradores (8), sugieren utilizar las normas nacionales debido a que estas reflejan mejor la interacción de los factores genéticos y ambientales y por ende, el criterio de referencia permitirá una evaluación mas acertada.

El debate en torno a la fiabilidad del IMC y los múltiples problemas respecto a los parámetros que orientan su estimación han conducido a considerar que a menudo la adopción de indicadores antropométricos es orientada más por criterios de conveniencia que por criterios de carácter científico (9). En algunas investigaciones, el IMC se calcula a partir del peso y la talla autoreportados por los sujetos (10).

Osuna y colaboradores en un estudio realizado a 934 individuos (en donde el 62.6% fueron sujetos femeninos) reportaron una correlación de 0.90 entre el IMC autoreportado y el IMC medido. Sin embargo, es preciso aclarar que las medidas directas de peso y talla no se realizaron en el momento de efectuar el cuestionario sino entre cuatro a ocho meses después, debido a los datos de la

submuestra utilizada para este estudio se tomaron de un estudio de cohorte del Instituto Mexicano del Seguro Social. Otra investigación que concluye que la auto percepción de peso corresponde a un grado de acuerdo moderado en la población general mediano para varones y moderado para mujeres (13).

En un estudio realizado al principio de los noventa en relación a la sobre estimación entre peso percibido y peso real concluyeron que “la sobre estimación del tamaño corporal puede considerarse como un índice de insatisfacción con el propio cuerpo, insatisfacción que está más relacionada con el peso percibido que con el real” (14).

Ross y colaboradores consideran que el índice de masa corporal esta asociado además de la edad con múltiples factores individuales e inclusive con el genotipo, metabolismo, y el nivel de actividad física, además los factores socioeconómicos, culturales y ambientales influyen también en las conductas de salud relacionados directamente con el peso del individuo. Estas influencias producto de la interacción entre el índice de masa corporal, la posición social, la conducta, y el ambiente conforman un enfoque en que el índice de masa corporal, es una función de características individuales (edad, nivel de ingresos, patrones de ejercicio, dieta, etc.) asociadas con contextos comunitarios específicos (vecindario, nivel educativo, etc.) y los contextos metropolitanos de área (patrones culturales de una comunidad urbana). Estos autores realizaron una investigación en Canadá con el fin de corroborar este enfoque llegando a la conclusión de que en índice de masa corporal es modelado totalmente por la posición social de individuo según los parámetros urbanos de Canadá además de establecer que una condición social de contextos comunitarios específicos (vecindario) tienen también una influencia de incremento en el índice de masa corporal medio de sus residentes. (15)

Todas estas consideraciones respecto a la estimación del IMC sugieren que la determinación de los puntos de corte deberán de contemplar factores biológicos tanto de carácter genético como de carácter evolutivo, así como factores socioculturales y contextuales y en algunas culturas hasta aspectos de índole religioso como seria la practica religiosa del Ramadan en los

musulmanes en la que se incrementa considerablemente el aporte de lípidos (16).

Entonces los valores de índice de masa corporal serán lo suficientemente sensibles a una población si se toman en cuenta condiciones específicas asociadas con la etnia como serían su conformación ósea, la constitución física, así como también el considerar las diversas etapas de desarrollo biológico (niñez, adolescencia edad adulta y vejez) además del género y finalmente ajustándose a los parámetros socioculturales y de contexto específico.

Si consideramos que el IMC es una medida antropométrica, que guarda una etiología multidimensional, la determinación de sus puntos de corte debería de contemplar aspectos de carácter contextual. Sin embargo, esta condición no es considerada por la investigación actual y se utilizan los puntos de corte internacionales, lo cual presenta de entrada una desventaja en las estimaciones antropométricas utilizadas, aunado a esta limitación, es preciso tomar en cuenta que en múltiples investigaciones la determinación del peso y la talla de los participantes se estima a través del autoreporte.

ÍNDICE CINTURA/CADERA

El **índice cintura/cadera** es la relación que resulta de dividir el perímetro de la cintura de una persona por el perímetro de su cadera.

Los estudios indican que una relación entre cintura y cadera superior a 1.0 en varones y a 0.9 en mujeres está asociada a un aumento en la probabilidad de contraer diversas enfermedades (diabetes mellitus, enfermedades coronarias, tensión arterial, entre otras).

El índice se obtiene midiendo el perímetro de la cintura a la altura de la última costilla flotante, y el perímetro máximo de la cadera a nivel de los glúteos.

$$\text{ICC} = \frac{\text{cintura (cm)}}{\text{cadera (cm)}}$$

Interpretación:

- ICC = 0,71-0,84 normal para mujeres.
- ICC = 0,78-0,94 normal para hombres.
- Valores mayores: Síndrome androide (cuerpo de manzana).
- Valores menores: Síndrome ginecoide (cuerpo de pera).

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En el ámbito local: ninguno

En el ámbito nacional: ninguno

En el ámbito internacional

Insatisfacción corporal en adolescentes: relaciones con la actividad física e índice de masa corporal

David Martínez Gómez, Óscar Luis L Veiga Núñez

Universidad autónoma de Madrid 2007

INTRODUCCIÓN

Un alto porcentaje de adolescentes se muestran insatisfechos con su cuerpo. La preocupación o insatisfacción corporal es un indicador importante para diagnosticar posibles trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia.

OBJETIVOS

Este trabajo tiene como objetivo analizar las relaciones entre: 1) insatisfacción corporal y actividad física; 2) insatisfacción corporal y composición corporal (IMC).

METODOLOGÍA

Se utilizó una muestra de 110 alumnos y alumnas de 1º de ESO y 1º de Bachillerato de la localidad de madrileña de Alcobendas. Para valorar la insatisfacción corporal se utilizó el cuestionario *BodyShapeQuestionnaire* (BSQ-14), se midió la talla y el peso para obtener el IMC, y el cuestionario

PhysicalActivityQuestionnaireforOlder hildrens&Adolescents(PAQ-C/A) para valorar la práctica de actividad física.

RESULTADOS

Se encuentran relaciones entre la insatisfacción corporal y la práctica de actividad física ($r = -0,35$; $p < 0,001$), y entre la insatisfacción corporal y el IMC ($r = 0,32$;

$p < 0,001$). No se encuentran diferencias por sexo y sí por edad en las medidas de actividad física ($p < 0,05$), insatisfacción corporal ($p < 0,001$) e IMC ($p < 0,001$)

CONCLUSIONES

1. Existen asociaciones moderadas entre actividad física e insatisfacción corporal, y entre composición corporal e insatisfacción corporal, siendo el grupo de chicas en el que se observan mayores asociaciones.
2. Los primeros años de adolescencia son un periodo importante para iniciar cualquier acción preventiva o terapéutica ante los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

PALABRAS CLAVE: adolescentes, insatisfacción corporal, índice de masa corporal, nivel de actividad física.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

- i. Determinar la insatisfacción de la imagen corporal asociada al índice de Masa corporal e índice cintura-cadera en estudiantes academias pre-universitarias de la provincia de Arequipa

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 4.2.1. Evaluar el índice de masa corporal en estudiantes de academias pre-universitarias
- 4.2.2. Evaluar el índice cintura-cadera en estudiantes de academias pre-universitarias.

4.2.3. Determinar la insatisfacción de la imagen corporal en estudiantes academias pre-universitarias

4.2.4. Determinar si existe relación entre índice de masa corporal, índice cintura-cadera, características de sexo y edad con la insatisfacción de la imagen corporal.

5. HIPOTESIS

Dado que la imagen corporal en los adolescentes representa la manera de cómo percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, el índice de masa corporal y el índice cintura-cadera elevados son factores asociados a la insatisfacción con la imagen corporal en los adolescentes y hace que sean más susceptibles a sentirse insatisfechos con su imagen.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

2.1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

La técnica: mediante la aplicación de un cuestionario para la recolección de la información, observación directa.

La estimación de la imagen corporal mediante la selección de la silueta que mejor representaba la imagen del participante, en un juego de nueve siluetas, en rangos que iban desde muy delgada hasta extremadamente obesa.

En 1970, Sorensen y colaboradores propusieron siluetas a través de las cuales los participantes identificaban a sus padres; debido a que dichas siluetas correspondían a una población distinta a la mexicana, se procedió a evaluar su idoneidad en la autopercepción de la imagen corporal, con el fin de adoptarlas para población mexicana.

2.2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:

La información para la elaboración del presente estudio se obtendrá mediante la aplicación del Cuestionario en academias preuniversitarias de Arequipa.

2.2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:

El presente trabajo se llevara a cabo durante los meses de febrero – marzo del 2012.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

La población de estudio comprenderá adolescentes de academias preuniversitarias de Arequipa.

2.4. UNIVERSO O POBLACIÓN: Aproximadamente

Tamaño de la muestra representativa

$$N = \frac{Z_0^2 pqN}{Z_0 pq + e^2(N-1)}$$

$$Z_0 pq + e^2(N-1)$$

$$P = 0.5$$

$$q = 0.5 \quad q = 1 - p$$

$$\text{Nivel de confianza } 1 - \alpha = 0.95$$

$$\alpha = 0.05$$

$$Z_0 = 1.96 \text{ (por el nivel de confianza)}$$

$$N = 100$$

$$e = 0.05$$

$$n = \frac{(1.96)^2(1/2)(1/2)(100)}{(1.96)^2(1/2)(1/2) + (0.05)^2(100-1)}$$

$$(1.96)^2(1/2)(1/2) + (0.05)^2(100-1)$$

$$n = 86$$

2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adolescentes de academias preuniversitarias de Arequipa.
- Interés y participación voluntaria en el estudio, capaz y en condiciones físicas y emocionales de responder a instrumento de investigación.

2.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mala condición e imposibilitase la participación del participante durante la recolección de datos.
- Decisión del participante para no continuar con su participación.

III. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN:

- ◆ Autorización del representante de la academia pre-universitaria
- ◆ Preparación de las unidades de estudio.
- ◆ Formalización física de la muestra.

3.2. RECURSOS:

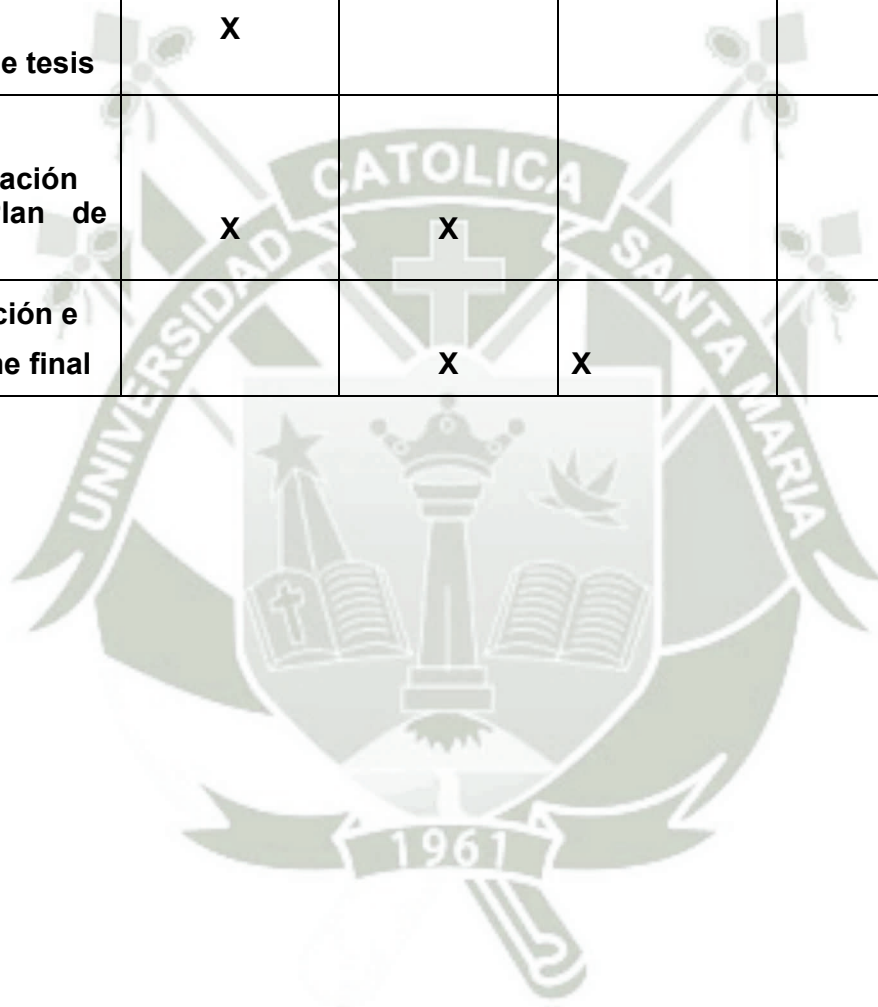
- ◆ **De personal:** El encuestador, estudiante de VII año de medicina, diseñador del proyecto y asesor.
 - ◆ **Materiales:** Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.
 - ◆ **Económicos:** aportados íntegramente por el autor.

3.3. CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA MANEJAR RESULTADOS:

Se creara una base de datos en Excel, y método estadístico SPSS 9.0. Se realizara un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentaran en tablas de frecuencias, se describen las observaciones en número absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

	Mayo 2012	Mayo 2012	Junio 2012	
Búsqueda de bibliografía	X			
Elaboración del Plan de tesis	X			
Aprobación del Plan de tesis	X	X		
Ejecución e Informe final		X	X	



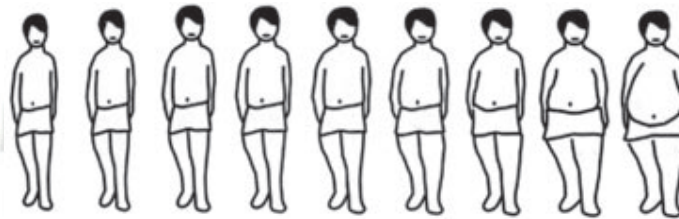
BIBLIOGRAFIA

1. Moral, J. 2002. Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. Revista Salud Pública y Nutrición. Vol. 3 No 3 (<http://www.respyn.uanl.mx/iii/3/ensayos/trastornos.html>)
2. Contreras, J. 2002. La Obesidad: una perspectiva Cultural. Formación Continua en Nutrición y Obesidad. Vol.5 No 6: 275-286.
3. Herrero, M. y C. Viña 2005. Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. Internacional journal of clinical and health psychology. Vol.5 No.1: 67-86.
4. Wardle, J. and R. Watters 2004. Sociocultural influences on attitudes to weight and eating: Results of a natural experiment. International journal of eating disorders. Vol.5 No.4: 589-596.
5. Ballester, D., M. de Gracia, J. Patiño, C. Suñol, y M. Ferrer. 2002. Actitudes Alimentarias y Satisfacción Corporal en Adolescentes: Un Estudio de Prevalencia. Universidad de Girona (Depto. de Psicología).
6. Sánchez, A., F. Hurtado, J. Colomer, S. Saravia, J. Monleon, y A. Soriano. 2000. Actitud Alimentaria Anómala y su Relación con la Imagen Corporal en una Muestra Urbana de Adolescentes Valencianos. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Vol. 5 No.3: 191-207.
7. Saucedo-Molina, T., M. Ocampo, J. Mancilla, y G. Gómez. 2001. Índice de masa corporal en preadolescentes y adolescentes mexicanas. Acta Pediátrica Mexicana. Vol.22 No.3: 184-190.
8. Vidaillet, E., G. Rodríguez, J. Carnot, A. Pérez y O. Duane. 2003. Indicadores antropométricos en la evaluación nutricional en adolescentes del sexo masculino. Revista cubana pediátrica. Vol. 75 No. 2 (http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312003000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
9. Himes, J. 1999. Agreement among anthropometric indicators identifying the fattest adolescents. Internacional Journal of Obesity. Vol.23 Supp 2: s18-s21

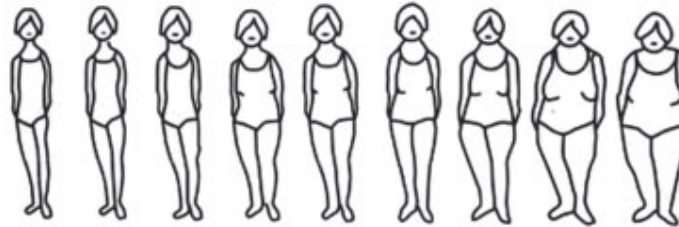
10. Madrigal-Fritsch, H. J. de Irala-Estévez, M. A. Martínez-González, J. Kearney, M. Gibney, y J. A. Martínez Hernández. 1999. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Revista Salud Pública de México*. Vol.41 No.6: 479-486.
11. Paeratakul, S. M. White, D. Williamson, D. Ryan, y G. Bray. 2002. Sex, Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, And BMI In Relation To Self-Perception Of Overweight. *Obesity Research*. Vol. 10: 345-350.
12. Osuna-Ramírez, I., B. Hernández, J. Campuzano y J. Salmeron. 2006. Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Revista Salud Pública de México*. Vol.48 No.2: 94-103.
13. Canovas, R. E. Mendoza, M. Koning, E. Martin, H. Segurola, M. Garriga, y G. Vázquez, 2001. Concordancia entre la autopercepción corporal y el IMC calculado en una población voluntaria captada el IV Día Nacional de la Persona Obesa. *Nutrición Hospitalaria*. Vol.16 No.4:116-120.
14. Perpiña, C. y M. Baños. 1990. Distorsión de la Imagen Corporal: Un Estudio en Adolescentes. *Anales de Psicología*. Vol. 6 No.1: 1-9
15. Ross, N. S. Tremblay, S. Khan, D. Crouse, M. Tremblay, J. Berthelot. 2007. Body mass index in urban Canada: Neighborhood and metropolitan area effects. *American Journal of Public Health*. Vol. 97 No. 3: 500-508
16. Oliveras-López, M. E. Agudo, P. Nieto, F. Martines, H. López, M. López. 2006. Evaluación nutricional de una población universitaria marroquí en el tiempo de Ramadan. *Nutrición Hospitalaria*. Vol.21 No.3: 313-316.
17. Paeratakul, S, *et al*, *Op. cit.*
18. APA. (2004): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C., American Psychiatric Association.
19. BAILE, J.I. (2002): *Diseño, construcción y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes*. Tesis Doctoral. Pamplona, Universidad Pública de Navarra.

20. BRUCH, H. (2009): "Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nerviosa". *Psychosomatic Medicine*, nº 24, pp. 187-194.
21. FISHER, S. (2010): "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.
22. GARDNER, R.M. Y STARK, K. (2009): "Development and validation of two new scales for assessment of body image", *Perceptual and Motor Skills*, nº 89, pp. 981-993.
23. GARNER, D.M (2008): *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)*. Madrid, Tea Ediciones.
24. GARNER, D.M. Y GARFINKEL, P.E. (2011): "Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications". *International Journal of Psychiatric in Medicine*, nº 3, pp. 263-284.
25. GRACIA, M., MARCÓ, M., FERNÁNDEZ, M.J. Y JUAN, J. (2009): "Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes". *Psiquis*, nº 20, pp. 15-26.
26. JOURARD, S.M. Y SECORD, P.F. (2005): "Body cathexis and the ideal female figure". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, nº 50, pp. 243-246.
27. KOFF, E., RIERDAN, J. Y STUBBS, M.L. (2010): "Gender, body image, and self-concept in early adolescence". *Journal of Early Adolescence*, nº 10, pp. 56-68.
28. PROBST, M., VANDEREYCKEN, W., COPPENOLLE, H. Y VANDERLINDEN, J. (2005): "The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire". *Eating Disorders*, nº 3, pp. 133-144.
29. PRUZINSKY, T. Y CASH, T.F. (2010): "Integrative themes in body-image development, deviance, and change". En T.F, Cash y T. Pruzinsky, *Body Images. Development, Deviance and Change*, pp. 337-349, N. York, The Guilford Press.

30. RAICH, R. (2010): Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid, Ediciones Pirámide.
31. RAICH, R.M, TORRAS, J. Y FIGUERAS, M. (2006): "Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios". *Análisis y Modificación de Conducta*, nº 85, pp. 604-624.
32. RAICH, R.M., MORA, M., SOLER, A., AVILA, C., CLOS, I. Y ZAPATER, L. (2004): "Revisión de la evaluación y tratamiento del trastorno de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes". *Psicologemas*, nº 8, Págs. 81-89.
33. RICE, F.P. (2002): *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid, Prentice Hall.
34. RUSELL, G.F.M. (2010): "Anorexia nerviosa: Its identity as in illness and its treatment", En Price, J.H.(Ed.). *Modern trends in psychological medicine*, Vol. 2, pp. 131-164. London, Butterworths.
35. SCHILDER, P. (2010): *The image and appearance of the human body*. N. York, International UniversitiesPress.
36. SEPÚLVEDA, A.R., BOTELLA, J. Y LEÓN, J.A. (2011): "La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis". *Psicothema*, nº 13, pp. 7-16.



1 2 3 4 5 6 7 8 9



1 2 3 4 5 6 7 8 9